

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ADRIANA ROTOLI**

**TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS E REDES SOCIAIS DE PACIENTES  
PORTADORES DE CÂNCER: assimetrias no atendimento em um Município da  
região Noroeste do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre**

**2007**

**ADRIANA ROTOLI**

**TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS E REDES SOCIAIS DE PACIENTES  
PORTADORES DE CÂNCER: assimetrias no atendimento em um Município da  
região Noroeste do Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Engel Gerhardt

**Porto Alegre**

**2007**

R846t Rotoli, Adriana

Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento em um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul / Adriana Rotoli ; orient. Tatiana Engel Gerhardt. – Porto Alegre, 2007. 117f : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

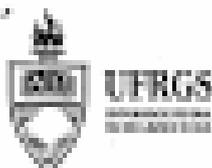
Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Serviços de saúde: utilização. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Regionalização: "Rio Grande do Sul". 5. Neoplasias. 6. Terapêutica. 7. Saúde Pública. I. Gerhardt, Tatiana Engel. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 417 NLM – WY 156

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS  
Bibliotecária responsável: Michele Dias Medeiros CRB-10/1575



## PPGENF

A Banca Examinadora avaliou a dissertação com: APROVADA COM HOMOLOGAÇÃO SUMÉRIA  
à concessão do título solicitado pela Banca Examinadora

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:

Presidente – ENFUFRRGS CPF nº 586.662.716-04

Profa. Dra. Lízete Beatriz Righi:

Membro-Linkal CPF nº 390.015.470-87

Profa. Dra. Maria Júlia Marques Lopes:

Membro ENFUFRRGS CPF nº 263.533.180-08

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima:

Membro ENFUFRRGS CPF nº 383.456.770-20

Porto Alegre, 29 de agosto de 2007

De acordo da Mesa: Fickli

**“OBSERVAÇÃO: A concessão do título de mestre só ocorrerá em plena validade após serem satisfeitos todos os demais requisitos para a concessão do título, no prazo de 90 dias, conforme previsto no regimento de curso e na legislação superior pertinente e a homologação do presente ato pelo Conselho de Pós-Graduação.”**

Dedico esse trabalho aos sujeitos da pesquisa, são exemplo de luta e esperança de vida.

## AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos:

- a Deus, que acredito ter me conduzido a alcançar vários objetivos em minha vida; o Mestrado foi um deles;

- à minha família, em especial à Mãe e ao Pai, que sempre me incentivaram para chegar até aqui, agradeço pelas orações, amor, carinho dedicado em toda minha vida e pelo exemplo de perseverança e coragem de luta pelos ideais. Aos meus irmãos, pelo incentivo, amor e carinho;

- ao meu amor Ricardo, que sempre me apoiou, e soube esperar quando eu estava longe. Nas horas de desânimo, não faltaram palavras incentivadoras, dedicando-me amor e carinho e fazendo parte desse capítulo da minha vida; expresso aqui, meu carinho, minha admiração e minhas desculpas pelos momentos de ausência.

- à orientadora do estudo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tatiana Engel Gerhardt, pelo acolhimento, pelos ensinamentos, sugestões, apoio, amizade e o carinho. É uma pessoa de muitas virtudes. As que fazem eu admirá-la ainda mais, é a sua inteligência, combinada com conhecimento e paciência; somente pessoas de grandeza espiritual conseguem ser assim. Sua participação nesse trabalho foi fundamental para concretizá-lo;

- à banca examinadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liane Beatriz Righi, que foi minha professora da Graduação e a grande incentivadora para que eu seguisse acreditando na saúde coletiva, aceitando com carinho, ser banca da dissertação; Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Júlia Marques Lopes, que proporcionou aulas de muitas reflexões, fundamentais para a formação do enfermeiro docente, que foram contribuições para esse trabalho; Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Alice Dias da Silva Lima, cujas aulas, baseadas em discussões e reflexões, foram essenciais para a construção desse trabalho;

- ao meu sogro, seu Alípio, que me buscava, nas madrugadas, quando chegava de viagem do Mestrado. À minha sogra Suely, que sempre me acolheu em sua casa na época do Mestrado, com dedicação e carinho;

- à minha colega e amiga Cleci, pelo convívio no trabalho, e na realização do Mestrado. Foi bom contar com alguém que esteve comigo nas horas boas e nas tristes. As viagens tornaram-se mais alegres, a sua companhia foi muito importante;

- às minhas colegas de trabalho Adriana Paz, Elisangela, Alessandra, Mariani e Marta Cocco, cuja companhia tornou mais fácil chegar aqui;

- à Denise, comadre, que rezou para minha aprovação para o Mestrado, fazendo até promessa, o que foi muito válido;

- às pessoas que aceitaram ser os sujeitos de minha pesquisa, mesmo com dores, ou sem esperança em relação à saúde, me recebendo-me em suas casas, sem as quais o trabalho não teria acontecido, pois foram muito importantes. Aprendi muito com elas, vou guardar para minha vida pessoal suas palavras e ensinamentos que enriqueceram a minha profissão.

- à Liga Feminina de Combate ao Câncer, na pessoa de Noeli Grobim, que me acolheu, foi uma incentivadora para a pesquisa acontecer da melhor maneira possível, viabilizando o acesso aos prontuários dos pacientes cadastrados na Liga. Ao Sr. Valdomiro Zatta, voluntário da Liga Feminina, que não mediu esforços em me acompanhar nas entrevistas, nas horas em que precisei, pelo seu apoio e colaboração para realização da pesquisa.

## RESUMO

A forma atual da organização local dos serviços de saúde motiva o desenvolvimento de estudos que explicitem a busca de cuidados terapêuticos, permitindo, assim, pensar a organização e funcionamento da rede de serviços de saúde com mais dinamismo, à qual as pessoas possam optar, ou outras formas de cuidado, que melhor resolvam seus problemas de saúde. A temática do presente estudo visa a estabelecer relações entre a rede de serviços de saúde disponíveis e as práticas e trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer, em um Município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O presente estudo tem por objetivo conhecer e caracterizar essa rede, bem como a utilização de serviços e as trajetórias e práticas terapêuticas dos usuários portadores de câncer, no Município referido. É um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, com uso de entrevistas a 13 sujeitos cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer do Município. As entrevistas identificaram problemas em relação ao modelo de atenção e de gestão da saúde, revelados pelas dificuldades que os sujeitos apresentam em suas trajetórias terapêuticas, com vários caminhos traçados para encontrar o tratamento adequado. Desta forma, também foram muitas as práticas terapêuticas procuradas pelos sujeitos, devido às dificuldades de atendimento na rede de assistência à saúde do Município. Os resultados apontaram para a necessidade de problematizar junto aos gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde, a oferta de serviços de saúde tanto no âmbito municipal, quanto regional. Para a efetivação de um atendimento integral, é importante que os serviços de saúde se organizem para atender às necessidades definidas pelos sujeitos, no sentido de minimizar as assimetrias no atendimento à atenção oncológica, como também a outras especialidades.

**Descritores:** Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde: utilização. SUS (BR). Regionalização: Rio Grande do Sul. Neoplasias. Terapêutica. Saúde Pública.

## **RESUMEN**

*La forma actual de la organización de los servicios de salud, motiva el desarrollo de estudios que expliciten la búsqueda de cuidados terapéuticos, permitiendo así pensar la organización y el funcionamiento de la red de servicios de salud con más dinamismo, en la cual las personas puedan optar por servicios de salud o otras formas de cuidado, que mejor resuelvan sus problemas de salud. La temática del presente estudio visa, establecer una relación entre la red de servicios de salud disponibles y las prácticas y trayectorias terapéuticas de pacientes portadores de cáncer en la municipalidad, provincia de Rio Grande do Sul. El presente estudio tiene, el objetivo de conocer y caracterizar la red de servicios de salud disponible, la utilización de servicios y las trayectorias y prácticas terapéuticas de usuarios portadores de cáncer en aquella municipalidad. Es un estudio exploratorio, descriptivo de abordaje cualitativo, con aplicación de entrevistas a 13 sujetos registrados en la Liga Femenina de Combate al Cáncer de la Municipalidad. Las entrevistas demuestran problemas con relación al modelo de atención y de gestión de la salud, revelados por las dificultades que los sujetos presentan en sus trayectorias terapéuticas con varios caminos trazados para encontrar el tratamiento adecuado. De esta forma, también fueron varias las prácticas terapéuticas buscadas por los sujetos debido a las dificultades de atención en la red de asistencia a la salud de la municipalidad. Los resultados apuntan para la necesidad de tratar el problema junto a los gestores, trabajadores de salud, prestadores de servicio e instancias de control social del SUS, la oferta de servicios de salud tanto en el ámbito municipal como en el regional. Para los efectos de una atención integral, es importante que los servicios de salud se organicen para atender las necesidades en salud definidas por los sujetos en el sentido de minimizar las asimetrías en la atención oncológica, como también en otras especialidades.*

**Descriptor:** Acceso a los servicios de salud. Servicios de salud: utilización. SUS (BR). Regionalización: Rio Grande do Sul. Neoplasias. Terapéutica. Salud Pública.

## **ABSTRACT**

*The current configuration of the health services organization, is reason for the development of studies that specify the search for therapeutic care, thus allowing thinking over the organization and operation of the health services network in a more dynamic way so that people may choose health services or other care alternatives that best solve their health problems. The theme of this study aims at establishing a relationship between the available network of health services and the therapy practices and trajectories of patients with cancer in the municipality, state of Rio Grande do Sul. This study has therefore the objective of learning and characterizing the available network of health services, the utilization of services and the therapy trajectories and practices of users with cancer in the studied municipality. It is an exploratory, descriptive study of qualitative approach with the application of interviews with 13 subjects enrolled in the Feminine League for Coping Cancer in the municipality. The interviews demonstrate problems regarding the model of health care and management, revealed by the difficulties that the subjects present over their therapy trajectories with several ways to be traced in order to find the proper treatment. The subjects also searched for several therapy practices due to the care difficulties in the local health care network. The results point out to the need of raising the problem of the offer of health services both in the municipal and in the regional range with the management staff, health workers, services professionals and sectors of social control of the SUS. In order to perform an integral care, it is important that the health services get organized in order to meet the health needs as defined by the subjects in the sense of minimizing the asymmetries in the attendance of oncological care as well as of other specialties.*

**Descriptors:** Access to health services. Health services: utilization. SUS (BR). Regional Approach: Rio Grande do Sul. Neoplasias. Therapy. Public Health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 – Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Mama por 100.000 mulheres, por CRS, RS, 2005.....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 2 – Coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero por 100.000 mulheres, por CRS, RS, 2005.....</b>	<b>65</b>
<b>Figura 3 – Visualização das trajetórias terapêuticas dos sujeitos que utilizam serviços de saúde localizados nos Estados da região sul do Brasil.....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 4 – Fluxogramas que ilustram as oito trajetórias terapêuticas dos sujeitos entrevistados – Município do estudo – 2006.....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 5 – Diagrama de relações e alto apoio social. Município do estudo, 2006.....</b>	<b>94</b>
<b>Figura 6 – Diagrama de relações conflituosas e apoio social baixo. Município do estudo, 2006.....</b>	<b>97</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 – Mortalidade pelos principais tipos de câncer no sexo masculino.....</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico 2 – Mortalidade pelos principais tipos de câncer no sexo feminino.....</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico 3 – Tendência da Mortalidade por Câncer de colo de útero (CID C53) Coef. Por 100.000 hab), Faixa Etária, RS, 1998 a 2005.....</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico 4 – Distribuição por sexo dos sujeitos entrevistados – Município do estudo- 2006.....</b>	<b>67</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Dez principais causas de internação no SUS por Neoplasias no Rio Grande do Sul - 2000, 2005.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição por faixa etária dos sujeitos entrevistados - Município do estudo, 2006.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 3 – Distribuição da profissão/ocupação dos sujeitos entrevistados- Município do estudo- 2006.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 4 – Distribuição da escolaridade dos sujeitos entrevistados - Município do estudo- 2006.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 5 – Distribuição da renda familiar dos sujeitos entrevistados - Município do estudo- 2006.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 6 – Distribuição dos tipos de câncer entre sujeitos entrevistados - Município do estudo- 2006.....</b>	<b>69</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
CACON	– Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CRS	– Coordenadoria Regional da Saúde
CODMAU	– Conselho Regional de Desenvolvimento do Médio Alto Uruguai
EENF	– Escola de Enfermagem
ESF	– Equipe de Saúde da Família
ESI	– Equipe de Saúde Indígena
EUA	– Estados Unidos da América
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
FW	– Frederico Westphalen
GESC	– Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
FEE	– Fundação de Economia e Estatística
HDP	– Hospital Divina Providência
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	– Instituto Nacional do Câncer
MRSN	– Macroregião de Saúde Norte
MS	– Ministério da Saúde
NIS	– Núcleo de Informações em Saúde
Nº	– Número
NOAS	– Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	– Plano Diretor de Regionalização
PF	– Passo Fundo
PIB	– Produto Interno Bruto

PNUD	– Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA	– Porto Alegre
PS	– Posto de Saúde
PSA	– Antígeno Prostático Específico
PSF	– Programa de Saúde da Família
PSI	– Programa de Saúde Indígena
RCBP	– Registro de Câncer de Base Populacional
RS	– Rio Grande do Sul
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde.
SVS	– Secretaria de Vigilância à Saúde
UFRGS	– Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UNIJUI	– Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
URI	– Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Acesso e utilização de serviços de saúde</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Saúde, integralidade e necessidades: concepções e pressupostos</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>O câncer: epidemiologia, serviços e trajetórias terapêuticas</b>	<b>32</b>
2.3.1	Alguns dados epidemiológicos	32
2.3.2	O SUS e a atenção oncológica	40
2.3.3	Trajetórias terapêuticas	42
<b>2.4</b>	<b>Práticas, trajetórias terapêuticas e redes sociais: o indivíduo no seu cotidiano</b>	<b>44</b>
<b>2.5</b>	<b>Problematizando a temática de estudo</b>	<b>49</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>52</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>52</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>52</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>População em Estudo</b>	<b>55</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados</b>	<b>56</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos Dados</b>	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>60</b>
<b>5.1</b>	<b>A situação no RS e nas suas diferentes regiões</b>	<b>60</b>
5.1.1	Distribuição regional da mortalidade devida a alguns tipos de câncer no Rio Grande do Sul	64
<b>5.2</b>	<b>Caracterização sociodemográfica e informações de saúde dos entrevistados</b>	<b>66</b>
<b>5.3</b>	<b>Práticas e trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer</b>	<b>70</b>
5.3.1	Relação do indivíduo com seu corpo e sua saúde	70
5.3.2	Resolução de problemas de saúde: diversidade ou homogeneidade de práticas terapêuticas?	72

5.3.3	Dificuldades das trajetórias terapêuticas e percepção da assistência em saúde	79
5.3.4	Apoio social e trajetórias terapêuticas	81
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>101</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>114</b>
	<b>ANEXO A – Autorização da Liga Feminina de Combate ao Câncer</b>	<b>115</b>
	<b>ANEXO B – Carta de aprovação do comitê de ética e pesquisa</b>	<b>116</b>
	<b>ANEXO C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi desenvolvido para atender ao requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Está inserido na linha de pesquisa intitulada Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

A temática em estudo visa a estabelecer uma relação entre a rede de serviços de saúde disponíveis e as práticas e trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer, em um Município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O interesse por desenvolver esse tema de pesquisa é decorrente de minha trajetória acadêmica e profissional. Enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), tive oportunidade de participar de estágios curriculares em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e atividades de extensão relacionadas à saúde comunitária, tais como: o diagnóstico do município de Coronel Barros, realizando visitas domiciliares, com entrevista, em 100% dos domicílios do Município. Este aprendizado proporcionou identificar a importância de conhecer a comunidade em que o profissional está desenvolvendo suas atividades. Participei de visitas domiciliares e palestras nas escolas do município de Ijuí, com temáticas voltadas à higiene e sexualidade. Tais atividades proporcionaram um contato maior com a comunidade e com as suas realidades, demonstrando a importância de conhecer, em profundidade, as reais necessidades da população e, conseqüentemente, tornar as ações mais eficazes.

Essa aproximação com a Saúde Coletiva provocou o desejo de envolver-me profissionalmente com essa temática, levando-me a trabalhar como enfermeira, por dois anos, no município de Rodeio Bonito, em uma UBS, desenvolvendo alguns programas de saúde. Foi nesse momento que pude colocar em prática os conhecimentos da minha vida acadêmica. A experiência de trabalhar neste local proporcionou grande aprendizado, pois o Município estava estruturado com vários programas de saúde, sendo também, um dos primeiros a implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Rio Grande do Sul. Após a vivência

social e profissional em Rodeio Bonito, onde resido, atuei, durante quatro anos no município de Irai, no momento em que ocorreu a implantação do PACS. Esta experiência profissional proporcionou ampliar meus conhecimentos acerca da atuação do enfermeiro comprometido com a mudança social, desenvolvendo diversas ações como: o programa preventivo do câncer de colo uterino e mamas; o planejamento familiar; o pré-natal; os grupos de hipertensos e diabéticos; a capacitação continuada para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); as campanhas de imunizações; as palestras nas comunidades e escolas; o controle da desnutrição infantil e as visitas domiciliares, considerando a realidade dessa população. Sendo a primeira enfermeira a trabalhar no Município, foi uma tarefa muito interessante, pois a população de Irai visualizava a UBS como um serviço de pobre que não teria condições de ser atendido no consultório particular. As pessoas demonstravam vergonha quando diziam que utilizavam o serviço da UBS; anteriormente, nem consulta médica era oferecida nesse local; os usuários estavam acostumados a direcionar-se ao hospital e pagar pelos serviços. Foi nesse momento que se fez necessário pensar estratégias no sentido de viabilizar o atendimento dos serviços de saúde, na UBS. Os programas de saúde foram estruturados e profissionais de Saúde e de Administração foram contratados, como também se organizou a estrutura física e de materiais na unidade, para oferecer serviços resolutivos, com o objetivo de desmistificar a idéia de que esse serviço não teria qualidade, e que as pessoas que procuravam a UBS não fossem atendidos e solucionassem o problema de saúde.

No sentido da reorganização desse serviço de saúde, o principal problema foi a resistência de funcionários mais antigos às mudanças, pois, a partir de uma nova estruturação da UBS, aumentariam as demandas visto que a proposta estruturou-se na centralização do serviço na UBS. Com o passar do tempo houve aceitação deste novo modelo de atendimento à saúde para o Município, pois essa atuação profissional proporcionou mais conhecimento quanto à organização de serviços de saúde, devido às várias modificações realizadas na UBS, como construção de estratégias de atendimento para os usuários.

Posteriormente assumi a coordenação do Programa de Saúde Indígena (PSI), no município de Iraí, embasado nas normas e diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e implantadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Tal Programa é desenvolvido dentro da mesma perspectiva da estratégia do

Programa de Saúde da Família (PSF), sendo os indígenas o público-alvo; foi a primeira equipe de saúde indígena implantada na aldeia Kaingang de Iraí. As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, nesse programa contemplaram a visita domiciliar, o programa de planejamento familiar, as ações preventivas de câncer do colo uterino e mamas, o pré-natal, as imunizações, as carências nutricionais e a investigação epidemiológica. O primeiro trabalho a ser desenvolvido foi um diagnóstico comunitário, realizado pela Equipe de Saúde Indígena (ESI), com o objetivo de conhecer a comunidade, para posteriormente traçar metas e estabelecer prioridades a serem trabalhadas. Após esta fase, foi possível realizar ações, baseando-se nas principais necessidades apresentadas pela população, que foram estruturar estratégias para diminuir a desnutrição infantil, realizar atendimento de pré-natal e atualizar a condição vacinal de todos os indígenas. A maior dificuldade em desenvolver ações de saúde com indígenas advém das precárias condições de vida em que se encontra a grande maioria. Ao trabalhar com esse povo, pude, mais uma vez, envolver-me, como profissional, com as especificidades das comunidades, promovendo a saúde na sua cultura e reconhecendo a importância de conhecer seus problemas reais e potenciais dentro do contexto em que estão inseridos.

Atualmente, sendo docente da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões (URI), desenvolvo disciplinas que possibilitam o engajamento em discussões acerca da redefinição da formação profissional dos futuros enfermeiros a fim de que sejam condizentes com as políticas públicas de Saúde e Educação. Essa Instituição preconiza em seu projeto político-pedagógico a atuação dos acadêmicos em espaços comunitários, priorizando o trabalho na comunidade. Enfatiza-se o reconhecimento da importância de trabalhar com rede de serviços e sua utilização por pacientes com câncer, no sentido de mostrar ao aluno a visão das necessidades de utilização dos serviços por parte da população e da realidade no que diz respeito ao acesso, acolhimento e resolutividade dos problemas de saúde desse grupo de pacientes. Desta forma, busca-se formar um profissional mais reflexivo, no sentido de conhecer e analisar a real situação de saúde das comunidades gerenciadas pelas várias esferas de governo.

A partir da trajetória acadêmica e profissional, a temática em estudo evidenciou-se relevante, pois tive a oportunidade de conhecer e desenvolver trabalho em UBS, PACS e ESI, conhecendo e vivenciando os problemas de organização e funcionamento de serviços de saúde. As experiências profissionais

viabilizaram contatos com paciente e famílias acometidas por diferentes patologias, chamando a atenção para o grupo de pacientes com algum tipo de neoplasia, que se apresentavam com maiores dificuldades de lidar com a doença. A ansiedade de como seriam atendidos, e quais os encaminhamentos e as estratégias a serem desenvolvidas pelo Sistema de Saúde para melhorar sua saúde, eram aspectos que geravam momentos de stresse para o paciente e família.

A necessidade de se pensar uma proposta de revisão das políticas de saúde atuais, quanto à organização e funcionamento da rede de serviços de saúde, que continuam hierarquizados, não atendendo às reais necessidades dos usuários, motiva o desenvolvimento de estudos que explicitem a importância de se visualizar a organização e funcionamento da rede de serviços de saúde com mais dinamismo, na qual as pessoas possam optar por aquele que melhor resolva seus problemas (CECÍLIO, 1997).

Embora o Brasil seja um país que tenta garantir o acesso universal e igualitário, respaldado pela Constituição Federal, entende-se que existem inúmeras dificuldades na implementação das políticas de saúde: por um lado, pela inadequação de algumas em relação às diferentes realidades existentes em nosso País; por outro, por falta de comprometimento e responsabilidade profissional, social e política, em que todos os atores falem a mesma linguagem e desenvolvam suas atividades em consonância com as prerrogativas do sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Fala-se, hoje, em novos modelos de atenção, em novas estratégias, em um conceito de saúde “ampliado”, em integralidade, em necessidades de saúde, mas a operacionalização dessas discussões em termos de ações e políticas de saúde só são possíveis, levando-se em conta as necessidades dos indivíduos e o contexto dentro do qual eles estão inseridos.

No cotidiano das unidades básicas de saúde, o modelo que vem sendo reproduzido diariamente, apresenta atendimentos baseados apenas nos sintomas e tratados com reduzida escolha na qualidade e quantidade dos medicamentos disponíveis na rede de farmácias básicas das Secretarias de Saúde. Torna-se questionável todo este processo, mas não se questiona que quem perde com esta estrutura desordenada é o usuário, e seria esta a razão de organizar os serviços e prestar atendimento adequado e resolutivo para todo o usuário que dele necessitarem.

A partir destas constatações e questionamentos realizados nas disciplinas do Curso de Mestrado, assim como das leituras e discussões desenvolvidas no âmbito do núcleo de pesquisa – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) / Escola de Enfermagem (EENF) / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), comecei a atentar para a importância de considerar a atuação social dos sujeitos, bem como para a construção de estratégias e alternativas para solucionar os problemas de ordem material ou imaterial que influenciam e marcam as situações de vida e saúde, numa dinâmica em que todos ou qualquer um são susceptíveis ao adoecimento, independente do grupo de risco e categoria social ao qual pertencem (GERHARDT, 2000). Dessa forma, torna-se importante conhecer como as pessoas estão cuidando de sua saúde e quais são as estratégias usadas no enfrentamento de problemas relacionados à saúde do indivíduo e de como vem se organizando socialmente para melhorar a saúde da comunidade.

Com a carência no atendimento do hospital e a ausência de UBS(s) em bairros do Município do estudo, constata-se que uma parcela da população está com a assistência à saúde deficiente. Desta forma, os usuários são atendidos com dificuldades na UBS central necessitando esperar várias horas na fila. Outro fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde são as distâncias das moradias até as UBS(s), pois o município não possui transporte coletivo.

Dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde estão relacionadas ao número reduzido de médicos, enfermeiros e outros profissionais de Saúde. Estudos de acesso aos serviços de saúde costumam utilizar o indicador “numero de médicos para cada mil habitante”. No Brasil, esse indicador alcança 1,6 médicos por mil habitantes (NUNES *et al.*, 2001), valor acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de um médico para cada mil pessoas. Portanto estes dados não estão em sintonia com a realidade da maioria das cidades brasileiras. Torna-se relevante questionar, então, por que temos problemas de falta de atendimentos médicos se estamos acima do índice recomendado pela OMS.

Para analisar e ilustrar a problemática do acesso e utilização de serviços de saúde, tomou-se o câncer como foco do estudo para conhecer a organização e o funcionamento da rede municipal de Saúde, verificar sua capacidade resolutiva e a utilização dos serviços de saúde por meio das trajetórias e práticas terapêuticas dos pacientes.

Tentando elucidar e justificar melhor as motivações aqui apresentadas, após a introdução serão discutidos, na revisão de literatura, alguns aspectos sobre a integralidade, necessidades em saúde, práticas terapêuticas e utilização de serviços de saúde; na seqüência, constarão o caminho metodológico, a apresentação dos resultados a partir das entrevistas e a análise temática, com discussão com a bibliografia pesquisada; seguem-se as considerações finais, a bibliografia e, por fim, os apêndices e anexos encerram o estudo.

## **2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

A construção do problema de pesquisa engloba uma revisão da literatura a respeito dos conceitos de saúde, integralidade e necessidades em saúde, do ponto de vista institucional e das práticas terapêuticas dos usuários. Essa revisão procura dar subsídios para a abordagem do tema proposto na Área de estudo em questão.

### **2.1 Acesso e utilização de serviços de saúde**

A formalização do Sistema único de Saúde (SUS), na Constituição Federal, de 1988, representou avanços importantes na organização do sistema de saúde brasileiro, levando o País, com sua implantação, a uma fase de mudanças na forma de funcionamento e organização do sistema, procurando garantir a todos os cidadãos o acesso aos Serviços de Saúde, com vistas a atingir os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e da participação popular (BRASIL, 2001a).

No Brasil, conviveu-se durante muito tempo, com o modelo tecno-assistencial liberal-privatista, muito arraigado na sociedade. Para Campos (1994), nesse modelo, a organização de serviços de saúde era regida pelo mercado. Refere que os serviços de saúde eram pagos pelos usuários, o que provocava uma desigualdade no acesso à assistência à saúde. Como consequência disso, os indivíduos de maior poder aquisitivo dispunham de uma medicina de serviços especializados, enquanto aos de condição econômica desfavorável restava a rede de Pronto Atendimento e Postos de Saúde de pouca resolutividade e hospitais contratados pela Previdência.

No sentido de melhorar a atenção à saúde quanto ao acesso aos serviços, começou-se pensar em alternativas, sendo uma delas o Sistema Único de Saúde. Campos (1994) revela expectativas a esta nova proposta. Segundo ele, o mercado passa a não regular a organização dos serviços, sendo substituído pelo planejamento. A saúde se torna um direito de todos, com atendimento universal, gratuito e organizado, sendo hierarquizado pela complexidade da atenção e

regionalizado conforme a distribuição populacional e o quadro de morbi-mortalidade da população.

Após sua promulgação, a implementação do SUS passou por vários processos sendo que a Norma de Assistência à Saúde (NOAS) em substituição às Normas Operacionais Básicas (NOBs), em 2001, instituiu a regionalização como macroestratégia (FINKELMAN, 2002).

Existem três critérios que estruturam o conceito de regionalização: a polarização, a homogeneidade e o planejamento (TONI; KLARMANN, 2002, p.3). Segundo consta no texto da NOAS

o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001b<sup>1</sup>).

Na mesma norma é ressaltada a necessidade da construção do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de servir de instrumento para ordenar o processo de regionalização nos Estados e no Distrito Federal. Esse PDR deve ser criado na perspectiva de proporcionar acesso aos usuários do sistema de saúde, a um atendimento mais próximo de sua residência, apresentar algumas condições mínimas de assistência à saúde, além de possibilitar-lhes o acesso aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde em referências intermunicipais.

No Estado do Rio Grande do Sul ocorreu a criação do PDR, no ano de 2002, buscando novas maneiras de articulação entre os gestores e de organização do controle social (Rio Grande do Sul, 2002). A região de saúde proposta no PDR é representada pelo território das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e as macrorregiões foram definidas em função da capacidade instalada, distribuição geográfica, fluxo e acesso dos usuários aos serviços, tipo de atenção e nível de complexidade(Rio Grande do Sul). Desta forma, busca-se garantir o acesso da

---

<sup>1</sup> Documento em formato eletrônico, não paginado.

população aos serviços e ações de saúde o mais próximo de sua residência (LEIRIA, 2004).

O PDR dividiu o Estado do Rio Grande do Sul em sete macrorregiões de saúde, com o objetivo de “organizar a atenção à saúde e garantir a todos os gaúchos um atendimento universal, equânime, integral e sob o controle da população (Rio Grande do Sul, 2002). Neste mesmo documento consta que, a cobertura de serviços hospitalares foi analisada, sendo identificadas as Instituições de referência locais, microrregionais, regionais e macrorregionais.

Essas discussões sobre acesso e regionalização de serviços de saúde, podem ser encontradas em estudos como esse de Ramos e Lima (2003) realizados em uma unidade de saúde de Porto Alegre, na qual identificaram alguns elementos na estrutura do sistema de saúde, como as facilidades e dificuldades quanto ao acesso ao atendimento e ao acolhimento. Os resultados do estudo foram organizados em três subcategorias: o acesso geográfico, o econômico e o funcional. O acesso geográfico foi caracterizado em forma de deslocamento, tempo e distância da residência do usuário ao serviço de saúde, devendo facilitar a disponibilização de serviços próximos à casa do cidadão; nesse item identificaram-se fatores que determinam a escolha, que é a forma como o usuário é recebido e como são resolvidos seus problemas. As dificuldades encontradas no acesso econômico foram o custo de deslocamento, de procedimento e de medicamentos. O acesso funcional envolve oferecer serviços de saúde de que o indivíduo necessita, em condições e horários que ele tenha condições de utilizá-los. A facilidade de acesso ao serviço de saúde, juntamente com outros fatores como o acolhimento e vínculo podem contribuir para o tempo e frequência de utilização do atendimento.

Para Ramos e Lima (2003), é fundamental avaliar e repensar as práticas profissionais e intervir na forma de organização dos serviços, visando à sua melhor resolutividade e aperfeiçoamento. Considerando que o acesso e o acolhimento são elementos fundamentais para favorecer a reorganização dos serviços de saúde, faz-se necessária a capacitação dos profissionais, como também estratégias que proporcionem um melhor atendimento, focando o usuário como o verdadeiro alvo da necessidade de um novo agir em saúde.

Na mesma perspectiva, Ceccim diz que:

[...] Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e

concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no contexto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (2005, p. 165).

Para Franco e Merhy (2005), o desafio que se coloca aos trabalhadores em saúde é construir processos de produção de saúde que sejam capazes de proporcionar novas referências aos usuários, dando-lhes segurança de um modelo centrado nas tecnologias leves, com um cuidado mais humanizado, em que as relações profissionais e usuários se aproximem, podendo esses ter o atendimento tal como ele imaginam e desejam.

Segundo Unglert (1995), o acesso à saúde tem vinculação com as condições de vida, de habitação, de nutrição, de educação e de poder aquisitivo dos indivíduos. Outro aspecto que também é englobado é a acessibilidade aos serviços de saúde, o que se constitui um forte atributo que se pode analisar sob várias abordagens, sendo elas a geográfica, funcional, cultural, e econômica.

O acesso aos serviços de saúde é uma das dificuldades no sentido de atender à população com qualidade e resolutividade. Com pacientes portadores de enfermidades mais graves como o câncer, acredita-se que se torna mais difícil esse atendimento, devido à pouca estrutura dos serviços de saúde para oferecer tratamentos especiais como radioterapia e quimioterapia, como também profissionais capacitados para atender aos portadores dessa doença.

Poucos estudos referentes ao acesso aos serviços de saúde são realizados, no sentido de demonstrar a resolução de problemas de saúde com pacientes portadores de câncer. Estudo realizado por Brito, Portela e Vasconcelos (2005), sobre assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama, no Estado do Rio de Janeiro, mostrou o predomínio do tratamento nos Centros de Alta Complexidade Oncológica (81,3%); em unidades públicas (73,5%) e localizadas na Capital do Estado (78,1%). Observou-se má distribuição dos atendimentos em relação às unidades credenciadas, com 70% dos tratamentos sendo executados por apenas uma única unidade assistencial. O perfil de uso das intervenções terapêuticas variou nas unidades isoladas credenciadas cobertas e não cobertas por planos de saúde, com as últimas, apresentando menor uso das intervenções consideradas. Foi identificada a subutilização de terapêuticas recomendadas, bem

como o uso de intervenções contra-indicadas. Os resultados mostraram diferenças relevantes entre os tipos de unidades credenciadas e apontaram para a necessidade de implantar recomendações práticas para a política nacional de controle do câncer.

Estudo realizado por Santiago e Andrade (2003), avaliou um programa de Controle de Câncer de Colo Uterino em rede local de saúde na região Sudeste do Brasil. O Município contava com uma população de 40 mil habitantes, sem referência para o atendimento aos pacientes com câncer, que eram encaminhados para Municípios vizinhos. Foi observado pelas equipes de saúde, que a ausência de serviços para tratar desses pacientes com maior proximidade de seus domicílios, estava causando abandono do tratamento. Essa situação motivou as autoridades de saúde do Município a incluir nas ações de saúde a assistência a patologias cervicais. A implantação do programa ampliou a rede básica como serviço de referência, estimulou a capacitação profissional e foi aumentando a cobertura de tratamento aos pacientes com câncer cérvico-uterino.

Estudos como estes demonstram a necessidade de garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde, e que o fato de viabilizar atendimento, conforme as necessidades dos indivíduos, pode depender da vontade política e dos profissionais envolvidos com o sistema de saúde local. Constata-se que nem sempre os investimentos financeiros ultrapassam a vontade de melhorar a saúde da população, viabilizando serviço de saúde com qualidade e resolutividade, com estratégias que proporcionem atendimento organizado.

Segundo Roese (2005), o acesso a serviços de saúde pode ser definido como a possibilidade de chegada do usuário a um determinado local de atendimento, o qual deve ser capaz de suprir necessidades e garantir seu livre trânsito nos demais níveis de complexidades da atenção.

O acesso aos serviços de saúde relaciona-se diretamente com as condições de vida, de habitação, de nutrição, de educação e de poder aquisitivo. Além disso, a acessibilidade está também relacionada a aspectos geográficos (proximidade aos serviços), funcionais (qualidade, horário e oferta dos serviços), culturais (serviço inseridos na cultura da população) e econômicos (custos para o usuário) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Concordando com os autores, que o acesso aos serviços de saúde está ligado a fatores geográficos, funcionais, culturais e econômicos, acrescenta-se que a humanização no atendimento e resolutividade dos problemas dos indivíduos, são

fatores que também influenciam diretamente nesse acesso, uma vez que a resolução de problemas é o verdadeiro sentido da procura dos serviços de saúde.

## **2.2 Saúde, integralidade e necessidades:** concepções e pressupostos

Na Constituição Federal de 1988, na seção Saúde, no artigo 196 e 198, está declarado que saúde é um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário e com atendimento integral. Neste sentido, dois pilares são colocados: a universalidade, como definição do “para todos”, e a integralidade, como definição “do tudo” (BRASIL, 2005a).

A saúde foi, e ainda é, cientificamente, entendida apenas como ausência de doença. Com a evolução para novos conceitos se propõe um novo pensamento que tenta resgatar o indivíduo integralmente, enfatizando que a atenção à saúde seja contemplada em todos os níveis de complexidade, com ações de promoção, proteção e recuperação. Desta forma, esse novo modelo propõe novas orientações para as ações e políticas de saúde que viabilizem maior aproximação do conceito de saúde em que cada indivíduo acredita do qual necessita e que almeja alcançar.

Para Coelho e Almeida Filho (2002), a carência de estudos sobre o que é saúde parece indicar dificuldades de abordá-la positivamente; esta pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica, que tem restringido a saúde como mera ausência de doença.

Para Dejours (1986), a saúde é a liberdade de dar ao corpo a possibilidade de repousar, de comer quando ele tem fome, de dormir quando tem sono. É a liberdade de adaptação, podendo até ser normal estar com uma determinada doença, o que não é normal é não poder cuidar-se nesse momento. Para esse autor a saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido, não apenas um estado de bem-estar, mas um estado do qual procuramos nos aproximar. O autor argumenta, também que a definição de saúde para cada homem, mulher ou criança, é ter meios de traçar um caminho original e pessoal, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Cada pessoa tem sua história, que consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro.

Concorda-se com Dejours, quando refere que não existe um completo bem-estar físico social e mental, pois segundo ele esta perfeição não existe. Constata-se que a saúde está no entender e no agir de cada indivíduo, condicionada pela sua cultura, modos de trabalho, lazer, relações familiares, habitação, alimentação, sexualidade e ambiente sociológico.

Esta nova forma de entender saúde possibilita aos profissionais de saúde (re)pensarem a integralidade, entendendo que para tratar de saúde e de doença é preciso transcender os olhares do corpo, percebendo os sujeitos em sua totalidade, além da dimensão física, conhecendo a sua vida e os vários aspectos que poderão influenciar para que eles sejam entendidos e atendidos integralmente no cuidado à sua saúde.

A integralidade é um princípio fundamental do SUS; garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005b).

Pode-se acreditar que a concretização do Programa de Saúde da Família (PSF), poderá ser um primeiro passo para a integralidade, pois é uma proposta de organização de serviços de saúde. A equipe que trabalha com uma população adstrita pode conhecer os indivíduos de uma comunidade com maior propriedade, tendo, assim melhores condições de ofertar serviços de saúde voltados para a sua integralidade e a da coletividade.

No Brasil existe um grupo de pesquisadores que trabalham na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, desde o ano 2000. Esse grupo pressupõe que a integralidade é uma ação social, um princípio que tem a Reforma Sanitária Brasileira como contexto político, social e histórico. Isso significa acreditar que a construção da integralidade requer interações democráticas entre os sujeitos envolvidos nas práticas do cuidado da saúde, e que essas transformações no cotidiano dos serviços podem garantir a saúde como direito de cidadania (LABORATÓRIO..., 2006).

O Brasil, como pioneiro no campo das políticas sociais, adota a universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação popular como princípios doutrinários e operacionais, adquiridos com a promulgação da

Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, sobre o setor saúde, consubstanciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005b).

Pode-se dizer que a integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, definida constitucionalmente. Ela é muito mais que uma diretriz; é uma “bandeira de luta”, de práticas desejáveis para a assistência à nossa saúde. É um termo que reúne vários significados, que são, resultados das vivências dos sujeitos, suas práticas e saberes em saúde que associam tratamento e vínculo. Esta diretriz remete o indivíduo a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2003).

As origens das práticas da integralidade surgem com críticas ao atendimento médico que adotava uma atitude cada vez mais fragmentária e reducionista, pois o conhecimento médico, nas diversas especialidades ressaltava as dimensões biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. O mesmo autor defende a integralidade como uma característica de boa medicina, que esteja guiada pela visão abrangente das necessidades dos sujeitos que buscam tratamento. Compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que o paciente apresenta, seria a marca maior do sentido da integralidade (MATTOS, 2001).

A fragmentação do trabalho no qual cada profissional realiza suas atividades de forma desarticulada das ações dos demais, pode contribuir para a falta de comprometimento e responsabilização desses agentes com o resultado de suas práticas. Campos (1997, p. 246), refere que cada especialista fica encarregado de tal fragmento da intervenção, “ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado pelo resultado final do tratamento”.

Para Henriques (2005), falando-se em práticas de saúde, de forma integral, em nossos dias, deve-se também olhar como as profissões vêm desenvolvendo suas ações com o trabalho em equipe, e se cada profissional demonstra seu saber específico, compreendendo-o de forma abrangente, com capacidade de entender a integralidade em saúde.

Souza e Lopes (2003) chamam a atenção para a enfermagem assumir seu espaço no atendimento individual do paciente, dando significado às mensagens educativas e terapêuticas para contribuir para a qualificação da escuta e do atendimento da comunidade.

O trabalho em equipe poderá ser um bom aliado da integralidade, desde que os profissionais entendam que os saberes de uma profissão não devem se sobrepor

à outra, e que todas são igualmente importantes para o usuário. Acredita-se que o principal motivo de se trabalhar em equipe está em poder aliar os saberes de todos os profissionais e também do usuário, para melhor compreendê-lo e solucionar seus problemas de saúde com visão do todo.

A integralidade pode ser defendida em todas as práticas de saúde, e não somente nas vinculadas ao SUS. Entende-se que agir de forma integral está relacionado a cada profissional, podendo fortalecer o vínculo com o indivíduo e com a comunidade onde presta seus serviços de saúde. Em diversas situações, nos serviços de saúde e nas relações de poder das práticas hegemônicas, o corpo humano é visto fragmentado, e muitas vezes a assistência aos problemas de saúde não oferece a continuidade das ações. Acredita-se que estes fatores podem ser alguns dos obstáculos para a efetivação de práticas na forma integral em saúde, como também na concretização das políticas do SUS.

Defender a integralidade, desta forma, não quer dizer que as especializações não sejam importantes, mas que este conhecimento da doença seja visto e tratado de maneira mais abrangente, com a atenção voltada às verdadeiras necessidades dos sujeitos que buscam o tratamento e, conseqüentemente, uma resposta de cura ou controle de sua patologia.

A responsabilidade com o atendimento integral é do sistema de saúde como um todo, proporcionando ao paciente atendimento que vai desde o primeiro contato com a equipe, até encaminhamentos e atendimentos de serviços de que ele necessite. Quando se refere às necessidades em saúde não é apenas ao corpo físico, mas a todo o contexto que envolve o indivíduo. Cabe ressaltar a importância das equipes dos serviços de saúde terem uma visão mais abrangente do indivíduo, visto em vários aspectos, do individual ao coletivo, dentro de um universo de situações de como é a vida do sujeito e quais as suas verdadeiras necessidades, ofertando serviços que se aproximem do significado que a saúde tem para ele.

A integralidade pode ser entendida como o todo, partindo do princípio que é importante pensar o indivíduo num contexto que faz parte deste todo, que vai desde o seu corpo físico até a sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, onde tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos, suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidades para cada indivíduo e para cada contexto. O indivíduo é um produto e é produtor do social (RAYNAUT, 2006).

Uma assistência que se propõe a abordar o ser humano em sua integralidade requer a compreensão da saúde como processo dependente de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta política pode levar em conta o conjunto de condicionantes que tornam a vida das pessoas mais saudável, ou favorecer processos mórbidos (KLEBA, 2005), mas também a atuação dos indivíduos como atores de suas próprias vidas.

Para Camargo Júnior (2005), a expressão "necessidades em saúde" relaciona-se ao planejamento em saúde, à necessidade de identificar metas e intervenções para os problemas de saúde. Para Cecílio (2001), as necessidades em saúde podem se organizar em uma taxonomia, em quatro conjuntos. As boas condições de vida estariam no primeiro, enfatizando os lugares onde vivem e traduzindo as diferentes necessidades em saúde. O segundo conjunto é a necessidade de se ter acesso e consumir a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. O vínculo está no terceiro conjunto, que significa uma relação construída no tempo, com credibilidade e respeito com o indivíduo e a coletividade. O último conjunto está em ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Acredita-se que a necessidade em saúde está ligada ao que é saúde para o indivíduo e sua comunidade. Na perspectiva de que cada cultura, povo ou comunidade vê e expressa diferentes maneiras de perceber a saúde, também desta forma vai referir suas necessidades em saúde.

Cecílio (2001) analisa as necessidades como conceito estruturante capaz de ampliar a definição da integralidade da atenção em saúde. Segundo o autor, as necessidades em saúde apresentariam:

uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades como centro de suas intervenções e práticas (CECÍLIO, 2001, p. 113).

Afirma ainda que é um desafio conseguir fazer uma definição de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores em seus cotidianos, pela complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECÍLIO, 2001).

O mesmo autor refere necessidades em saúde como a busca de algum tipo de resposta às más condições de vida que a pessoa está vivenciando, que podem

ser a procura de vínculo afetivo com o profissional, acesso aos serviços e tecnologias de saúde ou buscar maior autonomia, acreditando que poderão melhorar sua vida. Para que estas necessidades sejam atendidas é preciso que sejam escutadas, entendidas e efetivadas pelas equipes, respondendo ao indivíduo e coletividade às suas ansiedades ou necessidades em saúde (CECÍLIO, 2001).

Concorda-se com o autor quando destaca que as necessidades em saúde estão na busca de vínculo com o profissional, com intuito de garantir um bom acolhimento e acesso aos serviços de saúde. Observa-se, em nosso cotidiano, esta aproximação dos usuários com o profissional para formação de vínculo; acredita-se que esta poderá ser recíproca para atender e compreender as necessidades dos indivíduos que procuram o serviço de saúde, como também, aproximar-se das pessoas da comunidade em que trabalha.

Na busca de melhores condições de vida e saúde, as pessoas são condicionadas a optar por um determinado serviço. Nesse processo, o indivíduo busca várias alternativas, sendo essas de caráter individual ou coletivo, procurando práticas de saúde que melhor se adaptem ao seu cotidiano e as suas condições de vida e de manutenção de um determinado tipo de tratamento.

### **2.3 O câncer: epidemiologia, serviços e trajetórias terapêuticas**

Este item descreve a situação epidemiológica, a organização dos serviços de saúde para a atenção oncológica e as trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer, no Município.

#### **2.3.1 Alguns dados epidemiológicos**

Os estudos epidemiológicos são fundamentais para o conhecimento de inúmeros agravos e enfermidades, onde se inclui o câncer, doença maligna que tem sido descrita desde a antiguidade e que se caracteriza pela neo-formação celular e pela capacidade de disseminação rápida. No Brasil observa-se uma carência de

registros e dados epidemiológicos sobre a incidência de câncer, embora esse seja o foco da maioria dos estudos desenvolvidos. Estes tipos de estudos são importantes na medida em que permitem o rastreamento das neoplasias, pois a mortalidade pelo tumor correspondia até 10,8% dos óbitos registrados em 1994. Permitem também a gestores e profissionais de saúde trabalhar em ações para a prevenção e o controle da doença. Entretanto, estudos sobre as práticas terapêuticas em relação a esta morbidade não são freqüentes ou até inexistentes (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença, desde seus aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna. Este conhecimento possibilita gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação às possibilidades de prevenção e cura, bem como a resolutividade da atenção à saúde. O estabelecimento de medidas efetivas de controle também deve ser feito com base em informações de qualidade sobre a ocorrência dos tumores malignos nas diferentes regiões geográficas (BRASIL, 2003).

Dados sobre incidência são também importantes para definir o papel de fatores etiológicos e estabelecer prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde. Informações oriundas dos sistemas de informação permitem o direcionamento - em uma determinada localidade ou população específica - dos programas de prevenção primária de câncer. Tais informações também são essenciais para a identificação de onde e quando programas de rastreamento (prevenção secundária) devem ser implantados ou aperfeiçoados e para o planejamento de alocação de recursos para diagnóstico e tratamento adequados. As ações de saúde coletiva que incluem o espectro prevenção - tratamento - cuidado (incluindo cuidados paliativos) visam à diminuição da morbi-mortalidade por câncer e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2003).

Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2003 o câncer configura-se como um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento. As estatísticas mundiais mostram que, no ano 2000, ocorreram 5,3 milhões de casos novos de câncer em homens e 4,7 milhões em mulheres, e que 6,2 milhões de pessoas morreram por

essa causa (3,5 milhões de homens e 2,7 milhões de mulheres), correspondendo a 12% do total de mortes por todas as causas (cerca de 56 milhões) (BRASIL, 2003).

Resultados de numerosas pesquisas demonstraram que existem medidas efetivas de prevenção que podem reduzir substancialmente o número de casos novos de câncer e prevenir muitas mortes atribuídas à doença. Para reduzir o impacto do câncer, é necessário que se reduza, primeiramente, a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam a sua vulnerabilidade e o seu risco. Também se deve assegurar que programas de rastreamento e protocolos de tratamento estejam acessíveis, particularmente nas populações menos assistidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Mas, para isso, torna-se também necessário conhecer os comportamentos, as práticas e trajetórias de pacientes portadores de câncer, a fim de que ações efetivas sejam melhor direcionadas, como por exemplo, em relação ao acesso aos serviços de saúde, tanto de Atenção Básica quanto de referência.

A implementação das ações nacionais voltadas para a prevenção e controle do câncer depende diretamente das atividades relacionadas à vigilância que são realizadas com base nas informações obtidas dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), supervisionados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) Ministério da Saúde (MS), e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, centralizado nacionalmente pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS)/MS. A partir dessas informações, desde 1995, o INCA estima e publica, anualmente, a incidência de câncer, o que tem sido um recurso indispensável para o planejamento destas ações (BRASIL, 2003).

As informações sobre a incidência do câncer originam-se principalmente dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de casos novos (incidentes) em uma população. Os RCBPs objetivam estimar o total desses casos, assim como suas distribuições e tendências temporais nas populações pertencentes às áreas geográficas por eles cobertas. No Brasil existem, atualmente, 22 RCBPs implantados, quase em sua totalidade, em capitais. Desses, 16 possuem informações consolidadas, isto é, pelo menos um ano de informações sobre os casos definitivos (incidência) do RCBP (BRASIL, 2003).

Nos dados publicados no site do INCA/MS (BRASIL, 2003), que compreende o período de 1991-2001, são disponibilizadas as informações mais atualizadas dos

RCBPs das 16 localidades participantes. Com base nas informações analisadas desses dezesseis RCBPs, as maiores taxas médias de incidência em homens foram encontradas na cidade de São Paulo (1997-1998; 391,0/100.000) e no Distrito Federal, em mulheres, (1996-1998; 374,9/100.000). Os tumores mais freqüentes foram encontrados na próstata, no pulmão, no estômago, no cólon e reto e no esôfago na população masculina. Em mulheres, predominou o câncer de mama, seguido pelo de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago.

Conforme dados do INCA (BRASIL, 2006b) cerca de 140 mil pessoas morrem, todos os anos, no Brasil, vítimas de câncer, o que equivale a cerca de 13,7% das mortes registradas no País, perdendo apenas para as doenças circulatórias, em torno de 27,9%. Infelizmente, no nosso País, geralmente os tumores são diagnosticados em estágio avançado. Estima-se, para 2006, uma ocorrência de 472 mil casos novos de câncer no Brasil – ou 355 mil, se excluídos os casos de tumores de pele não melanoma –, o que corresponde a quase 2 casos novos por ano para cada 1.000 habitantes. Os cânceres mais incidentes, à exceção dos de pele não melanoma, são os de próstata, pulmão e estômago, no sexo masculino; mama, colo do útero e intestino no sexo feminino. Quanto à mortalidade, em 2004 o Brasil registrou 141 mil óbitos. Câncer de pulmão, próstata e estômago foram as principais causas de morte em homens; mama, pulmão e intestino, as principais na mortalidade feminina.

Vale ressaltar que as informações obtidas não são generalizadas. Além disto, os RCBPs diferem em qualidade de informação em virtude de resolutividade diagnóstica e cobertura variáveis. No entanto essas informações podem oferecer subsídios para os gestores locais, bem como apontar para a melhoria do Sistema de Informações em Câncer.

As estimativas de incidência para o ano de 2006, no Brasil, (BRASIL, 2006b) são apresentadas em detalhes abaixo, de acordo com os principais tipos de câncer que são passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce):

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil, em 2006, foi de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil.

O câncer de mama permanece como o segundo tipo mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. A prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia. Estudos têm sido realizados no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias, já que o único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou reduzir a mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. No SUS, a prioridade atual é a realização do exame clínico da mama em mulheres que procuram o sistema de saúde por qualquer razão, especialmente aquelas na faixa etária de maior risco. Os mamógrafos disponíveis devem ser prioritariamente utilizados no diagnóstico de mulher com alterações prévias, no exame clínico.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média, após cinco anos, é de 61%.

O número de casos novos de câncer de pulmão estimados para o Brasil, em 2006, foi de 17.850 entre homens e de 9.320 nas mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 19 casos novos a cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres, sendo nas regiões Norte (8/100.000) e Nordeste (8/100.000) o terceiro mais freqüente. Para as mulheres, é o quarto mais freqüente nas regiões Sul (16/100.000), Sudeste (12/100.000), Centro-Oeste (9/100.000) e Norte (5/100.000), sendo o quinto mais freqüente na região Nordeste (5/100.000).

No mundo, o câncer de pulmão é o que acomete o maior número de pessoas. Na população masculina, o hábito de fumar continua sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados (podendo chegar a mais de 90% em alguns países ou regiões). Nas mulheres, pode-se atribuir ao tabagismo cerca de metade dos casos de câncer pulmonar que permanece como uma doença altamente letal. A sobrevida média cumulativa total, em cinco anos, varia entre 13 e 21%, em países desenvolvidos e entre 7 e 10% nos países em desenvolvimento.

O número de casos novos de câncer de estômago estimados para o Brasil, em 2006, foi de 14.970 entre homens e de 8.230 nas mulheres. Estes valores

correspondem a um risco estimado de 16 casos novos a cada 100 mil homens e 9 para cada 100 mil mulheres. Considerando-se o total de tumores, exceto os de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais freqüente nas regiões Norte (11/100.000) e Nordeste (9/100.000). Nas regiões Sul (23/100.000), Sudeste (20/100.000) e Centro-Oeste (13/100.000) é o terceiro mais freqüente. Para as mulheres é o terceiro mais freqüente na região Norte (6/100.000). Na região Nordeste é o quarto mais freqüente (5/100.000). Nas demais regiões, Centro-Oeste (6/100.000), Sudeste (11/100.000) e Sul (11/100.000) é o quinto mais freqüente.

O câncer de estômago continua sendo o terceiro mais freqüente tumor maligno no mundo. Em homens, a incidência, em geral, é duas vezes maior do que em mulheres. A maioria desses tumores continua ocorrendo em países em desenvolvimento.

O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil, em 2006, foi de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (28/100.000), Centro-Oeste (21/100.000) e Nordeste (17/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (20/100.000).

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo sendo responsável, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres, por ano. A incidência de câncer de colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos.

O principal agente causal deste câncer é o vírus do papiloma humano, transmitido sexualmente, sendo mais prevalente em mulheres com iniciação sexual precoce, e com múltiplos parceiros. Outros fatores são o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos, com o teste de Papanicolau e com lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário submeter, ao rastreamento, as mulheres com até 49 anos, apenas uma vez a cada três anos e a cada cinco anos para mulheres entre 50 e 65, além de garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreio.

O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil, em 2006, foi de 47.280. Estes valores correspondem a um risco estimado de 51 casos novos a cada 100 mil homens. O câncer de próstata é o mais freqüente em todas as regiões entre o total de tumores, exceto o de pele não melanoma, com risco estimado de 68/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 46/100.000 na região Centro-Oeste, 34/100.000 na região Nordeste e, 22/100.000 na região Norte.

No mundo, o número de casos novos diagnosticados de câncer de próstata representa 15,3% de todos os casos incidentes em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. O câncer de próstata é o mais prevalente em homens. Entre todos os tipos, ele é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75 % dos casos, no mundo, ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento acentuado nas taxas de incidência tem sido influenciado pelo diagnóstico de casos latentes em indivíduos assintomáticos. As taxas aumentaram especialmente em regiões onde o rastreamento pelo do teste Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum. A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que reflete, em parte, seu bom prognóstico. Alguns estudos sugerem que dieta rica em gorduras e carne vermelha aumentariam o risco de desenvolver o câncer de próstata, enquanto a ingestão de frutas e vegetais e exercício físico regular ofereceriam alguma proteção. Os métodos de rastreamento disponíveis atualmente, como o PSA, não mostraram, até o momento, sucesso em reduzir a mortalidade, além de levarem a muitas cirurgias desnecessárias, causando prejuízos, tanto financeiros, quanto na qualidade de vida dos pacientes.

O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o Brasil, em 2006, foi de 11.390 casos em homens e de 13.970 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 12 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres.

No mundo, os tumores malignos que acometem o cólon e o reto, a cada ano, somam cerca de 945 mil casos novos, sendo a quarta causa mais comum de câncer no mundo e a segunda em países desenvolvidos. O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado de moderado a bom, sendo o segundo mais prevalente no mundo (depois do câncer de mama), com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas nos últimos cinco anos. A sobrevida média mundial estimada é de 44%. O alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixe,

baixo consumo de carnes vermelhas e processadas e de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física está associada a um baixo risco de desenvolver câncer coloretal.

O número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimados para o Brasil, em 2006, foi de 55.480 casos em homens e de 61.160 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 61 casos novos a cada 100 mil homens e 65 para cada 100 mil mulheres. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens em todas as regiões do Brasil, com um risco estimado de 89/100.000 na região Sul, 70/100.000 na região Sudeste, 52/100.000 na região Centro-Oeste, 44/100.000 na região Nordeste e 30/100.000 na região Norte. Nas mulheres é o mais freqüente nas regiões Sul (93/100.000), Centro-Oeste (73/100.000), Nordeste (50/100.000) e Norte (32/100.000); enquanto que, na região Sudeste, (69/100.000) o mesmo é o segundo mais freqüente.

Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.710 casos novos em homens e 3.050 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul. O câncer de pele não melanoma continua sendo o mais incidente em nosso País em ambos os sexos mesmo considerando-se que estes índices podem estar subestimados pelo fato de que muitas lesões suspeitas são retiradas sem diagnóstico. Embora de baixa letalidade, em alguns casos pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde. É quase certo que exista um considerável sub-registro, devido ao sub-diagnóstico, e também por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com taxas altas de cura completa, se tratada de forma adequada e oportuna. Conseqüentemente, as estimativas das taxas de incidência e dos números esperados de casos novos em relação a este tipo de câncer devem ser consideradas como estimativas mínimas. Nos últimos anos houve uma grande melhora na sobrevida dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do mesmo. A média mundial estimada é de 69%. A prevenção do câncer de pele, inclusive os melanomas, inclui ações de prevenção primária, por meio de proteção contra luz solar, que são efetivas e de baixo custo. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade, é outra estratégia internacionalmente aceita.

A situação do Rio Grande do Sul (RS) é de aumento do número de casos de câncer a cada ano, conforme dados da publicação que descreve a situação da saúde da população no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2006b), apresentada abaixo.

As internações por neoplasias alcançaram um total de 273.045 pacientes, durante o período de 2000 a 2005 no Rio Grande do Sul. Os dez principais tipos de câncer registrados estão expressos na Tabela 1. O mais comum foi o câncer de colo de útero. Ao agregar-se esta causa ao câncer de útero, de porções não especificadas, obtém-se 16% de neoplasias do útero em relação ao total de internações por neoplasias. Quando comparado com a mortalidade, observou-se que, no sexo feminino, o câncer de colo de útero representa a quinta causa de mortalidade, enquanto o de mama foi a primeira e o de pulmão a segunda causa de mortalidade. Em síntese, há maior internação por câncer de colo de útero, entretanto, a mortalidade por esta causa é mais baixa do que por neoplasia de mama e de pulmão (RIO GRANDE DO SUL, 2006b).

**Tabela 1 – Dez principais causas de internação no SUS por Neoplasias no Rio Grande do Sul - 2000, 2005.**

<b>Causa de Internação</b>	<b>N</b>
Neoplasia maligna do colo do útero	21.878
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe	18.896
Neoplasia maligna do cólon	17.123
Neoplasia maligna da mama	16.935
Neoplasia maligna outras porções e porções não espec.	11.320
Neoplasia maligna do esôfago	10.079
Neoplasia maligna do encéfalo	9.469
Neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões	9.292
Leucemia	7.556
Neoplasia maligna do estômago	7.121

Fonte: SIM/NIS/SES/RS

### 2.3.2 O SUS e a atenção oncológica

Em função do panorama apresentado anteriormente e do crescimento contínuo dos índices de mortalidade, para atender o paciente com câncer foi criada a portaria Nº 2.439/GM, de 8 de Dezembro de 2005, que

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Daí a necessidade de organização e implantação de redes estaduais e regionais de atenção oncológica para garantir o acesso aos serviços passando a ser regulada pela Portaria nº 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2006a<sup>2</sup>).

Os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam tratamento oncológico, no Brasil, são cadastrados pelo Ministério da Saúde como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia, compondo uma rede de atendimento em Oncologia, coordenada pelo próprio INCA.

Os CACONs são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas, que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica, assistências ambulatoriais e hospitalares, além dos atendimentos das emergências oncológicas e dos cuidados paliativos.

A lei está instituída para resolver as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de estruturar serviços regionalizados e hierarquizados que garantam o acesso integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para diagnóstico de câncer.

No sentido da organização desses serviços, no Rio Grande do Sul tem-se observado o processo de descentralização, a partir da lógica de cobertura regionalizada e hierarquizada. Em 2000, o Estado passou a ter os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em todas as Macrorregiões, melhorando o atendimento ao usuário dos serviços. Para isso, em relação a 19ª CRS e a Macrorregião de Saúde Norte, foi readequado o CACON de Passo Fundo (Hospital Macrorregional - Sociedade Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo) e foi aberto um novo centro em Erechim (Hospital Macrorregional - Hospital Municipal Santa Teresinha) (RIO GRANDE DO SUL, 2002). O Centro de Alta Complexidade em Oncologia, localizado em Erechim, presta atendimento integral aos portadores de câncer. Está dotado de modernos equipamentos para diagnóstico preciso e segurança no tratamento, tanto ambulatorial, como nas internações clínicas e

---

<sup>2</sup> Documento em formato eletrônico, não paginado.

cirúrgicas. Abriga os serviços de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica e é referência no tratamento de alta complexidade oncológica pelo SUS para mais de 50 municípios gaúchos. Tem capacidade para 70 atendimentos por dia.

Segundo Bittencourt, Scaletzky e Boehl (2004), a rede pública de saúde está cada vez mais interessada na detecção precoce do câncer, sendo muitas das investigações diagnósticas iniciadas na rede básica e a partir daí, encaminhadas aos serviços especializados. Em virtude do crescente número de casos de câncer registrados, uma parcela maior dos recursos públicos está sendo destinada para a diagnose e terapêutica em Oncologia, incremento de exames de alta complexidade e o tratamento com a quimio-/radioterapia. Sabe-se que aproximadamente sete em cada dez (70%) casos de câncer necessitarão de quimioterapia, enquanto a necessidade de radioterapia fica em torno de 60%. Este investimento precoce provoca um impacto financeiro; entretanto, a médio e longo prazos, traduz-se em benefício socioeconômico, reduzindo custeio de terapias de câncer em fases mais avançadas e os ressarcimentos por invalidez.

### 2.3.3 Trajetórias terapêuticas

Um dos aspectos que se destaca, quando se fala em organização de serviços de saúde, são as trajetórias ou caminhos percorridos pelos pacientes na tentativa de resolverem seus problemas de saúde. Os pacientes portadores de câncer mostram que a possibilidade de cura os tem feito procurar vários serviços de saúde, construindo trajetórias terapêuticas na busca de serviços com qualidade e resolutivos para seu problema.

Segundo Novakoski (2002), trajetória terapêutica é a seqüência de recursos de cuidados com a saúde, utilizados pelos indivíduos para minimizar ou solucionar seus problemas e necessidades de saúde.

Um estudo realizado no ano de 2005, no estado do Rio Grande do Sul, a partir do objetivo de verificar o itinerário terapêutico e identificar as complexidades presentes no fluxo e na lógica da atenção integral, constatou que 50% das mulheres entrevistadas, vítimas de câncer de mama que possuíam planos de saúde, tiveram de acessar atendimentos no sistema público. As autoras ressaltam que, ao

questionar a respeito da situação de não cobertura, muitas dessas mulheres desconheciam que estavam acessando atendimento público; em muitas situações referiram achar que a assistência à saúde era de baixa qualidade (SILVA; SANTOS, 2005).

Conforme apresentado nos itens anteriores, o câncer está levando ao óbito a população no mundo inteiro, permanecendo ainda, sem controle vários tipos da patologia, principalmente os que apresentam evolução rápida. Com base na incidência, o Brasil vem traçando estratégias no sentido de diminuir os casos de câncer na população. O câncer de mama é o primeiro entre as mulheres, com alto índice de mortalidade. Considerando essa situação, observa-se que o serviço de saúde não está conseguindo suprir as necessidades da população, no sentido de dispor de serviços de prevenção, como também de diagnóstico precoce e tratamento adequado para a doença. As dificuldades de acesso aos serviços contribuem, também, para a evolução dessa situação.

Vários fatores podem contribuir para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Observa-se que a falta de programas e serviços que possibilitem um fluxo adequado, com qualidade e resolutividade, é o fator que apresenta maior significado no caso do Brasil. Os serviços que representam maior resolutividade estão concentrados em grandes centros de saúde e nas grandes cidades, o que impossibilita que uma parcela da população consiga utilizar esses serviços, devido à distância, como também por não estarem disponíveis no sistema público de saúde.

A disposição de serviços em macrorregiões, conforme o que está preconizado com a Política de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005b), mostra-se como uma alternativa para oferecer diagnóstico precoce e tratamento especializado. Mas o que se vê em termos de acesso a esses serviços é a dificuldade dos Municípios realizarem encaminhamentos que sigam a lógica da descentralização e da regionalização, levando os serviços a continuar a encaminhar seus pacientes aos municípios de Porto Alegre e Passo Fundo, com pouco seguimento do acesso preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Plano Diretor de Regionalização (RIO GRANDE DO SUL, 2002), que redireciona o fluxo para o serviço de referência situado no município de Erechim.

Assim, é este o cenário de oferta, acesso e utilização dos serviços, além da percepção do que é ter saúde, das condições de vida e da vulnerabilidade que

marcam as trajetórias e escolhas terapêuticas que os indivíduos traçam, desde o aparecimento de um problema de saúde até a sua cura (NOVAKOSKI, 1999).

A procura por serviços de saúde que atendam às necessidades de saúde do indivíduo faz com que essas trajetórias terapêuticas sejam realizadas de várias formas. Entende-se que os serviços de saúde poderiam estar estruturados de forma que as trajetórias terapêuticas de cada paciente estivessem organizadas com clareza, para que o sujeito tenha conhecimento de que caminho irá traçar para conseguir ser atendido em serviço com resolutividade na especialidade de que necessita.

#### **2.4 Práticas, trajetórias terapêuticas e redes sociais: o indivíduo no seu cotidiano**

A crise da saúde pública e a exclusão social apontam para a necessidade de novas discussões que permitam compreender a complexidade das formas de cuidado dos indivíduos inseridos nos mais variados contextos. Nesse sentido, observa-se a importância crescente de se conhecer as estratégias utilizadas pela população para a busca de alívio ou cura do sofrimento, estratégias que sofrem, certamente, a influência de fatores mais globais e que são fundamentais para manutenção da saúde e da qualidade de vida. Os indivíduos procuram amenizar o sofrimento com práticas terapêuticas que melhor resolvam seu problema, sendo que muitos buscam terapias complementares, por meio da religião e do apoio social como forma de cuidado.

No sentido de melhor conhecer essa situação, alguns estudos realizados sobre as práticas terapêuticas têm mostrado aspectos importantes para a construção deste trabalho; necessita-se conhecer e estudar essas práticas em pacientes portadores de câncer. Falar em câncer ainda causa medo, por representar uma ameaça potencial de morte, já que compromete função de órgãos que poderão dificultar a vida das pessoas ou levar à morte.

As ciências da saúde têm demonstrado avanços no sentido de desvendar a etiologia da doença e tornar mais eficaz seu tratamento; ainda não se encontrou a cura para todos os tipos de câncer. Os indivíduos acometidos pela doença realizam

práticas terapêuticas na tentativa de encontrar a cura. As práticas utilizadas são as prescritas pelos profissionais e também as práticas informais, como alternativas de melhorar a saúde, com vistas a amenizar ou curar a doença.

Viver com saúde ou doença está no cotidiano das pessoas, sendo percebidas de maneira distinta, em função das características individuais e dos significados atribuídos a situações vivenciadas. Algum evento da vida poderá ser percebido de forma estressante para uns sujeitos e não ter a mesma representação para outros, pois nem todos adoecem e sofrem diante das mesmas circunstâncias e cada um, de acordo com seu pensar e sua suscetibilidade pessoal, percebe as situações de vida e reage a elas (LACERDA; VALLA, 2005).

Para Coelho e Almeida (2002), a saúde é uma norma de vida superior e a doença, de vida inferior, sendo a normalidade uma dimensão de saúde. Cada indivíduo tem sua própria concepção de saúde, que pode variar em cada momento de sua vida; o que é normal em uma determinada situação pode ser patológico em outra. Portanto, a busca de resolução dos problemas, de acordo com a sua percepção, irá condicionar práticas terapêuticas distintas.

Oliveira (2002), salienta que o sistema de saúde não está composto apenas pelo setor formal. Para o autor o sistema de saúde está dividido em três partes: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*, que poderia ser traduzido como setor paraprofissional. O setor popular, em geral, o maior deles, é composto pelo grupo familiar e social, é um espaço “leigo”, onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados processos terapêuticos de cura. O setor profissional está representado pela organização formal da prática de saúde, tendo a Biomedicina como referência. O setor paraprofissional é composto pelas demais práticas de saúde, como benzeduras, práticas religiosas e outras alternativas de cura.

Para esclarecer o que se entende por práticas terapêuticas, destaca-se que alguns estudos utilizam termos como alternativa terapêutica, terapia alternativa, práticas em saúde, entre outros, que podem ser utilizados como sinônimos. Neste estudo será utilizado o termo práticas terapêuticas, na tentativa de compreender como as pessoas se cuidam e como resolvem seus problemas de saúde, pois se compreende que as práticas terapêuticas envolvem todas as buscas para melhorar a saúde, e que fazem parte do saber científico, do saber popular e dos vários modelos de saúde utilizados pelos indivíduos.

Souza (2005) acrescenta em seu estudo que a busca de saúde com alternativas populares não significa que o paciente não procure a consulta médica; ele busca a alternativa que melhor lhe convém, que tem maior significado e proporciona mais resultado.

Para Gerhardt (2000), a opção das práticas terapêuticas depende de vários fatores, como sexo, idade, etnia, categoria social, educação, profissão; características do sistema de saúde, entre outros. Todos estes fatores vão influenciar e resultar em diferentes escolhas terapêuticas. Em seu trabalho sobre itinerários terapêuticos, o autor discute a complexidade, a diversidade e a multiplicidade implicadas na organização e na cronologia das práticas socioculturais de saúde utilizadas pelos indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde.

Para Acioli (2005), a construção de práticas terapêuticas desenvolvidas entre os sujeitos ganham significado a partir do contexto em que ocorrem. Individuais ou coletivas, indicam a existência de sabedoria, sendo incorporadas no cotidiano para o enfrentamento de seus processos de adoecimento nas diversas camadas sociais.

Nas diferentes esferas sociais, as pessoas, quando sofrem de algum desconforto físico ou emocional, buscam ajuda com amigos e vizinhos, usam fórmulas caseiras ou automedicação. O autotratamento é baseado em crenças leigas sobre o funcionamento do corpo e a natureza das doenças (HELMAN, 2003).

O mesmo autor diz que são várias as alternativas terapêuticas e que quanto mais complexo e urbanizado for o sistema social, maiores serão as opções, desde que o indivíduo possa pagar por elas e que alivie seu sofrimento. A rede de serviços está composta de vários profissionais como alternativa formal, podendo os indivíduos optarem pela alternativa informal

O modelo médico hegemônico orienta práticas de saúde dos serviços públicos, pautado no diagnóstico e tratamento definidos pelo saber científico, existindo pouco espaço para escuta do sujeito e de seus sentimentos, com atenção para o acolhimento e o cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2005).

A população vem construindo movimentos nas práticas cotidianas em suas experiências com a saúde e com a doença e desenvolvendo estratégias de outros valores sociais, diferentes da ordem médica. Essas práticas e estratégias podem dar outro sentido na atenção à saúde (ACIOLI, 2001).

Segundo Helman (2003), as pessoas, ao adoecer, se não recorrem à automedicação, escolhem consultar serviços para os quais não é necessário o pagamento e que poderá melhor explicar o seu estado de saúde. Concorde-se com o autor, pois essas condutas são reais no cotidiano das pessoas que estão sem escolha, na maioria das vezes, e necessitam de atendimento para sanar problemas de saúde. Essas pessoas sentem-se obrigadas a recorrer à automedicação ou optar por serviços da rede do Sistema Único de Saúde que também, em muitas situações não consegue atender, de maneira resolutiva, aos problemas de saúde do indivíduo.

Inseridos em famílias ou comunidades, observa-se que a saúde ou a doença são interpretadas de forma semelhante por membros do mesmo grupo familiar. Sentem, vivem e resolvem estes eventos pautados no significado que a doença ou a saúde representam para seu grupo. As experiências que se teve com comunidades indígenas e carentes mostraram que essas práticas fazem parte da história das famílias, que cada povo faz o uso de práticas alternativas, pautados em sua cultura, credo religioso e condições financeiras, procurando alcançar o bem-estar e cura de doenças.

Esses eventos abrem portas para a medicina popular, ocupando espaços de grande diversidade, com concepções e valores diferentes na medicina tradicional. Essas práticas fazem parte da história do homem e vêm se incorporando na vivência das pessoas, com o uso terapêutico de chás, remédios caseiros, orações, ritos religiosos ou espirituais, massoterapia, acupunturas como terapias complementares.

Vasconcelos (1999) diz que medicar é mais que prescrever medicamentos e cuidados; é entender que os pacientes já trazem para o seu atendimento suas próprias visões dos problemas e uma série de alternativas de cura. O mesmo autor afirma que medicar é um convencimento e negociação do saber científico com os outros saberes e práticas, em que a conduta resultante será um híbrido, sendo o paciente um cidadão livre para escolha de seu tratamento e cura.

Desta forma, os processos de escolha ou adesão a um determinado tratamento são de difícil entendimento, se não for levado em consideração o contexto no qual o indivíduo está inserido, frente às poucas possibilidades de escolha, sobretudo para a população de baixa renda. Para se compreender a saúde dos indivíduos e como eles enfrentam a doença, torna-se necessário analisar suas práticas, a partir do contexto que possui suas próprias características, que

organizam sua vida coletiva e considerando os indivíduos como atores sociais, definidos pelo espaço social em que se inserem (GERHARDT, 2006).

Dentre as alternativas de cura para as doenças, várias maneiras de cuidar-se estão sendo utilizadas pela população, as práticas religiosas têm-se mostrado relevantes para os serviços de saúde. Essas práticas têm espaço significativo na vida dos indivíduos, já que a conjuntura política atual está levando a população à privação e ao isolamento, elas vem indicando outros caminhos de ajuda para resolver problemas de saúde e aliviar sofrimentos. Os caminhos apontam para formas terapêuticas de atenção não mais restritas ao modelo médico hegemônico. Muitas dessas formas terapêuticas são de apoio social, tais como grupos religiosos, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de famílias, entre outros (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

#### Segundo Valla

o apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (2000, p.41).

Refletir sobre o apoio social significa pensar sobre o seu papel na manutenção da saúde, na prevenção da doença e na facilitação da convalescença.

Uma das premissas principais da teoria é a de que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, isto é, como *buffer*, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse. Outro possível resultado do apoio social seria a contribuição geral para a sensação de coerência da vida e do controle sobre a mesma, que, por sua vez, afeta o estado de saúde da pessoa de uma forma benéfica (CASSEL, 1976<sup>3</sup> *apud* VALLA, 2000, p.41).

Cuidar da saúde não é uma questão apenas do corpo em si, como propõe a teoria de apoio social; é relação corpo e mente ou corpo e alma; nesse sentido é possível que a grande procura das classes populares por igrejas seja o reflexo da crise e da desordem do sistema de saúde (VALLA, 2000).

A religião sempre esteve no cotidiano das comunidades, sendo mais forte em algumas culturas, podendo ser uma busca de sentido à vida, trazendo ensinamentos que dependem de cada doutrina. Em sua maioria ensina que todos os seres vivos têm uma alma ou um espírito; logo esses seres devem estar ligados a uma religião ou a um Deus para que a alma possa ser projetada ao céu. Para isso acontecer as

---

<sup>3</sup> CASSEL, E. J. *The Healer's Art*. New York: J.P. Kippincott Company, 1976.

igrejas dispõem de regras a serem seguidas, que podem tornar o indivíduo uma pessoa de bons princípios e conseguir uma vida com maior significado. Comportamentos regrados tendem a formar indivíduos sem vícios, como o álcool e drogas, e poderão ser mais saudáveis e felizes, cumprindo as leis da Igreja que escolheram seguir.

A busca por um Deus que possa ajudar, aliviar e curar é invocada. Para Boff :

Deus, que, em sânscrito, significa a realidade que brilha e que ilumina. Nessa perspectiva, Deus tem pleno sentido. Deus só tem sentido existencial se for resposta a busca radical do ser humano por luz e por caminho a partir da experiência de escuridão e de errância. Ou simplesmente pela experiência iluminadora de sentido que deriva da vida, da majestade do universo, da inocência dos olhos das crianças (2000, p. 69).

Concorda-se com o autor que descreve a busca por Deus em momentos especiais da vida do indivíduo, que o caminho da espiritualidade e da religião vem, na maioria das vezes, com a procura de alívio ou de cura para os sofrimentos. Pode-se analisar que vários caminhos são traçados para encontrar com seu Ser superior, seja qual for a sua religião ou crença, em especial no momento em que os indivíduos encontram-se com necessidade de força espiritual para alívio de problemas de ordem física ou material.

## **2.5 Problematizando a temática de estudo**

Após diferentes leituras e discussões sobre integralidade, necessidades em saúde, práticas terapêuticas, tem-se uma visão mais abrangente das reais dificuldades da população em resolver seus problemas de saúde, devido ao modelo de assistência em vigor. Pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde encontra-se em construção, pois se observa, ainda, que em muitas situações locais a organização do sistema não consegue oferecer um serviço resolutivo e de qualidade. Nesse sentido, houve mudanças importantes nas concepções do sistema, que, na prática, encontram dificuldades de ser implementadas, ou seja, as ações na prática não se modificam.

Para organizar o serviço seguindo os princípios da regionalização, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) respondem pela coordenação dos

sistemas de saúde microrregionais e módulos assistenciais, correspondentes à sua área de atuação, dentro de uma macrorregião (Rio Grande do Sul e Brasil, 2003). Estão sofrendo um processo de mudanças e encontram dificuldades em assumir o novo papel de gestoras estaduais (ATRIB, 2004). Acredita-se que esta dificuldade possa ser um dos motivos para a lenta implantação e desenvolvimento do PDR no Estado. A discussão referente à regionalização trazida, tanto no texto da NOAS quanto no do PDR, demonstra que o conhecimento dos fluxos dos usuários aos serviços de saúde é preponderante para a efetiva construção do sistema de saúde, tanto no nível micro quanto no macro.

Nesse sentido, o processo da regionalização mostra-se importante na medida em que, para dar conta da diversidade de demandas dos usuários, é necessário um novo pensar e fazer em saúde, a partir de uma reflexão que integre, no plano teórico e prático, conceitos fundamentais como integralidade e necessidades em saúde.

Desta forma, julga-se importante, empregar a expressão de Righi (2003) “ver o local a partir da ótica de quem o produz” – os sujeitos, os usuários – através das suas necessidades e das suas práticas terapêuticas, pois:

nem todas as necessidades de saúde, nem todos problemas de saúde são vistos dentro do sistema formal de cuidado à saúde. Pelo contrário, a busca por cuidados e pela resolução das necessidades segundo a ótica dos usuários, transcende em muito o modelo biomédico. Este é apenas um entre tantos disponíveis para a cura ou a resolução dos problemas” (OLIVEIRA, 2002, p.64).

A compreensão do local e das práticas desenvolvidas pelos atores sociais torna-se, portanto, uma “necessidade científica”, sobretudo em função dos poucos estudos sobre a temática das práticas terapêuticas. Segundo Akerman (2005), há uma necessidade cada vez maior de estudar e analisar as condições de saúde de comunidades pobres, pois se sabe que estas pessoas têm maior probabilidade de adoecer. Melhores condições de vida e saúde poderão favorecer o desenvolvimento em vários aspectos, diminuir a pobreza e melhorar a saúde da população. Para Acioli (2001), é importante estudar as práticas de saúde desenvolvidas, tanto pelos profissionais de saúde, como também pela população, para que as estratégias dos sujeitos possam ganhar sentido junto às práticas de saúde dominantes. Souza (2000) destaca a importância de trabalhar com as necessidades locais, por meio de prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, bem como sincronizando o saber popular com o saber técnico científico.

Na mesma perspectiva de encontrar meios para a resolução de problemas de saúde, uma alternativa bastante utilizada pela população é o apoio social, que poderá sincronizar o saber científico e o saber popular, auxiliando os indivíduos com suporte de ordem material ou emocional, com vistas a melhora de saúde do indivíduo. Para Valla (2000), o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, permitindo que elas consigam melhor enfrentar acontecimentos desagradáveis para o indivíduo, sua família e comunidade, como também fortalecer laços sociais e familiares, aspecto importante para viver em comunidade.

Ainda que várias questões estejam em permanente construção, é nesse processo de (trans) formação de novas organizações do trabalho em saúde que foram elaboradas as presentes questões de pesquisa: Como se estrutura a rede de serviços de saúde no Município em estudo? Quais fatores influenciam o acesso à rede de atenção à saúde do Município do estudo? Quais as práticas terapêuticas e trajetórias utilizadas pelos pacientes portadores de câncer no Município em estudo?

A partir disso, torna-se importante realizar uma investigação sobre as práticas terapêuticas e o acesso aos serviços de saúde da população do Município alvo. Este estudo poderá contribuir para identificar as diferentes estratégias colocadas em prática para resolver problemas de saúde, e verificar como a rede de serviços do Município oferece esses serviços para os usuários com câncer. Também pode contribuir para a qualificação da prática profissional/processo de trabalho/cuidado em saúde, contemplando a integralidade, trazendo subsídios para que as políticas de saúde consigam visualizar esta diretriz do SUS como uma aliada do usuário e dos serviços de saúde.

Portanto, o tema que se busca estudar visa a estabelecer as relações entre a rede de serviços de saúde disponíveis e as práticas e trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer, no Município do estudo. Acredita-se que este estudo poderá viabilizar reflexões sobre um novo modelo de assistência à saúde dos usuários, com um olhar mais crítico sobre pacientes crônicos, que, na maioria das vezes, necessitam de cuidados especiais e imediatos para estabilizar ou curar sua doença. Somente conhecendo como estão vivendo e cuidando de sua saúde será possível ofertar serviços que venham ao encontro das verdadeiras necessidades em saúde desse grupo de pacientes, com também de todos os indivíduos. Frente a essas considerações, entende-se a relevância de desenvolver a referida investigação.

### **3 OBJETIVOS**

Com a formulação do problema de estudo, apresentam-se os objetivos deste estudo.

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo deste estudo é conhecer e caracterizar a rede de serviços de saúde disponível, o acesso e utilização de serviços, assim como as práticas e trajetórias terapêuticas de usuários portadores de câncer em um Município da região Noroeste do Rio Grande do Sul.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

São objetivos específicos deste estudo:

- a) Caracterizar a rede de serviços de saúde do Município do estudo;
- b) traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de câncer, cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer;
- c) identificar, por meio das trajetórias terapêuticas, os fatores que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde no Município do estudo.

## **4 METODOLOGIA**

A seguir apresenta-se a trajetória metodológica, visando a atender aos objetivos propostos para este estudo.

### **4.1 Tipo de Estudo**

Este é um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, cuja escolha ocorreu devido à intenção de explorar um fenômeno pouco conhecido, como refere Minayo (2004). A autora afirma que a abordagem qualitativa tem a função de explicar a relação social, que é considerada o resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional e que pode ser apreendida no cotidiano da vivência dos sujeitos em estudo. A pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2004), é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

O estudo exploratório, para Triviños (1990), permite ao investigador aumentar suas experiências acerca de um determinado problema, explorando as diferentes dimensões dos fenômenos estudados, surgindo novas hipóteses à medida que ocorre a contribuição do informante. Já o descritivo favorece ao pesquisador observar, descrever e classificar tais fenômenos.

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado em um Município, situado na região Noroeste do Rio Grande do Sul, que conta com uma população de 26.759 habitantes, sendo 13.089 (49%) homens e 13.670(51%) mulheres (INSTITUTO..., 2006). Do total da população residente no Município, 20.436 (76%) residem na área urbana e 6.326

(24%) na rural; o Município possui uma área de 265Km<sup>2</sup>, uma taxa de analfabetismo de 7,57%, e uma expectativa de vida de 75,72 anos (CONSELHO..., 2005).

A economia do município é baseada na agricultura de minifúndio, com carência de indústria, apresentando um índice de desemprego de 16%. A média da renda familiar é de 1,5 salários mínimos (INSTITUTO..., 2006). Em consequência da falta de incentivo ao meio rural, com sua economia baseada na agricultura de minifúndios, o Município sofre com a problemática do êxodo rural, o que é realidade em vários Municípios brasileiros nas últimas décadas, pois os habitantes migram para as cidades na busca de oportunidades de empregos (KLEBA, 2005).

O Município faz parte da macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul, pertencendo à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde e tem como principal pólo assistencial de saúde a cidade de Passo Fundo (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Sua rede de saúde está composta de um hospital, de caráter regional, duas Unidades Básicas de Saúde (a Unidade Básica de Saúde Central e a Unidade Básica de Saúde localizada em bairro do Município), um Centro Municipal de Saúde onde está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Central e a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social. A UBS Central oferece atendimento de urgência, vacinas, consultas médicas de Ginecologia, Pediatria, Clínica, Cardiologia, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Enfermagem, farmácia básica e de medicamentos especiais.

O Município possui 15 bairros, sendo que 5 são cobertos por duas equipes do Programa de Saúde da Família. Os bairros onde não há UBS com Programa de Saúde da Família são atendidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Unidade Básica de Saúde do bairro São Francisco de Paula oferece serviços de pequenos procedimentos, atendimento ambulatorial, vacinas, fisioterapia, odontologia, enfermagem e consultas médicas de Ginecologia, Clínica e Pediatria. Conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), que atende o bairro São Francisco de Paula e São José.

O Município conta com um Hospital filantrópico, de caráter regional, com 60 leitos. Houve ampliação de sua estrutura física sendo concluída em 2004, com investimentos financeiros do Governo Estadual e da Administração Municipal, com a intenção de prestar melhor qualidade de serviços hospitalares para a população do município e da região do Médio Alto Uruguai. O investimento financeiro e a ampliação do espaço físico do hospital não conseguiram atender à demanda de

atendimento dos frederiquenses, e com dificuldades ainda maiores para a população de outros Municípios pertencentes à 19ª Coordenadoria. A Instituição não consegue atender, conforme a proposta inicial da ampliação que seria do hospital, à demanda regional, como também viabilizar o convênio com especialidades médicas para melhor atender esses Municípios.

Estando de acordo com a realidade nacional, o Município conta com 40 médicos para uma população de 26.759 habitantes, mas a população continua com dificuldade para conseguir atendimento. Não é a mesma realidade com a Enfermagem, sendo que o número de enfermeiros é deficiente. Apenas quatro enfermeiros prestam serviços para o sistema público de saúde deste Município.

Embora existam deficiências, as características do Município o colocam numa situação de referência regional devido a sua estrutura, que pode oferecer uma diversidade de serviços, em vários setores, como comércio, indústrias, educação, e serviços de saúde da rede hospitalar e de assistência particular.

### **4.3 População em Estudo**

A população em estudo foi composta inicialmente de 26 pacientes portadores de câncer, cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer do Município do estudo.

Esta Entidade foi fundada em 2005, e constitui personalidade jurídica própria; é uma associação civil, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, de assistência social e de promoção da saúde, de duração indeterminada. Ela tem por finalidade: assistir o doente carente, portador de câncer; conscientizar e educar a população, visando à prevenção do câncer; auxiliar os hospitais do Município e Região, prestadores de serviços na área oncológica, bem como outras instituições congêneres.

A escolha em realizar a busca de pacientes portadores de câncer por meio da Liga Feminina de Combate ao Câncer deu-se em função de que a Secretaria Municipal de Saúde não disponibilizou o acesso aos cadastros locais que permitissem identificar os pacientes portadores desta patologia. Cabe ressaltar, ainda, que todos os pacientes cadastrados nesta Entidade filantrópica são usuários

do Sistema Único de Saúde, portanto da rede assistencial de atendimento à saúde local.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: estar cadastrado na Liga Feminina de Combate ao Câncer do referido Município, estar de acordo em participar da pesquisa, ter condições de manter diálogo, isto é, capacidade de entendimento e verbalização, visto que a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas (APÊNDICE A); e, finalmente, concordar em participar do estudo pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

O estudo foi desenvolvido com 13 sujeitos, dos 26 cadastrados, devido às perdas em função de óbito, não aceitação em participar da pesquisa e por estarem fora do Município para realização de tratamento. Alguns pacientes permanecem em Porto Alegre ou Passo Fundo em albergues ou casa de parentes, devido à falta de transporte adequado para retorno ao Município de origem.

#### **4.4 Coleta de Dados**

Após a autorização da Liga Feminina de Combate ao Câncer (ANEXO A), a coleta dos dados iniciou-se pela busca de informações sociodemográficas e de saúde dos indivíduos selecionados para o estudo, a partir do cadastro da Liga Feminina de Combate ao Câncer.

Após a identificação dos sujeitos foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) a partir de um roteiro composto de duas partes. Na primeira parte, foram coletados dados sociodemográficos. Na segunda parte, foram elaboradas onze perguntas abertas, sobre as concepções de saúde, práticas terapêuticas, trajetórias terapêuticas e a utilização de serviços de saúde. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no domicílio do sujeito, com o acompanhamento de um membro da Liga Feminina de Combate ao Câncer, para que houvesse melhor receptividade por parte dos entrevistados. As entrevistas, gravadas em fita cassete e arquivadas, juntamente com as transcrições dos dados, serão mantidas por cinco anos e, após, serão destruídas. Omitiram-se os dados pessoais afim de que os sujeitos não fossem identificados, preservando, assim, o

anonimato. Optou-se por identificá-los por letras, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas.

Optou-se pela entrevista, com base em autores como Minayo (2004) que a considera um instrumento privilegiado para a coleta de dados, referindo que

é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p.109).

A entrevista semi-estruturada para Triviños (1990) é aquela que parte de princípios básicos, apoiados em teorias ou hipóteses que vão surgindo à medida que recebem retorno do informante, viabilizando novas hipóteses.

Ghiglione e Matalon (1997) salientam que na entrevista semi-estruturada, o entrevistador conhece os temas sobre os quais tem que obter reações por parte do inquirido, mas o ordenamento e a forma como serão desenvolvidos são deixadas a seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista. Considerando essas características, optou-se por seguir a orientação dos autores, qualificando e tornando mais flexível o tipo de relação entre a pesquisadora e entrevistada(o).

Em momento posterior às entrevistas, e com a intenção de ilustrar algumas situações encontradas, foram selecionados dois sujeitos com os quais foram aprofundados elementos julgados importantes para uma melhor compreensão das práticas e trajetórias terapêuticas dos pacientes com câncer. Nesse momento utilizaram-se duas ferramentas de coleta de dados como o genograma e o diagrama das relações sociais (ecomapa) das famílias. Foram selecionados os sujeitos que apresentavam melhores condições de saúde, no momento, e que concordaram em falar sobre a dinâmica de vida de sua família e da comunidade em que vivem.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Frederico Westphalen – RS e aprovado em 26 de setembro de 2006 (ANEXO B).

Após a explicação pormenorizada sobre a natureza da pesquisa aos sujeitos, foi lhes apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que eles assinaram autorizando sua participação voluntária na pesquisa conforme resolução n.º 196/ 96 CNS. (APÊNDICE B)

As respostas à entrevista não causariam nenhum risco ao participante. Os dados coletados e analisados preservaram sua identidade pessoal. Na análise dos dados os nomes foram substituídos por letras de A a M.

#### **4.5 Análise dos Dados**

A análise dos dados deu-se a partir das respostas obtidas nas entrevistas, que foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, mantendo, assim, a veracidade das informações, subsidiando a análise.

Os dados foram organizados e lidos, sendo destacados os aspectos relevantes, o que permitiu uma visão global do assunto. Em seguida, foi realizada a exploração do material que, segundo Minayo (1999, p. 210), "consiste essencialmente na operação de decodificação" o que quer dizer que, nessa fase, os dados foram classificados e reunidos em categorias, de acordo com a semelhança de informações.

As categorias estabelecidas no trabalho foram: Relação do indivíduo com seu corpo e sua saúde; Resolução de problemas de saúde; Dificuldades das trajetórias terapêuticas e como é percebida a forma de assistência das trajetórias terapêuticas; Fluxos da rede de atenção à saúde; Apoio social e trajetórias terapêuticas. Para finalizar, foram efetuados o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos significados das falas (MINAYO, 2004).

Para melhor conhecer e compreender as práticas e trajetórias terapêuticas, elaboraram-se, juntamente com os sujeitos da pesquisa, genogramas e redes de suporte familiar. Para isto foi utilizado, como mencionado anteriormente, o genograma e o diagrama das relações sociais (ecomapa), com o objetivo de conhecer a história e a dinâmica familiar e social.

Wright e Leahey (2002, p. 84) definem o genograma como:

Uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna. Como um instrumento de compromisso, é apropriada sua aplicação na primeira reunião com a família. Propicia dados ricos sobre os relacionamentos, ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre ocupação, religião etnias e imigrações.

Já o ecomapa é definido por Rocha, Nascimento e Lima (2002, p.709) como:

Um diagrama das relações entre família e comunidades ajuda avaliar os apoios e os suportes disponíveis e sua utilização pela família.

A composição destas duas ferramentas permitiu avaliar os espaços de socialização dos sujeitos e suas inter-relações, e constituiu uma forma de representação de suas relações com familiares, comunidade e instituições presentes no contexto local dos sujeitos entrevistados.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo descrevem-se os resultados da investigação, apresentados, inicialmente, pela caracterização sociodemográfica e de saúde dos sujeitos entrevistados, para, posteriormente, serem apresentadas as descrições e análises referentes às práticas e trajetórias terapêuticas de usuários portadores de câncer, no Município. Para uma melhor compreensão do contexto no qual se insere a situação do Município em estudo, apresenta-se, primeiramente, a situação epidemiológica do câncer no RS e nas suas diferentes regiões.

### **5.1 A situação no RS e nas suas diferentes regiões**

A situação no Rio Grande do Sul e em suas diferentes regiões é aqui apresentada a partir das informações contidas no relatório “A saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul, 2005” (RIO GRANDE DO SUL, 2006b).

O Rio Grande do Sul está dividido, administrativamente, em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), cujo município sede era o de maior população no momento de sua implantação: Frederico Westphalen.

A 19ª CRS reunia 29 municípios e aproximadamente um total de 203.229 habitantes, em 2005. Juntamente com a 8ª e a 14ª CRSs, concentrava a maior proporção de pessoas acima de 60 anos. Dentre as regionais que concentravam mais população masculina idosa (acima de 70 anos) estão as 8ª, 14ª e 19ª CRSs. Em 2003, a CRS que possuía a menor quantidade de população residindo na zona urbana era a 19ª CRS (51%). Em relação às taxas de analfabetismo em 2005, as maiores taxas estavam concentradas na 15ª CRS (10,6%), na 8ª CRS (10,3%) e na 19ª CRS (10,3%). Em relação aos índices de escolaridade foi calculada a proporção de pessoas com menos de 4 anos de estudo na população de 10 anos ou mais de idade. O RS apresentou uma média de 19,3% de pessoas com menos de 4 anos de estudo. A 19ª CRS foi a regional que apresentou o maior índice, 26,8% seguida de perto pela 10ª CRS (26,4%).

O indicador de proporção de pobres foi representado pelo percentual da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo. Essa informação foi calculada a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Verifica-se que as maiores proporções de pobres encontravam-se na 19ª CRS (37,4%), na 15ª CRS (36,2%), que apresentavam índices baixos de urbanização, e na 10ª CRS (30,6%), mas cujo índice de urbanização era de 90% como visto anteriormente. É extremamente importante relacionar essas duas variáveis (% de pobres e urbanização) porque as populações que viviam em pequenas propriedades, como no caso da 19ª CRS, muitas vezes não possuíam rendimentos, moravam em zonas rurais e plantavam para sua própria família. Esse fato mascarava os índices de pobreza, uma vez que, por não receberem salário, apareceram como famílias sem rendimento, porém com condições adequadas de vida.

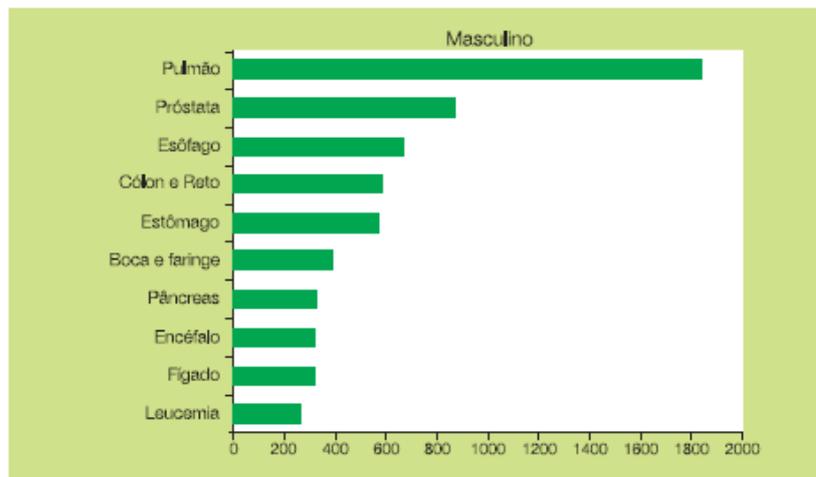
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é apresentado pelo Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)/BRASIL, por município. É um indicador que envolve a transformação das dimensões de Longevidade, Educação e Renda em índices que variam de 0 (pior) a 1 (melhor). Quanto mais próximo de 1, maior será o nível de desenvolvimento humano do Município. Em 2005 o RS possuía um IDH de 0,814, que é um indicador considerado alto em relação aos outros Estados do País. Quanto aos Municípios-sede 12 deles ultrapassaram o valor estadual. Frederico Westphalen tinha um índice de 0,834, levemente acima da média do Estado.

A 19ª CRS, cujo Município sede é Frederico Westphalen, se insere na Macrorregião de Saúde Norte (MRSN), cujo município pólo é Passo Fundo. A MRSN compreende a 19ª, a 15ª, a 11ª e a 6ª CRSs.

O coeficiente de mortalidade por neoplasias (câncer) vem aumentando, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul. Este aumento tem sido permanente nos últimos vinte anos. Entretanto, segundo informação do Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria da Saúde (NIS) é o capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID10) que mais sofre influência com a diminuição do registro de mortes por causas mal-definidas, pois a maioria delas oculta óbitos por câncer. Assim, nos últimos anos pode-se observar que existe um real aumento da mortalidade, pois no período em estudo (1998 a 2005), a mortalidade por causas mal-definidas se mantinha estável, em torno de 5 a 6%.

O câncer de pulmão é a principal causa de morte dentre as neoplasias do sexo masculino, seguido, por ordem de freqüência de mortalidade, por câncer de próstata, esôfago, estômago, cólon, reto, cavidade oral e faringe, pâncreas e fígado. Estas causas representam 70 % (setenta por cento) do total de mortes por câncer, no sexo masculino.

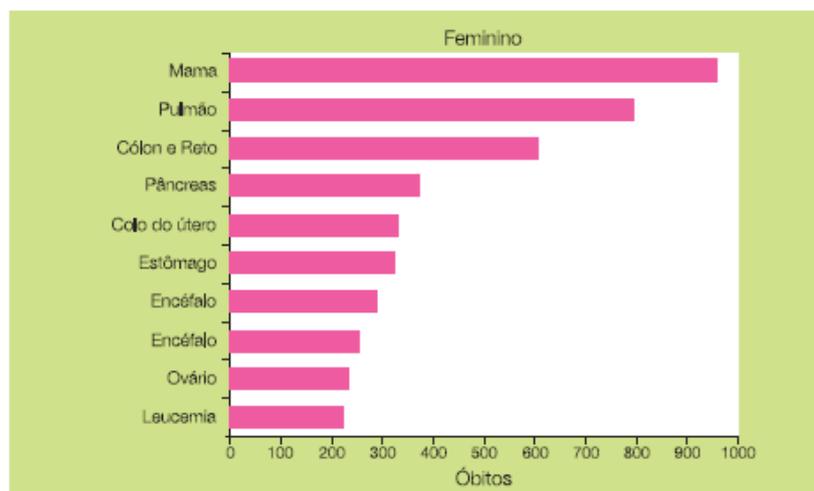
No sexo feminino o câncer de mama é o responsável pela maior mortalidade, seguido pelo de pulmão, cólon e reto, pâncreas, colo do útero, estômago, encéfalo, esôfago e ovário (GRÁFICOS 1 E 2).



Fonte: SIM/NIS/SES/RS

**Gráfico 1 - Mortalidade pelos principais tipos de câncer, no sexo masculino.**

Estas causas representam 65,5 % (sessenta e cinco por cento) do total de mortes por câncer, no sexo feminino.



Fonte: SIM/NIS/SES/RS

**Gráfico 2 - Mortalidade pelos principais tipos de câncer, no sexo feminino.**

O coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão aumentou, em ambos os sexos, nos últimos vinte anos, no Rio Grande do Sul. Entretanto, nos últimos oito anos ocorreu um estacionamento da mortalidade no sexo masculino, enquanto no feminino é o tipo de câncer que mais aumentou. No ano de 1980, do total de mortes por neoplasia de pulmão, 17,4% ocorreram no sexo feminino. No ano 2005, esta porcentagem aumentou para 29,5%. Observa-se aumento significativo para o sexo feminino e para o masculino.

O coeficiente de mortalidade por câncer de próstata aumentou significativamente nos últimos 25 (vinte e cinco) anos. No ano de 1980 era o quarto mais comum e a partir do ano de 1995 passou a ser o segundo, só superado pelo câncer de pulmão. A mortalidade por câncer de cólon e reto também aumentou nesse período. Houve uma estabilidade para a mortalidade por câncer de esôfago, e uma tendência à diminuição da mortalidade por câncer de estômago.

O coeficiente específico de mortalidade por câncer de mama mantém-se, ao longo dos anos, como o mais elevado dentre os diversos tipos de câncer, no sexo feminino. Entretanto, o que mais aumentou foi o coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão. Era o quarto mais freqüente, há vinte anos e hoje é o segundo. A mortalidade por câncer de cólon e reto também aumentou significativamente e é a terceira causa de mortes por câncer, nas mulheres.

Outro tipo de câncer cuja mortalidade aumentou foi o de pâncreas. Entretanto, tem-se observado uma diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero nos últimos anos, principalmente na faixa etária de 40 a 59 anos (GRÁFICO 3).



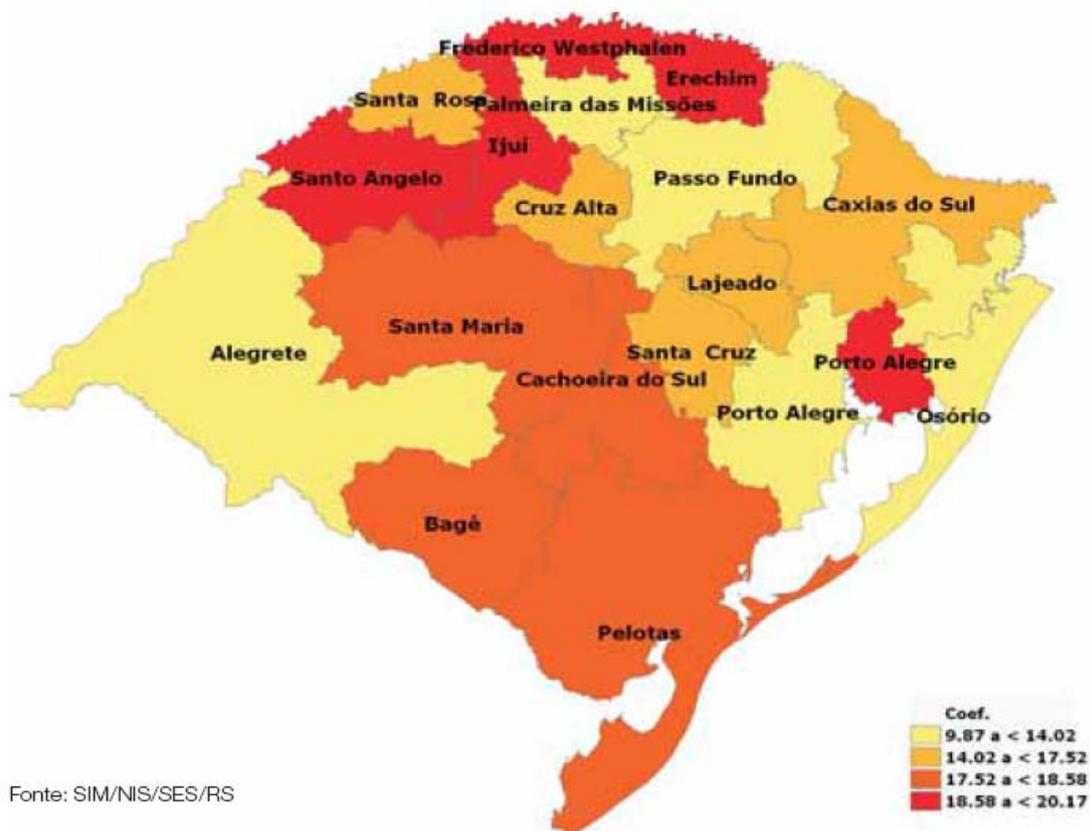
Fonte: SIM/NIS/SES/RS

**Gráfico 3 - Tendência da Mortalidade por Câncer de colo de útero (CID C53) Coef. Por 100.000 hab), Faixa Etária, RS, 1998 a 2005.**

### 5.1.1 Distribuição regional da mortalidade devida a alguns tipos de câncer no Rio Grande do Sul

Aqui serão mostradas as diferentes situações de saúde e mortalidade por câncer, no Rio Grande do Sul, representados em Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado.

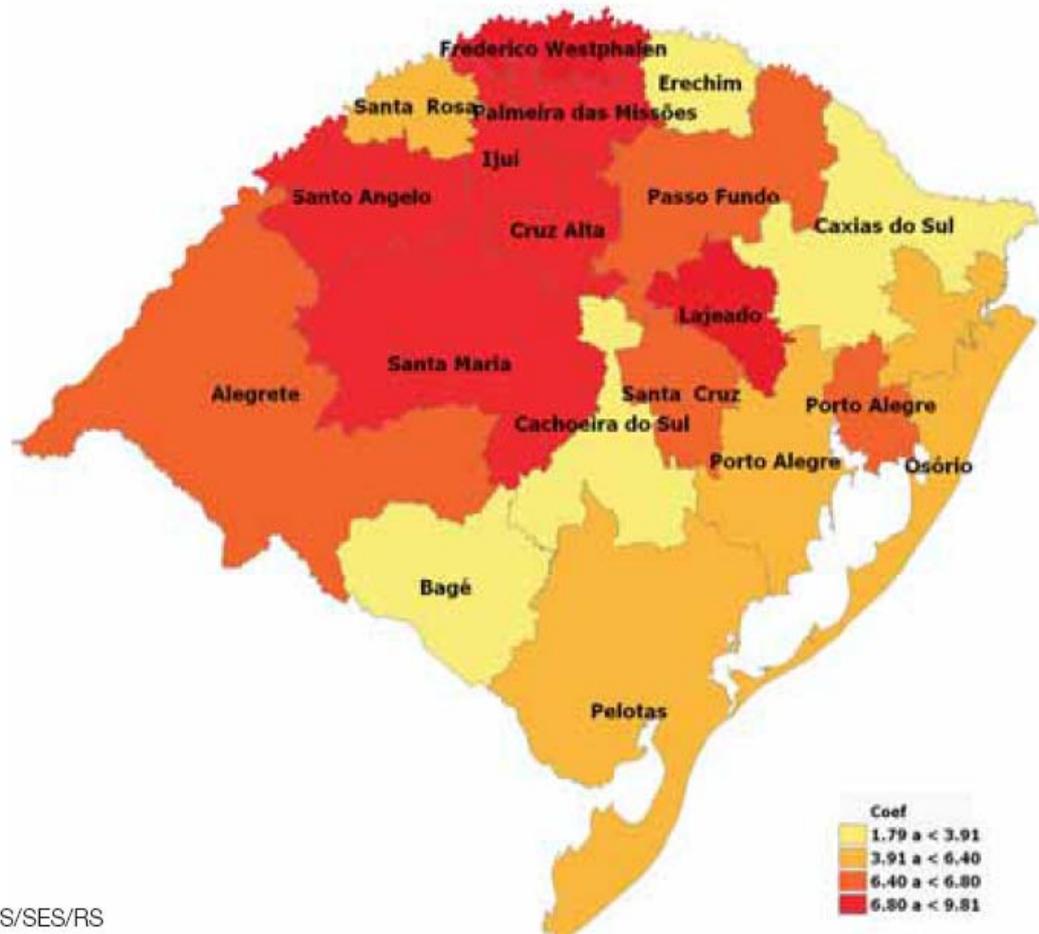
A variabilidade da mortalidade por câncer de mama, no Rio Grande do Sul, no ano de 2005, foi de 9,8 óbitos por 100.000 mulheres, na 18ª CRS, a 21,6 por 100.000 na 1ª CRS. No Estado, o coeficiente foi de 17,1 óbitos para 100.000 mulheres. As CRSs incluídas no quartil mais alto são: 1ª, 11ª, 12ª, 17ª e a 19ª CRS (FIGURA 1).



**Figura 1 - Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Mama por 100.000 mulheres, por CRS, RS, 2005.**

A variabilidade da mortalidade por câncer de colo de útero, no ano de 2005 foi de 1,8 óbitos por 100.000 mulheres (CRS de Cachoeira do Sul), a 9,7 por 100.000 (CRS de Cruz Alta), enquanto para o Estado foi de 5,9 por 100.000. Na figura 2

pode-se observar a distribuição por CRS em quatro grupos de indicadores. As CRSs de Lageado (16ª) e de Frederico Westphalen (19ª) são as que apresentaram os mais altos coeficientes, em 2005.



Fonte: SIM/NIS/SES/RS

**Figura 2 - Coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero por 100.000 mulheres, por CRS, RS, 2005.**

O coeficiente de mortalidade por câncer de próstata variou de 8,8 por 100.000 na regional de Frederico Westphalen a 30,12 na CRS de Santo Ângelo. As CRSs com sede em Erechim, Cachoeira do Sul, Cruz Alta, Osório, Pelotas e Bagé, também apresentaram coeficientes de mortalidade altos, incluídos no quartil superior, para o ano de 2005. No Estado, o coeficiente foi de 17,0 óbitos por 100.000 homens.

A mortalidade por câncer de pulmão, para ambos os sexos, variou de 20,1 na CRS de Caxias do Sul a 35,3 na CRS de Cruz Alta e 31,8 na CRS de Santa Cruz do

Sul. Além destas, as regionais de Cachoeira do Sul e Bagé também apresentaram coeficientes altos, todos no quartil superior. O coeficiente para o Estado foi 23,1 por 100.000.

Os coeficientes de mortalidade para esses três tipos de neoplasias apresentam variabilidade semelhante, considerada a sua magnitude.

O coeficiente mais alto para o câncer de cólon e reto foi de 15,7 na CRS de Ijuí, seguido pelas CRSs de Pelotas e Bagé.

Para o câncer de estômago e o de esôfago a CRS com o coeficiente mais alto foi a 15ª, sede em Palmeira das Missões, respectivamente de 12,63 e 13,27 por 100.000. Bagé e Pelotas vêm logo a seguir, com os coeficientes mais altos para o câncer de estômago e Cachoeira do Sul, Bagé e Alegrete para o câncer de esôfago. Nota-se, pois, uma maior mortalidade para diversos tipos de neoplasias nas regionais da região Sul do Estado.

## **5.2 Caracterização sociodemográfica e informações de saúde dos entrevistados**

Nesse item são descritos os dados relacionados à idade, ao sexo, à profissão/ocupação, à escolaridade, à renda familiar e doença apresentadas pelos sujeitos entrevistados. Esta descrição tem por objetivo trazer algumas características dos sujeitos, tendo em vista as análises posteriores de suas trajetórias terapêuticas. Vale lembrar que foram entrevistados todos os pacientes cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer do Município que concordaram em participar do estudo.

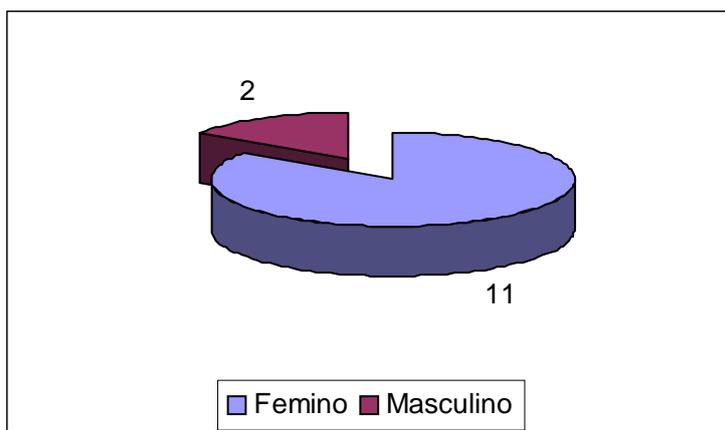
Em relação à faixa etária, tem-se a seguinte distribuição (TABELA 2): dois sujeitos com idade entre 20 e 30 anos, três sujeitos entre 30 e 40 anos, dois com idade entre 40 e 50 anos, dois, entre 50 e 60 anos, dois, entre 60 e 70 anos e dois entre 70 e 80 anos. A média de idade dos entrevistados foi de 49,5 anos.

**Tabela 2 - Distribuição por faixa etária dos sujeitos entrevistados- Município do estudo, 2006.**

<b>Idade</b>	<b>N</b>
20 – 30 anos	02
30 – 40 anos	03
40 – 50 anos	02
50 – 60 anos	02
60 – 70 anos	02
70 – 80 anos	02
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

No que se refere ao sexo dos entrevistados (GRÁFICO 4) observa-se que a maioria é do sexo feminino (onze mulheres). Há um número mais elevado de mulheres cadastradas na Liga Feminina de Combate ao Câncer devido ao câncer de mama, apresentado por cinco entrevistados. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres.



Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

**Gráfico 4 - Distribuição por sexo dos sujeitos entrevistados – Município do estudo- 2006.**

Em relação à ocupação, quatro dos entrevistados estavam aposentados, 1 homem e 3 mulheres. As demais mulheres eram: duas “do lar”, uma estudante, uma gari, uma catadora de papel, uma doméstica, uma agricultora. Quanto à ocupação dos homens 1 aposentado e 1 pedreiro. O que se observou foi que, no momento em que os sujeitos falavam de sua ocupação, relacionavam o comprometimento de sua saúde com a impossibilidade de trabalhar. O tipo de câncer apresentado pode estar relacionado com a exposição a fatores ligados à profissão/ocupação, conforme demonstram alguns estudos, como, por exemplo, o estudo realizado por Uehara

(1998), que revelou associação de câncer de pulmão com a exposição ocupacional, quando os sujeitos estavam expostos a substâncias químicas industriais. Entretanto, o objetivo neste estudo não é o de estabelecer qualquer tipo de relação entre as diferentes variáveis, pois em se tratando de um estudo de cunho qualitativo, estas informações visaram apenas a caracterizar os sujeitos em estudo.

**Tabela 3 - Distribuição da profissão/ocupação dos sujeitos entrevistados - Município do estudo - 2006.**

<b>Profissão/ocupação</b>	<b>N</b>
Agricultor	01
Aposentado	04
Catadora de papel	01
Do Lar	02
Doméstica	01
Estudante	01
Operária/Gari	01
Pedreiro	01
Serviços Gerais	01
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

Em relação à escolaridade, dois sujeitos do grupo eram analfabetos (uma mulher e um homem), e ambos pertencentes ao grupo de maior idade. Oito dos entrevistados, a maioria, referiu ter somente o Ensino Fundamental incompleto, um, o Ensino Fundamental completo, um, o Ensino Médio completo, e um, o Ensino Médio incompleto. Pode-se observar que as pessoas mais jovens apresentavam mais escolaridade. Na realização da pesquisa constatou-se relação entre o diagnóstico precoce a maior grau de instrução e escolaridade.

**Tabela 4 - Distribuição da escolaridade dos sujeitos entrevistados- Município do estudo- 2006.**

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>
Analfabeto	02
Ensino Fundamental Incompleto	08
Ensino Fundamental Completo	01
Ensino Médio Completo	01
Ensino Superior Incompleto	01
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

A renda familiar dos entrevistados variou entre menos de um salário e três salários mínimos. A maioria dos entrevistados (onze) referiu renda mensal de um a

dois salários mínimos. Este quadro econômico se reflete no acesso aos serviços de saúde. Apenas um dos sujeitos possuía plano de saúde, pois sentiu a necessidade de realizar convênio privado por não conseguir ser atendido na rede pública de saúde.

**Tabela 5 - Distribuição da renda familiar dos sujeitos entrevistados- Município do estudo- 2006.**

<b>Renda Familiar</b>	<b>N</b>
- de 1 salário mínimo	01
1 salário mínimo	05
2 salários	06
3 salários	01
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

Com relação à doença apresentada, os entrevistados referiram os seguintes tipos de câncer: Linfoma de Hodgkin (1); Câncer de Colo de Útero (1); Câncer de Intestino (1); Câncer de Pele (2); Câncer de Pulmão (3) e, Câncer de Mama (5).

O câncer de mama é a principal neoplasia maligna que acomete o sexo feminino; no Brasil, o número de casos novos esperados para 2006 era de 48.930, com risco estimado de 52 casos por mil mulheres, apresentou taxa bruta de incidência estimada, para 2003, de 46,35 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2006b).

Estudo realizado por Scowitz *et al.* (2005) sobre câncer de mama demonstrou que esta patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres em faixas etárias mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente, no País. Neste estudo, os índices encontrados corroboram esse achados.

**Tabela 6 - Distribuição dos tipos de câncer dos sujeitos entrevistados- Município do estudo- 2006.**

<b>Doença apresentada</b>	<b>N</b>
Linfoma de Hodgkin	01
Câncer de Colo de Útero	01
Câncer de Intestino	01
Câncer de Pele	02
Câncer de Pulmão	03
Câncer de Mama	05
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

### 5.3 Práticas e trajetórias terapêuticas de pacientes portadores de câncer

Este item comporta a descrição e análise das falas dos sujeitos entrevistados, as quais foram classificadas nas seguintes categorias: Relação do indivíduo com seu corpo e sua saúde; Resolução dos problemas de saúde; Dificuldades das trajetórias terapêuticas e Percepção da assistência em saúde; Fluxos das trajetórias terapêuticas; Fluxos da rede de atenção à saúde; Apoio social e trajetórias terapêuticas. Cada uma dessas categorias será apresentada a seguir e discutida com o apoio teórico da literatura.

#### 5.3.1 Relação do indivíduo com seu corpo e sua saúde

Para esta categoria foram utilizadas as seguintes questões abertas da entrevista: “O que é, para o senhor (a), estar com boa saúde? e, “O senhor (a) hoje pensa ter uma boa saúde?

Esta categoria apresenta a relação que a saúde tem com o corpo físico. De uma forma geral, a visão de saúde foi relacionada à ausência de dor, em poder trabalhar, não tomar remédio e sentir-se feliz. Tais referências podem ser percebidas nos depoimentos abaixo:

*Boa saúde é não ter nenhum problema né, poder trabalhar, ter uma boa alimentação, além de como é que eu posso te dizer, sem dores pelo menos né, sem ter que estar tomando remédio todo dia, e principalmente estar em forma para um bom trabalho (Sujeito F).*

*É não ter doença nenhuma. É se alimentar bem, estar satisfeita. Ser um pouco feliz. Acho que é isso aí (Sujeito D).*

Quando se analisam os depoimentos relacionados ao que as pessoas acreditavam ser saúde, eles vem ao encontro de estudos desenvolvidos por autores como Coelho e Almeida (2002), Dejours (1986) e Akerman *et al.* (2006). Para esses cada indivíduo vive e sente a saúde de forma diferenciada, dependendo de vários fatores que influenciam sua vida, como as suas relações com o ambiente, suas relações sociais e culturais. Outro fator que também influencia estas percepções, diz

respeito às representações da doença. O fato de estarem vivenciando uma doença grave e sem cura, em muitos dos casos, leva a terem percepção de saúde influenciada pela gravidade da doença que poderá levar à morte ou traçar caminhos difíceis de cura.

Akerman *et al.* (2006) referem-se a saúde como qualidade inata do homem, sendo um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo maior da vida, e que a saúde decorre de algumas condições, em que a igualdade de recursos poderá resultar em acesso para a população a bens e consumo para reprodução da vida.

Para autores como Coelho e Almeida (2002) e Dejours (1986), são várias as concepções de saúde; cada pessoa tem sua história, que consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro. Segundo Dejours (1986), um completo bem-estar físico social e mental, não existe. Concorde-se com o autor, pois se percebe que saúde está no entender e no agir de cada indivíduo, condicionada pela sua cultura, modelos de trabalho, lazer, relações familiares, habitação, alimentação, sexualidade e o ambiente.

Nos depoimentos que seguem, observa-se que sujeitos que estavam na fase latente da doença relatavam não ter saúde, devido às dores e limitações que ela causa, pois a relação de saúde com a dor está muito presente.

*De três anos pra cá não tenho mais saúde [ ] uma dor muito forte que tenho na barriga. Consulto, consulto e me dizem que é infecção. Por isso volta e meia estou no hospital, e essa dor na barriga nunca passa. É uma dor horrível e de três anos pra cá não descansei mais, dói direto (Sujeito M).*

Aqueles em que a doença estabilizou, ou apenas realizam exames de controle e estão utilizando poucos medicamentos, relataram ter saúde devido às várias situações difíceis que vivenciaram e que conseguiram superar:

*Eu acredito que sim. Com algumas restrições, mas eu acho que sim. Não posso ir no sol. Não posso nadar, ir no rio, nada. Nem piscina por enquanto. Porque quando se faz transplante e coisa não dava para caminhar e sentia falta de ar. Hoje não. Eu posso correr e andar de bicicleta que não sinto mais nada. Aproveitar, mas sempre se cuidando. Porque um transplantado não tem uma vida tão normal como qualquer pessoa. Tem que estar sempre se cuidando. Tem que se cuidar ( Sujeito J).*

Observa-se que mesmo com várias restrições no cotidiano, poder realizar atividades de lazer é sinônimo de saúde. As falas nos remeteram às limitações que a doença causa à vida das pessoas, para quem sentir dor e ter sintomas de uma determinada doença, implicava em não ter saúde.

*Não tenho saúde, porque a gente tem dor né, porque não trabalha com vontade, não dorme, então não é boa saúde porque se não tem assim este sossego. É difícil pra gente explica né (Sujeito, H).*

*Saúde pra gente é tudo, é a coisa mais importante que tem. Porque tu tendo saúde tem tudo, como é que tu vai trabalhar se está doente, Como é que vai sustentar a família. Tendo saúde o serviço que aparecer tu faz. Pra mim saúde é tudo na minha família (Sujeito M).*

Em vários depoimentos ficou muito presente o fato de não poder estar inserido no mercado de trabalho em decorrência da doença, e que estar saudável é indispensável para desenvolver essas atividades. Muitos relatos demonstraram as dificuldades de recuperar-se das sessões de quimioterapia, dos momentos de depressão e de fortes dores que a doença causa, limitando o indivíduo nas suas atividades rotineiras.

Numa sociedade em que o produto do trabalho está mais valorizado que o indivíduo que o produz, a pessoa doente percebe os limites do corpo, que conseqüentemente geram sentimentos de insatisfação e tristeza, momento em que o indivíduo repensa o verdadeiro sentido da vida (VASCONCELOS, 2006). Estar trabalhando reporta a um corpo saudável que é capaz de gerar força e construir, enquanto um corpo doente é causa de prejuízos físicos, emocionais, sociais e financeiros para o indivíduo e a sociedade.

### 5.3.2 Resolução de problemas de saúde: diversidade ou homogeneidade de práticas terapêuticas?

Os sujeitos demonstraram, no decorrer da pesquisa, que, para qualquer evento que ocorra com seu corpo, procuram o médico que trata do seu caso. Este é o primeiro a ser comunicado e seguem a orientação desse profissional. Pode-se pensar que existe medo de usar outra alternativa de tratamento e que não poderiam

arriscar fazer nada sem antes falar com o profissional responsável. Estas práticas de saúde, desenvolvidas muito em função do tipo de patologia, legitimam o modelo médico-curativo, centrado no profissional médico, que tem sua atuação na dimensão biológica do processo de tratamento e cura de doenças (SOUZA, 2005).

Observando os depoimentos pode-se concordar com a autora, já que os sujeitos destacam o médico como o único profissional importante na cura e reabilitação do indivíduo.

*Eu procuro sempre um médico. Sempre estou procurando um médico quando desconfio de alguma coisa. Sempre que é pra ir a cada três ou seis meses eu vou. Se desconfio de alguma coisa eu entro em contato com ele. Tu nunca pode deixar nem uma coisinha pra trás. Quem teve este problema tem que estar de olho. Qualquer alteração, qualquer coisa diferente (Sujeito K).*

*É eu procuro o medico né, médico pra gente resolve o quanto antes, mas hoje em dia ta tão difícil pra gente resolve o problema de saúde, que... (Sujeito H).*

*Eu continuo os tratamentos com os médicos. Eu tenho um médico que fez minha cirurgia em Passo Fundo. Eu tenho um médico que me trata aqui quando eu preciso. E eu tenho um médico em Porto Alegre que fez minhas quimioterapias e que esta continuando. Todos os meses eu faço exames pra ele ver e estou continuando o tratamento em casa. Eu faço rigorosamente o que eles me pedem. E um pouco, eles dizem que esta dor que eu tenho no estômago é dos remédios (Sujeito D).*

Pode-se perceber que o médico exerce poder de dominação sobre o paciente, tanto em relação ao seu tratamento, como quanto aos seus comportamentos, pois os sujeitos, além de acreditarem muito no profissional, referem ter medo da doença, pois ela ainda é sinônimo de morte para muitos. Portanto, não seguir as orientações médicas, significaria estar sendo negligente com sua saúde e comprometendo a cura.

*Eu só uso o que eles mandam, eu não tomo nada que não seja receita dos Doutores. Não tomo nada que não seja deles, por ordem médica (Sujeito F).*

Entretanto, dentre as práticas terapêuticas, foram várias as alternativas que os sujeitos utilizaram, como tratamento, na busca da cura para o câncer. Constatou-se que alguns sujeitos fizeram uso de plantas medicinais em forma de chás, infusões, pomadas e comprimidos confeccionados artesanalmente.

*Eu tomei, eu já tomei chá de graviola, babosa com mel, há sangue de dragão, outros chás caseiros malva outras coisas assim. Sempre têm alguém que fala né essas coisas caseiras, mas vem assim desde berço porque a mãe sempre né já fez algum curso medicinal hã daí ela sempre repassa pra gente, daí as minhas cunhadas aí também quando apareceu como é uma doença né, aí elas falam tem que procurar não só tomar remédios sabe, tem que tomar chá aqui ali, daí a gente tem procurado fazer, né o que ensinam até pela a internet que a folha da graviola curava e daí a gente até procurou e conseguiu lá em Rondônia aí eles mandaram pra nós e eu tomei só parei de tomar por causa da quimioterapia (Sujeito F).*

*Eu uso babosa como me ensinaram botei babosa, onde tinha assim, fiz pra tomar. E eu passei uma vez na ferida né, um pouquinho ela cicatrizo, mas depois renovo de novo. Inté eu coloquei e tomei criolim também que me ensinaram pra ver se eu combatia o veneno dele né, mas sei lá o médico acha que isso tudo são coisas assim que a gente toma em casa, falei pra ele e disse que não era pra tomar coisas assim que ele não receitou. Fiz porque me ensinaram né. Ensino de meus vizinhos, pessoas que são muito queridas e querem ajudar né, então! (Sujeito G).*

Para Lacerda e Valla (2003), a procura por práticas terapêuticas com outras alternativas, além da recomendada pelo médico, está relacionada à conjuntura socioeconômica determinada pelo capitalismo globalizado, que vem se intensificando e aumentando o desemprego, violência e desigualdade social. Configura-se, assim, uma relação desequilibrada entre a oferta de serviços públicos de saúde e a demanda da população que busca atendimento de saúde. Este pode ser um dos fatores pela procura de outras alternativas, pois o sistema não está conseguindo oferecer serviços que consigam resolver os problemas de saúde dos indivíduos. No caso do câncer, a busca ocorre devido à gravidade da doença e a rapidez com que ela acontece e a falta de confiança na Medicina científica, que, em alguns casos, é percebida como não estar dando conta de curar o câncer.

*Eu tomo bastante chá caseiro que me ensinam. Daí tem a tansagem, que diz que é muito bom e a rancorosa. Eu tomo no chimarrão, eu tomo por água. E eu acho que ajuda a minimizar o problema. Eu tenho um livrinho de remédios ali. Daí eu leio no livrinho e faço as xaropadas para tomar (Sujeito M).*

*Eu to procurando alguma coisa pra mim colocar, que tão ensinando a botá né, o médico já fez o que pode né aí eu to fazendo o que me ensina alguma coisa de me ajudá né eu to fazendo[.] passando a pomada, passando o filtro solar, mas isso não resolve mais, e ta me prejudicando até a cabeça, a cabeça, a vista eu já perdi a visão e daí então é tudo isso aí, é brabo assim (Sujeito G).*

Por outro lado, para Acioli (2005), as práticas terapêuticas desenvolvidas entre os sujeitos ganham valor se houver credibilidade dos indivíduos que delas fizeram uso. Sejam individuais ou coletivas indicam a existência de sabedoria de crenças e valores que poderão fortalecer o uso de várias práticas para o enfrentamento de seus processos de adoecimento nas diversas camadas sociais.

Em várias comunidades, as pessoas necessitam de algum tipo de ajuda, para aliviar o desconforto físico ou emocional, que é buscada com amigos e vizinhos, usando fórmulas caseiras ou automedicação. O autotratamento é baseado em crenças leigas sobre o funcionamento do corpo e a natureza das doenças (HELMAN, 2003).

Os depoimentos mostram que os sujeitos que no momento da entrevista não faziam uso de outras alternativas de tratamento além da prescrita pelo médico, foram os que se encontravam na fase crítica da doença, com o uso de quimioterapia. Somente um dos sujeitos relatou não ter usado outras alternativas, no momento em que soube que estava com câncer. Os demais tentaram alguma alternativa caseira. Percebe-se que estas práticas ficam veladas, pois mencionaram que o médico não poderia saber do uso de outras alternativas, pois elas poderiam estar comprometendo o tratamento farmacológico. Três sujeitos referiram usar Aveloz, que é um medicamento homeopático, indicado a eles por pessoas que se curaram. As indicações e ensinamentos para o uso destas terapias alternativas são de várias procedências, e foram indicadas por pessoas amigas, familiares, livros e Internet. Constatou-se que há um sentimento de medo ao se misturar as medicações alopáticas com chás, mas, mesmo assim, em algum momento da doença, foi buscada alguma alternativa terapêutica na tentativa da cura.

*Já tomei e só não to tomando agora por causa da quimioterapia, né, porque a quimioterapia é uma medida muito forte e, segundos falam que não seria bom misturar com a medicação então eu já parei de tomar remédio caseiro (Sujeito F).*

*Eu estou tomando aveloz. Que me indicaram que é bom. São umas bolinhas que nem sagu assim. Vem lá de Santa Catarina. Os familiares compraram. Porque diz que tem muita gente que tem esta doença e tomam e se sentem bem (Sujeito D).*

A prática religiosa tem apresentado relevância entre as práticas terapêuticas, o que se pôde constatar com o desenrolar das entrevistas. Somente um dos sujeitos

não colocou a prática religiosa como uma alternativa de alívio ou esperança de cura para sua doença. A grande maioria dos sujeitos relatou que a oração os tornava mais fortes e com esperança. Frequentar a igreja e rezar com grupos de vizinhos e familiares, tem demonstrado amenizar o sofrimento.

*Eu vou na igreja né, porque a nossa igreja é aqui pertinho, mas daí a gente busca de Deus, pede oração ai eles oram pela gente né... (Sujeito G).*

*A gente tem a religião católica né, então a gente tem rezado, força e força dos amigos, né que eles rezam fazem corrente de oração a gente fala e pede e eles tão corrente de orações pra gente enfrentar porque não é nada fácil, é bastante difícil então a gente tem muita fé e procura até orientações no começo fomos em padres assim pra gente enfrentar tudo né (Sujeito F).*

Um estudo de Ellison e George (1994) demonstra que as pessoas que frequentavam a igreja tinham maior apoio social, rede maior de ajuda, desde financeira até o apoio emocional. A reunião ou atividades religiosas fortalece as redes sociais. Pessoas que vivem isoladas têm maior probabilidade de adoecer e morrer, em relação àquelas que possuem boas relações familiares e sociais.

Esses resultados vêm ao encontro do que foi constatado nos depoimentos, como também na observação, no momento das entrevistas, em que pessoas que possuíam família ou um grupo de convivência, que relatavam rezar juntos, sentiam-se acolhidos em seu estado mais crítico da doença e convalescença. Pacientes que são cuidados por familiares que estão preocupados com a reabilitação e cura do indivíduo mostram-se mais esperançosos e tranquilos em relação à doença, são mais confiantes na esperança da cura. Observou-se que sujeitos sem apoio familiar demonstraram desânimo com referência à esperança de cura da doença.

*Tento demonstrar que estou melhor, principalmente pro marido que é muito desesperado. Eles me acham muito triste porque eu nunca fui uma pessoa triste. Eu sempre fui uma pessoa alegre, satisfeita. Sempre trabalhei fazendo tudo pelos filhos apesar dos filhos serem bons, se darem bem. Eu sempre fiz tudo por eles. E agora são eles que estão fazendo por mim (Sujeito D).*

*Acredito na medicina tradicional. Acredito em Deus. E a força espiritual e a força minha mesma. A minha fé (Sujeito D).*

*Eu estou indo na igreja dos evangélicos. Mas não deixei de ser católica. Estou adorando ir. Lá a gente pede e eles oram pela gente. Tudo vai da fé e eu estou gostando de ir. É que eles conversam*

*bastante com a gente. Quando eu descobri que tinha essa doença eu me desesperei, eu fui ao fundo do poço. E na igreja, não. Eles te dão palavras de incentivo, que te levanta e dá ânimo, pra ti enfrentar. Por isso eu gosto muito da igreja, eles conversam muito com a gente, eles explicam as coisas. Então ali tu tem uma força (Sujeito E).*

*Eu mais é rezo, ir na igreja, nós católicos rezamos bastante. E a gente tem que ter fé mesmo. Eu tenho fé. É a fé que ajuda também. A gente não pode desanimar, porque tem gente muito pior e não desanima (Sujeito G).*

Evidenciou-se que a oração e a fé em Deus estavam muito presentes na maioria dos sujeitos que procuravam se fortalecer com a busca por força espiritual, pois somente Deus é capaz de aliviar a dor e o sofrimento. Observou-se que essa fé em um Deus estava presente em todas as religiões, e que a oração era um recurso mesmo dos que não tinham uma religião definida.

Para Valla (2006), a questão religiosa está colocada como forma de apoio social, enfatizando a busca crescente pelas religiões, o que pode sinalizar a constituição de redes como forma de defesa contra o sistema político e econômico que tende a excluir as sociedades menos favorecidas economicamente.

*Quando me informam de alguma coisa eu vou buscar. Até mesmo uma benção. Um chá que me ensinam. Eu faço o possível pra tomar uma benção. Eu acho que Deus foi muito bom comigo. Porque quando eu tive isso aí eu falei com Deus e eu pedi pra Deus que me deixasse viva que minha missão ainda não tava cumprida (Sujeito D).*

*Em Deus. Quando eu estou meio pra baixo. Tudo que acontece, as coisas difíceis pra passar, eu chamo ele "Meu Deus" e Ele me atende. Sim. Eu consegui muita coisa com Deus (Sujeito K).*

Vasconcelos (2006) salienta que a crise trazida pela doença fragiliza o paciente e a família. A dependência de cuidados de outros e o encontro com a possibilidade de morte, é o momento em que ocorrem várias fantasias e desejos como sentimentos de ódio e de amor, em que o indivíduo entra em fase de transcendência e passa a elaborar e questionar valores que vinham norteando a sua vida.

Para Boff (2000), por mais diversas que sejam as religiões, todas falam do mistério de Deus, que pode ter outro nome, Javé, Espírito Santo e outros; Deus é invocado para dar respostas à busca radical do ser humano por luz e por caminhos, a partir da experiência da escuridão.

A doença é um momento em que as pessoas referem repensar o sentido da vida e procuram encontrar paz espiritual. Quando a doença é descoberta, o indivíduo e a família passam por momentos que são classificados em etapas, conforme Klaus e Kennell (1992): primeiramente o choque, quando se descobre a doença; a negação, não se admite que se está com o problema; a tristeza, sentimento acompanhado de descrença; o equilíbrio, diminuição gradual da ansiedade e a procura pelas várias alternativas de cura e a reorganização, que é adaptar-se ao que está vivenciando. Percebe-se nessas fases, que cada indivíduo pode buscar suas práticas em qualquer momento que esteja enfrentando, e que a busca pela espiritualidade ocorre no equilíbrio, quando volta a acreditar que ainda há esperança e também alternativas de cura para a doença.

*Assim a começo, vem desespero, vem tudo mas junto eu e meu marido sempre estamos juntos, ele a gente procuro um meio para fazer né os dois juntos ele ta sempre me acompanhando, sempre me dando força, família me ajuda, me acompanha e não deixa cair né (Sujeito F).*

*Eu descobri mesmo a três anos atrás[...] daí senti aquele nódulozinho né, e daí ali que eu fiquei com aquele grilo né, a tal vou ter que fazer uma mamografia[...] daí deu fibrose localizada na mamografia e daí eu não me preocupei nada, daí passou. Depois e vi que o nódulo tava aumentando[...], deu que era câncer né, que era do maligno e que tava afetada toda a mama já que eu ia te que tirar a mama , daí vem o desespero e a gente faz de tudo para se curar... (Sujeito L ).*

Para Vasconcellos (2006), várias pesquisas mostram que a espiritualidade e a fé relacionam-se com a religião. Toda doutrina a ser seguida, ou religião, ditam regras para um comportamento; na maioria das religiões as regras são para uma vida saudável de preservação ao indivíduo, tanto em seu corpo, como sua mente. Em algumas doutrinas religiosas seus ensinamentos consideram o corpo como sagrado o que leva a crer que se cuidar faz parte da preservação da vida.

Evidenciou-se que vários dentre os entrevistados rezavam em casa ou freqüentavam igrejas; com o surgimento da doença, esta prática se intensificou, na busca de um milagre de cura ou de conforto. Referiram ter encontrado e alcançado graças, sendo que os que não procuravam igrejas por motivo da doença, disseram que rezavam em casa e que acreditavam no poder da oração das outras pessoas da família ou comunidade.

### 5.3.3 Dificuldades das trajetórias terapêuticas e percepção da assistência em saúde

Esta categoria discute as trajetórias terapêuticas e como os sujeitos percebem a forma de assistência. Foi construída a partir das perguntas realizadas na entrevista: “Você utiliza algum serviço de saúde do Município para a resolução deste problema? Ou outro? Qual? Por quê? Quando? Quem orienta essa busca? Quem toma a decisão?”, e, “Quantas você realizou para o problema acima mencionado? Onde foram as consultas?”.

O acesso aos serviços de saúde é um dos principais problemas mencionados pelos sujeitos da pesquisa, visto que o Município apresenta deficiência na resolutividade de serviços, principalmente na especialidade oncológica. Vários sujeitos referiram dificuldade nos atendimentos na UBS, como também nos encaminhamentos para tratamento fora do domicílio.

O Município não fornece serviços de saúde que possibilitem a assistência para pacientes portadores de câncer. A referência para o atendimento em outro mais distante tem sido um fator que dificulta o tratamento. A referência de atendimento de pacientes com câncer para o Município em estudo é o centro de atendimento Hospital Santa Terezinha, em Erechim (RIO GRANDE DO SUL, 2006a).

Nesse sentido, as categorias de acesso geográfico, distância/tempo de deslocamento e tempo de atendimento; econômico (público e privado), funcional (organização da rede de atenção) e cultural (crenças e percepções) parecem estar presentes nas trajetórias de enfrentamento da doença.

O que se pode observar nos itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos é que nenhum deles utilizou o serviço de referência, mas serviços de outros Municípios e, até mesmo, de outros Estados. Um dos fatores poderá estar associado ao difícil acesso ao município de Erechim, pois para outras patologias são utilizados serviços de Passo Fundo, Ijuí e Porto Alegre, onde ocorre maior facilidade de conseguirem meio de transporte.

*No posto de saúde eles agendaram lá pra mim no Hospital de Clinicas, olha só as passagens só de ida né, de volta tem que pagar todas elas. Eu ia e fazia sessões a cada 21 dias (Sujeito L).*

*É posto de saúde né, mas ultimamente posto de saúde nem da pra gente contar mais, então a gente ainda com o pouco que a gente*

*ganha[ ] daí a gente paga Unimed. Eu fiz o plano de saúde Unimed. Porque os médicos daqui me mandaram pra Passo Fundo, lá né, que não era pra eles aqui. Consigo ser atendida pela Unimed, mesmo que a gente tem que esperar um pouco porque eu tive que esperar dois meses para a primeira consulta, pra fazer esta do pescoço né (Sujeito H).*

*Sim eu dependo né, pra mim aqui o que eu gasto nossa renda aqui não consegue cobrir, fazer tudo por conta, depende de carro, depende de médico, depende de posto de saúde toda a hora porque a nossa renda é muito baixa e os custos são muito altos. Se eles não me ajudam eu não tenho como fazer o tratamento (Sujeito F).*

*A única coisa que eu consigo do município é uma passagem, uma só, ida à Porto Alegre, só. Fui por conta. Passo Fundo eu fui por conta. A minha filha mais velha. Ela tem amigas em Passo Fundo. Telefonou pra Passo Fundo e em seguida marcou a consulta pra mim. E aí ela disse mãe vamos lá, nós temos que resolver isso aí. Os filhos disseram nos vamos e a senhora não se preocupa. Quando eu vi estava tudo agilizado (Sujeito D).*

A maioria dos sujeitos não sabia ao certo, quantas consultas realizaram. E vários foram os lugares em que procuraram por atendimento. O serviço de saúde do Município é utilizado de forma diferenciada, pois a procura se dá na busca de medicamentos, exames laboratoriais e transporte. Apenas dois dos sujeitos o utilizam para consulta médica. A maioria (12), está sendo tratada fora do Município, devido à pouca estrutura oferecida pelo serviço de saúde para esta especialidade. A decisão ou os encaminhamentos são realizados pelos médicos do município e quem viabiliza os encaminhamentos, juntamente com a Secretaria de Saúde são os familiares ou o próprio paciente. A referência para atendimento oncológico não é Passo Fundo ou Porto Alegre, mas são os municípios para onde foram encaminhados, no momento que necessitaram de atendimento.

*Acho que deveria ser um lugar assim, pra fazer um tratamento deste tipo ter mais um hospital, uma clínica que fizesse este tipo de tratamento para não ter que as pessoas ter que encarar sempre qualquer coisa que acontece aqui tem que ir para fora né, acho que deveria ter mais sistema de saúde (Sujeito L).*

Vários sujeitos reclamam da falta de atenção aos pacientes portadores de câncer, pois o Município não consegue oferecer serviços para esta especialidade, mas poderia viabilizar atendimento, em outro local em que o indivíduo pudesse ser encaminhado em melhores condições de transporte e acomodação para os municípios de referência. O fato de oferecer apenas a passagem para o sujeito ir

para a consulta, causa transtornos, pois alguns não possuem recursos financeiros para retornar a sua residência. Outro problema é o retorno de ônibus, após as sessões de quimioterapia; os sujeitos referem não ter condições físicas, devido às várias reações aos medicamentos. Um recurso utilizado por alguns, foi a carona de outras ambulâncias de municípios vizinhos.

Existem alguns limites relacionados à dificuldade para fazer a gestão pública da política de saúde tanto no território do Município quanto na redefinição da rede de saúde na região. Os municípios tendem a reproduzir organizações e métodos conhecidos com poucas condições de assumirem as inovações e se sustentarem (RIGHI, 2005).

O câncer é um problema que demanda a articulação do sistema, um trabalho em rede, devido a sua magnitude, necessitando de um sistema de saúde estruturado para realizar encaminhamentos no sentido da regionalização do serviço.

#### 5.3.4 Apoio social e trajetórias terapêuticas

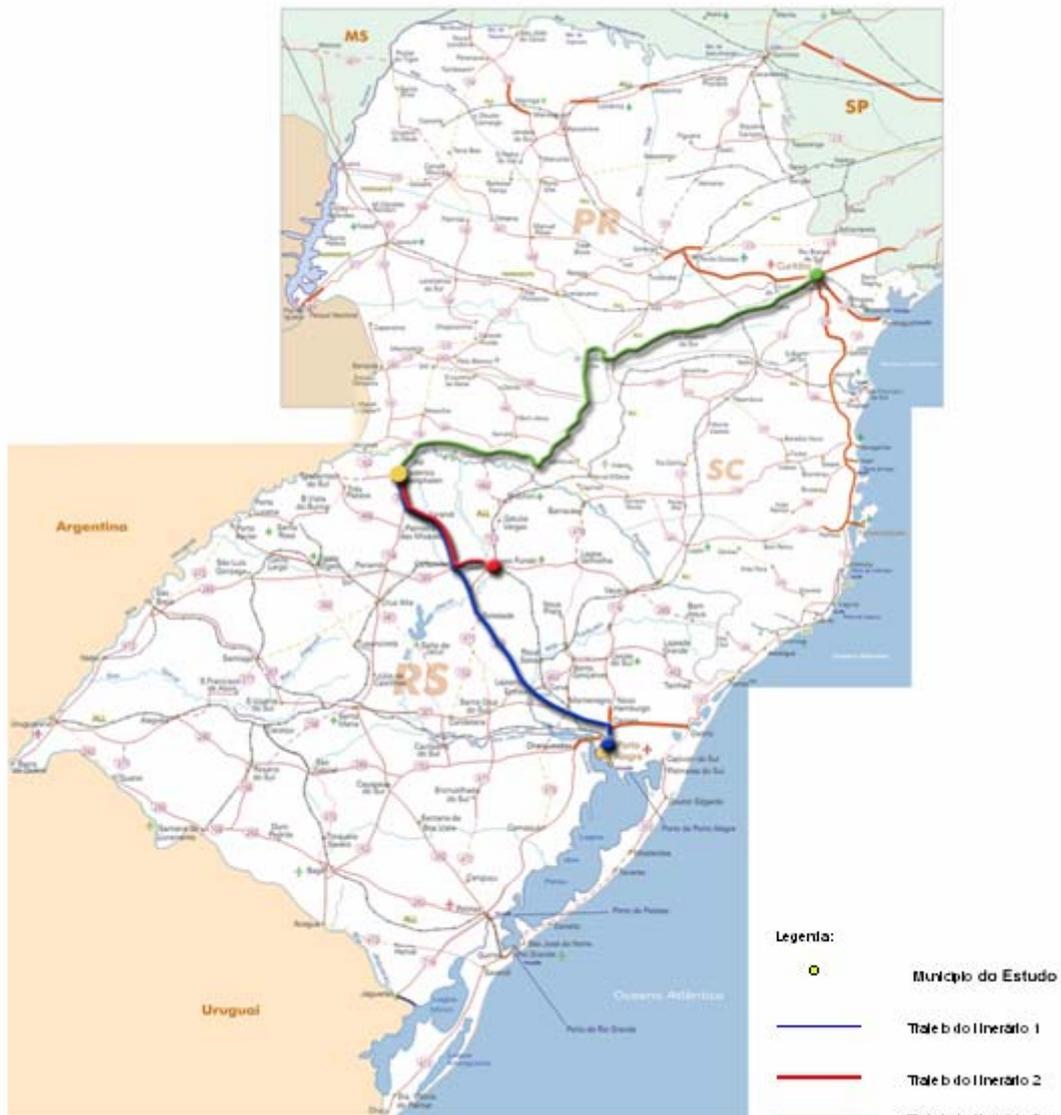
Os diferentes fluxos referidos pelos sujeitos entrevistados foram agrupados em três "tipos de trajetórias terapêuticas" que podem ser melhor visualizadas, por meio da sua expressão espacial no mapa da região Sul do Brasil, cujo ponto de referência é o município do estudo (FIGURA 3). Esta maneira de apresentar ajuda a pensar as dificuldades de acesso geográfico e de organização dos serviços, enfrentados pelos sujeitos da pesquisa.

As trajetórias terapêuticas são para Curitiba no Estado do Paraná e para Passo Fundo e Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul.

Na **Trajetória 1** os sujeitos foram encaminhados para o Hospital de Clínicas, São Lucas da PUC e Santa Rita do Complexo Santa Casa, todos localizados em Porto Alegre.

Na **Trajetória 2** os sujeitos foram encaminhados para Passo fundo, para o Hospital São Vicente de Paula e Hospital da Cidade.

A **Trajetória 3** mostra que um dos sujeitos utilizou os serviços de saúde do Município do estudo e, posteriormente buscou tratamento em Curitiba.



Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

**Figura 3 - Visualização das trajetórias terapêuticas dos sujeitos que utilizam serviços de saúde localizados nos Estados da região Sul do Brasil.**

Entretanto, pensando-se a trajetória terapêutica de forma linear como o conceito induz, com o que vemos no mapa, perder-se-ia a complexidade e os verdadeiros fluxos de utilização de serviços impostos pelas condições de acesso. Nesse sentido, descrevem-se e analisam-se, a seguir as trajetórias terapêuticas dos

sujeitos da pesquisa em termos de utilização de serviços de saúde, desde o diagnóstico da doença até o serviço de saúde utilizado no momento da entrevista.

Para uma melhor compreensão das trajetórias terapêuticas percorridas pelos sujeitos do estudo, estas estarão representadas em um fluxograma, que poderá descrever a referência e contra-referência dos serviços de saúde utilizados por esses pacientes.

De uma forma geral, o fluxo normal de atendimento dos pacientes portadores de câncer está estruturado no Município da seguinte forma: eles devem procurar, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde Central, ou os consultórios particulares para realizar a consulta médica. Num segundo momento, são efetuados pelo profissional médico os encaminhamentos necessários para tratamento ao serviço de referência, o hospital Santa Terezinha de Erechim.

O que acontecia, de forma geral, na realidade dos sujeitos entrevistados, era a seguinte trajetória por eles referida: procuravam, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde com a qual estavam vinculados, ou os consultórios particulares para realizarem a consulta médica. Num segundo momento, eram efetuados pelo profissional médico os encaminhamentos necessários para tratamento em serviços de referência, em Porto Alegre e Passo Fundo. Os que procuravam o consultório particular eram encaminhados à UBS para o encaminhamento para hospitais de referência, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde-SUS. Pacientes que eram atendidos na UBS, muitas vezes procuravam o consultório particular para serem atendidos por outro médico, mas também retornavam a UBS para encaminhamentos. Um dos sujeitos realizou apenas consultas médicas para o diagnóstico de câncer de mama, mas decidiu realizar tratamento em Curitiba para agilizar com maior rapidez o tratamento, pois lá contava com a colaboração de familiares.

Pode-se concluir que não existe fluxo ordenado de serviços de referência para a especialidade de Oncologia. Um fator que poderá estar contribuindo para que o serviço de referência no município de Erechim não esteja sendo utilizado pelos sujeitos da pesquisa, é o difícil acesso rodoviário, na região da 19ª CRS ao Município. Outro fator que também apresenta relevância é de que alguns sujeitos realizam consultas por conta própria nos municípios de Passo Fundo e Porto Alegre, tendo seus médicos de confiança e facilidades em permanecerem nessas cidades enquanto realizam tratamento de quimioterapia e radioterapia.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, regulada pela Portaria nº 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b) está instituída para resolver as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e à necessidade de estruturar serviços regionalizados e hierarquizados que garantam o acesso integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para diagnóstico de câncer.

Nesse sentido, para a organização desses serviços na 19ª CRS e na Macrorregião de Saúde Norte, foi readequado o CACON de Passo Fundo (Hospital Macrorregional - Sociedade Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo) e foi aberto um novo centro em Erechim (Hospital Macrorregional - Hospital Municipal Santa Teresinha) (RIO GRANDE DO SUL, 2002). O Centro de Alta Complexidade em Oncologia, localizado em Erechim, presta atendimento integral aos portadores de câncer.

Mesmo com a implementação do serviço de Oncologia realizado no Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de fortalecer e qualificar a organização regionalizada do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002), o que se observa é que os encaminhamentos não seguem a lógica da regionalização dos serviços. Vários setores da organização do sistema de saúde poderão estar falhando quanto a esses encaminhamentos, tanto no sistema público de saúde, como também na saúde complementar. Tendo em vista às características de organização do sistema de saúde da Região e do Município, acredita-se que a reorganização do serviço para portadores de câncer não está sendo efetivada a partir do âmbito municipal. Os encaminhamentos continuam sendo para serviços em que o Município tem facilidades para conseguir consultas, transporte e estadia, não seguindo o que está preconizado pelo Ministério da Saúde.

O que pode ser visto é que, mesmo com a nova estruturação, o serviço de referência utilizado não é o preconizado e sim, está condicionado à vontade dos gestores municipais e de alguns pacientes que encontram facilidades em utilizar outros serviços.

É este cenário de oferta, acesso e utilização dos serviços, da percepção do que é ter saúde, das condições de vida e da vulnerabilidade que marcam as trajetórias terapêuticas e as escolhas terapêuticas que os indivíduos traçam desde o aparecimento de um problema de saúde até a sua cura (NOVAKOSKI, 1999).

A necessidade de serviços de saúde que atendam e resolvam os problemas de saúde do indivíduo faz com que as trajetórias terapêuticas sejam realizadas de várias formas. Entende-se, entretanto que os serviços de saúde poderiam estar estruturados de forma que as trajetórias terapêuticas de cada paciente tivessem uma lógica de encaminhamentos e atendimentos, em que ele pudesse conhecer os caminhos percorridos, não necessitando traçar vários caminhos, para alcançar o principal objetivo que é o controle ou cura da doença.

Na perspectiva de conseguir realizar o tratamento de forma adequada, os indivíduos procuram por auxílio com pessoas e instituições que possam ajudar no momento de enfrentamento da doença. Como já foi referido a Liga Feminina de Combate ao Câncer é uma instituição que tem como objetivo viabilizar ajuda às pessoas portadoras de câncer. Essa instituição e seus voluntários realizam algumas atividades festivas no Município, para arrecadar recursos financeiros para a compra de passagens, cestas básicas, fraldas descartáveis, e alguns medicamentos. Outra atividade é a visita domiciliar, que seria um suporte importante para conhecer as necessidades dos indivíduos, mas acontece conforme a disponibilidade de veículo de algum voluntário da Instituição, tornando-se difícil de ser realizada. O que se pode ver por parte da Liga Feminina de Combate ao Câncer, é mais uma tentativa de ajuda, pois não consegue atender os indivíduos, apenas fornecem auxílio que não representam grande relevância, se comparado com as necessidades desses indivíduos e de suas famílias. A Instituição, que se mantém com a colaboração de voluntários e com eventos realizados no Município para arrecadar fundos, sem uma fonte fixa de rendimentos, poderia estar melhor estruturada com o incentivo da comunidade e do Poder Público Municipal.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde na UBS central, para os pacientes que realizam apenas controle da doença, é conseguido, enfrentando filas e buscando por medicamentos e exames e são atendidos conforme a disponibilidade dos serviços do Sistema de Saúde do Município. Não havia dados ou informações sobre pacientes com câncer na Secretaria Municipal de Saúde, até o momento da pesquisa, sendo um fator complicado no sentido de organizar os encaminhamentos e atendimentos a esse grupo de indivíduos.

O processo de regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul tem como objetivo garantir essa atenção em quantidade suficiente e com qualidade, em cada local do Estado, pactuando com gestores das microrregiões, regiões e

macrorregiões. Os sistemas regionais estão organizados de acordo com as necessidades identificadas com as demandas da população expressas nos fóruns da participação e compõem redes regionalizadas de assistência especializada (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Para atender a esses objetivos é necessário ir além da organização administrativa e política da regionalização, que se coloca como um desafio para a efetivação do SUS, que tem como princípios norteadores a integralidade da atenção à saúde, garantindo ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005b).

A integralidade é uma característica de boa Medicina, que esteja guiada pela visão abrangente das necessidades dos sujeitos que buscam tratamento. Procurar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que o paciente apresenta, seria a marca maior do sentido da integralidade (MATTOS, 2001). As trajetórias terapêuticas são uma ferramenta importante para a compreensão das reais necessidades em saúde dos pacientes e fornecem subsídios para uma adequada organização dos serviços que atenda aos princípios da integralidade e das necessidades de saúde dos indivíduos.

As dificuldades em oferecer serviços de saúde que contemplem os princípios da regionalização e da integralidade, devido à pouca estrutura do serviço de saúde do Município em estudo, podem ser visualizados nas trajetórias distintas, agrupadas em 8 fluxogramas, para fins de descrição e análise. Os caminhos percorridos fora do Município, foram utilizados por 12 sujeitos; 1 encontrava-se sem tratamento no momento da entrevista, utilizando apenas o atendimento de emergência do hospital do Município.

Como pode ser observado, figura 4 um mesmo sujeito não tem uma única trajetória; percorre várias caminhos, pois, na maioria das vezes, está sem escolha, e necessita de atendimento, sentindo-se obrigado a recorrer à automedicação ou optar por serviços da rede do SUS que também, em muitas situações, não consegue atender de maneira resolutiva os seus problemas de saúde.

Na figura 4 estão representadas as oito trajetórias terapêuticas percorridas pelos sujeitos entrevistados na busca por cuidados em saúde, descritas a seguir.

O **Fluxo A** é a trajetória de um dos sujeitos que procurou a UBS no Município e seguiu, por conta própria, para Curitiba, no Estado do Paraná.

No **Fluxo B** a trajetória descreve a procura, de dois sujeitos, por serviços na UBS no município, sendo posteriormente encaminhados pelos médicos aos seus consultórios particulares. Observa-se que procuraram atendimentos nos consultórios particulares, mas necessitaram de atendimento na UBS para realização de exames ou encaminhamentos pelo SUS para serviços de referência.

O **Fluxo C** apresenta a trajetória de quatro sujeitos, mostrando que eles realizaram consultas na UBS do Município e foram, posteriormente, encaminhados para hospitais de Porto Alegre. Mostra também que os mesmos retornaram para a UBS do Município para novos atendimentos, como novas consultas, exames e solicitação de auxílio para medicamentos e transporte.

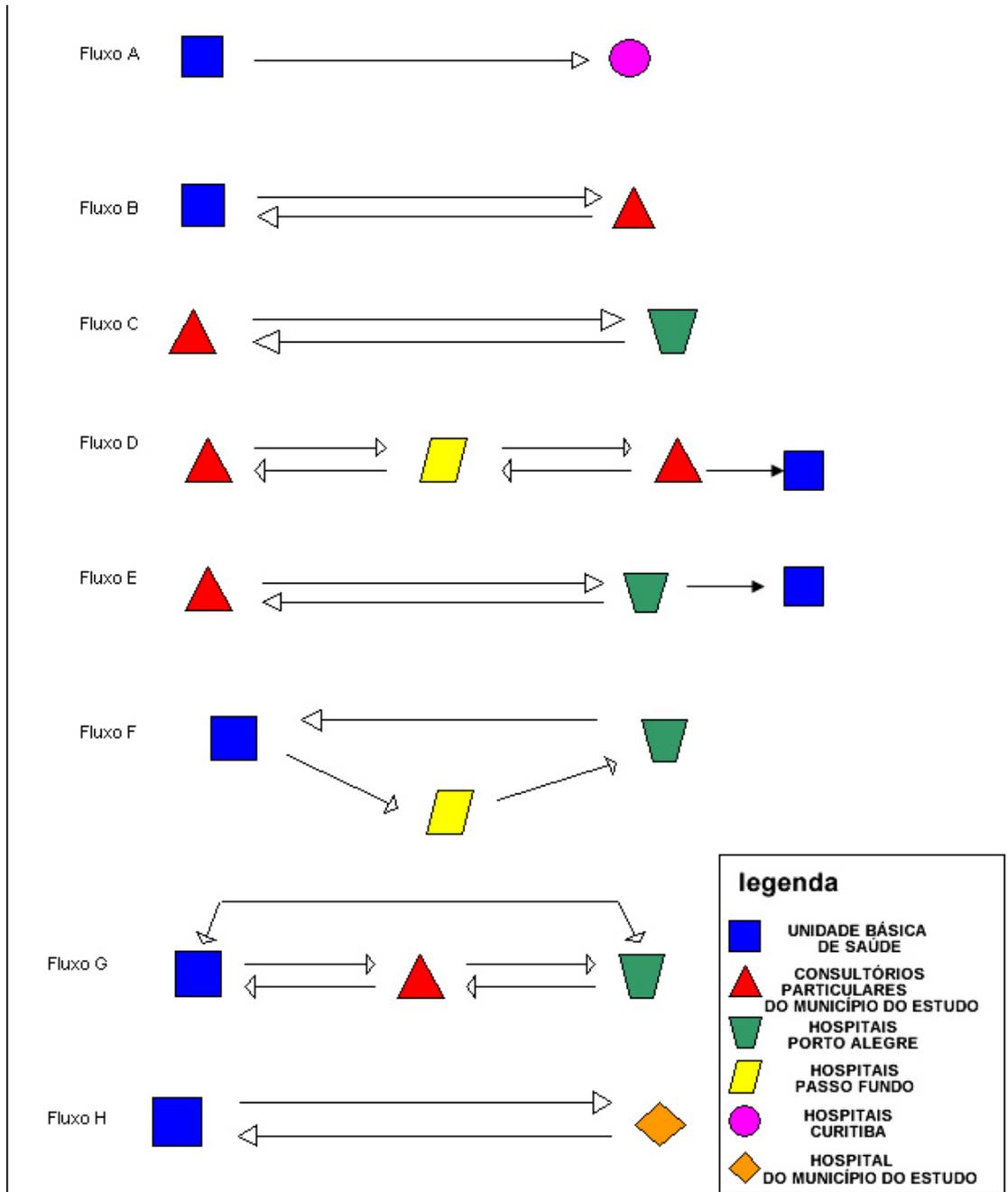
O **Fluxo D** traça a trajetória de dois sujeitos que procuraram consultórios particulares, no Município, mas foram, por conta própria, procurar por atendimento em hospitais de Passo Fundo, assim como em consultórios particulares de Passo Fundo. Esses sujeitos também retornaram para Frederico Westphalen e procuram a UBS em busca de encaminhamentos para realização de quimioterapia e realização de exames pelo SUS.

O **Fluxo E** traça a trajetória de dois sujeitos que procuraram consultórios particulares do Município e foram encaminhados pelos médicos ou foram por conta própria procurar por atendimento em hospitais de Porto Alegre, retornando aos consultórios particulares no Município e procuraram a UBS, para encaminhamentos para realização de quimioterapia e realização de exames pelo SUS e solicitação de auxílio para transporte.

No **Fluxo F** a trajetória mostra que um sujeito utilizou o serviço de saúde da UBS do Município e foi encaminhado para consultórios particulares do Município e hospitais de Porto Alegre. Retornou para o consultório particular e para a UBS do Município, para realização de exames de controle da doença e para solicitar auxílio para transporte.

No **Fluxo G** a trajetória ilustra dois sujeitos que procuraram a UBS do Município, foram encaminhados para Hospitais de Passo Fundo, e, não tendo resolvido seus problemas, foram encaminhados para hospitais de Porto Alegre. Retornaram para a UBS do município para encaminhamentos.

Durante o **Fluxo H** um sujeito estava sem atendimento no momento da entrevista e referiu procurar a UBS do município durante o dia, sendo que, na maioria das vezes, não teve resolução para seu problema, então procurou pelo serviço de emergência do hospital do município.



Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

**Figura 4 - Fluxogramas que ilustram as oito trajetórias terapêuticas dos sujeitos entrevistados – Município do estudo – 2006.**

Os vários caminhos percorridos pelos sujeitos da pesquisa mostraram as dificuldades para realização de tratamento em serviço especializado para Oncologia. Conforme já descrito nesse trabalho, o serviço de referência para indivíduos com câncer no município do estudo é o Hospital Santa Terezinha de Erechim. O que foi observado é que os sujeitos da pesquisa não utilizaram esse serviço e sim foram tratados em outros locais.

O acesso é um dos elementos do sistema de saúde, que está ligado à sua organização, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As reflexões das autoras possibilitam a visualização do ideal para o acesso ao serviço. O que se pode observar é que esta lógica de estruturação não acontece no Município da pesquisa, onde as dificuldades de acesso aos serviços está no diagnóstico e no tratamento. A pouca oferta de serviço para diagnosticar a doença faz com que os indivíduos procurem por vários serviços. Quando têm condições financeiras vão, por conta própria, realizar consultas e exames em serviços especializados, com a possibilidade de obter resposta ao seu estado de saúde, com maior rapidez. Os que não têm, esperam pelos encaminhamentos da Secretaria de Saúde do Município, são atendidos conforme agendamentos. Outra dificuldade é o tratamento de quimioterapia e radioterapia, para os quais os sujeitos relataram dificuldades referentes ao transporte de deslocamento para a cidade em que necessitam realizar as sessões. Os indivíduos que têm parentes em cidades que oferecem serviços de Oncologia ou possibilidade de permanecer em albergues, preferem se tratar nesses locais devido às facilidades que encontram, e para não precisar viajar após as sessões.

*Porque o Dr. daqui achou que só procurando um hematologista em Porto Alegre, porque não tinha tratamento aqui. Foi em 2002 que começou e em 2003 que eu comecei a fazer as consultas e biópsias.[...]A minha irmã que mora lá. Disse que era melhor levar pra lá. Daí eu fui, né. Procurar tratamento porque aqui não tem. (Sujeito J).*

Observou-se um descontentamento por parte dos pacientes portadores de câncer, quanto à atenção dispensada pelo Município que não consegue oferecer serviços para esta especialidade. Alguns sujeitos relataram o sofrimento quanto às más condições de transporte e acomodação para os Municípios de referência, e

também compararam com Municípios vizinhos que ofereciam atenção especial a esses pacientes.

Conforme Travassos e Martins (2004), o indivíduo é quem realiza o primeiro contato com o serviço de saúde e profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes, esses definem, na maioria das vezes, o tipo de recurso que será consumido pelo paciente para resolver se problema de saúde.

Diante dos argumentos das autoras, visualiza-se a importância de haver comprometimento dos profissionais de saúde, pois deles depende a qualidade de atendimento, de tratamento e a vida das pessoas que procuram por seus serviços. O que se vê é descaso perante o sofrimento dos indivíduos.

*Aonde eu vou pra me tratar é tudo particular, não tive encaminhamento de nenhum médico daqui. Eu ia nos médicos daqui e eles diziam que o que eu tinha era nervos. (Sujeito D).*

No sentido de melhor compreender a relação entre o serviço de saúde e usuário, em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde, apresentam alguns fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – exposição, morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade, sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação) culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – às características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, características regionais, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição de recursos, legislação e regulamentação profissional do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Observa-se, no cotidiano das Unidades de Saúde, e conforme a descrição das autoras, que vários fatores contribuem para que o acesso ao serviço seja viabilizado para a população. Destaca-se a relevância do profissional e do sistema de saúde como um todo, conhecer o indivíduo e comunidade à qual presta cuidado, no sentido de melhor atender às necessidades em saúde do indivíduo, com vistas a um sistema de saúde efetivo.

O apoio social é uma ferramenta importante que tem auxiliado os indivíduos no acesso aos serviços de saúde, no sentido de viabilizar condições adequadas de tratamento para a doença.

Griep *et al.* (2005), em estudo sobre a validação de uma escala de apoio social trazem autores que sugerem que a ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças. De acordo com essa idéia, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse. Os autores também indicam que vários estudos investigaram a influência desses laços no risco de adoecer e morrer, e seus resultados indicam que dispor de uma rede social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a essa rede beneficiam a saúde e o bem-estar.

Os mesmos autores definem rede social e apoio social como segue: a rede social (*social network*) pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida. O apoio social (*social support*) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas e pode ser medido pela percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

Outros autores (ANDRADE; VAITSMAN, 2002), também têm demonstrado que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros fatores que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para saúde pública. Nos países em desenvolvimento, essa relação se mostra ainda mais claramente, uma vez que as redes são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana.

As autoras ainda afirmam que a condição de enfermidade, por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, o enfermo experimenta fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que

tudo aquilo que organizava a identidade é alterado de forma brusca com a doença (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Nesse sentido, presença de uma doença crônica em uma pessoa pode reduzir sua rede social, o que, dependendo da qualidade das interações, pode contribuir para o agravamento da doença.

As influências positivas da rede social na saúde, sobretudo nos casos de doenças crônicas que exigem ações terapêuticas prolongadas, podem ser identificadas a partir da constatação de que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Tais influências podem ser percebidas pelo que as autoras chamam de “comportamentos corretivos”, nos quais um chama a atenção do outro para mudanças visíveis – como palidez, por exemplo –, além de aconselhar e incentivar a adesão. Tal atitude acabaria por incentivar também muitas das atividades pessoais que se associam positivamente à sobrevivência: rotina de dieta, exercícios, sono, adesão a regime medicamentoso e cuidados com a saúde em geral. Assim, as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade por meio dos olhos e ações dos outros, já que se sente que “estamos aí para alguém”.

As mesmas autoras ainda enfatizam que o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Elas referem ainda, que esse apoio ressalta os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui para o sucesso do tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Para as autoras, outro efeito do apoio social seria a sua contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, poderia ser um elemento a favorecer o *empowerment*, processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

No contexto dos usuários dos serviços de saúde, *empowerment* significa os pacientes passarem a conformar uma voz na organização, a adotarem postura mais

ativa no tratamento, discutindo e fazendo perguntas ao médico, buscando informação, assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, além de serem informados sobre decisões tomadas durante o período de tratamento. Entretanto, a baixa escolaridade e a falta de recursos dificultam uma ligação mais dinâmica com o serviço, já que os usuários se encontram diante de uma relação de desigualdade econômica, social e cultural, evidenciando, muitas vezes, dificuldade de reconhecer que aquele serviço é um direito e não um favor. Isso impõe limitações nas relações entre profissionais de saúde e pacientes (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

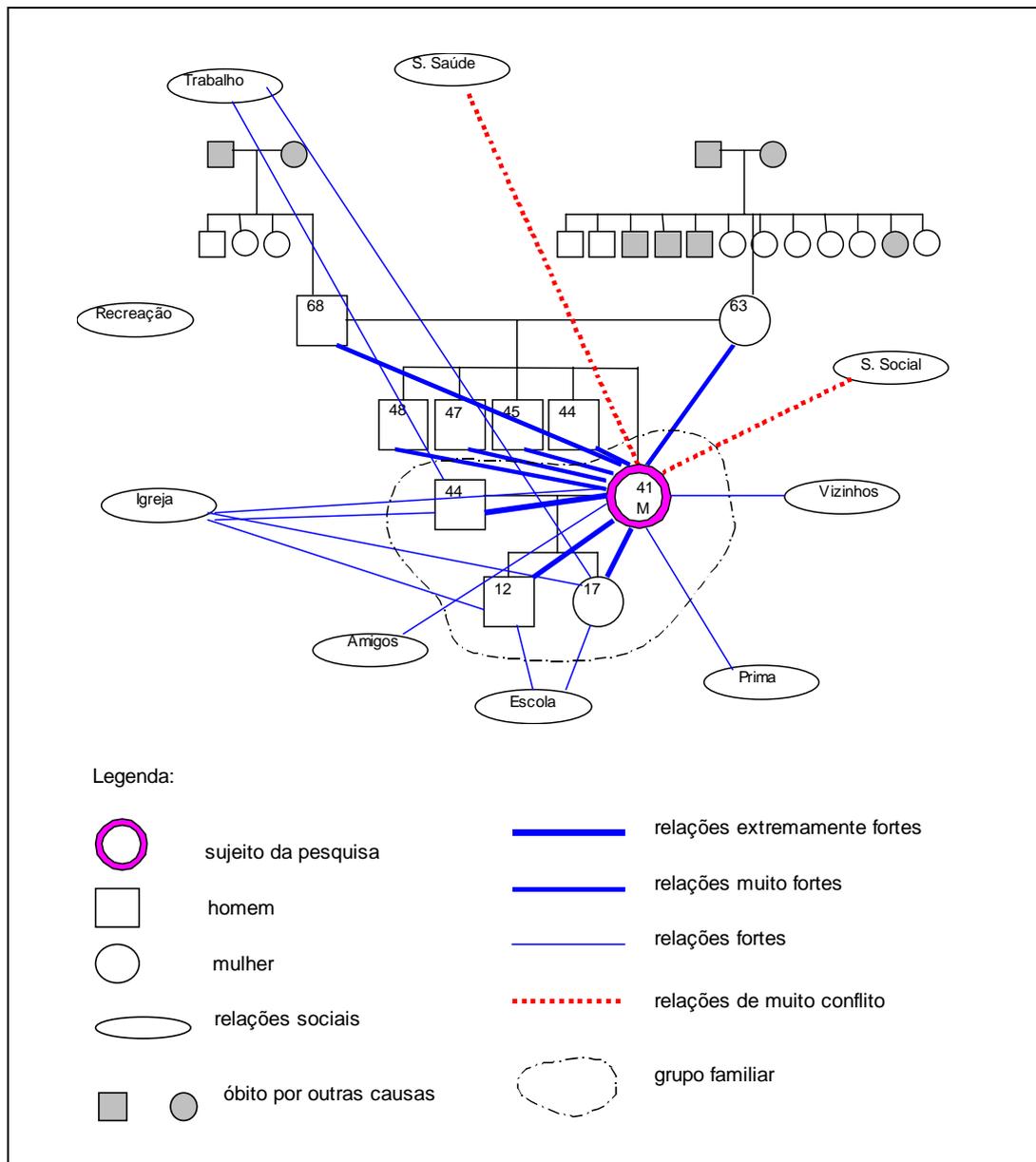
A partir dessas considerações, busca-se compreender as formas de apoio social existentes no cotidiano de dois sujeitos e nas relações que possuem com suas famílias e comunidades, a fim de identificar e discutir essas situações nas trajetórias terapêuticas. Acredita-se que para entender o contexto social que influencia as formas de cuidado e as trajetórias delas decorrentes, é necessário recorrer às relações que se estabelecem no cotidiano, levando-se em consideração os elementos econômicos, culturais e sociais que estão por detrás dos comportamentos individuais, em relação à morbidade aos quais estão expostos. Pensa-se, nesse sentido, que as formas como são traçadas suas trajetórias terapêuticas sofrem influências dessas configurações, sendo protetoras ou não.

Assim, optou-se por construir a rede de relações que os indivíduos estabelecem pela combinação de duas ferramentas metodológicas de apoio, como o genograma e o diagrama das relações sociais, associando-as também às observações e às falas dos sujeitos. Foi a partir dessas identificações que se tentou compreender como os sujeitos reagem ou não à patologia em termos de cuidado ou não, conforme duas situações distintas descritas a seguir.

Na primeira situação, a senhora M (sujeito F), de 41 anos, trabalhava como servente em um grupo de escritórios e, no momento da entrevista, encontrava-se em licença médica devido ao tratamento por câncer de mama. Coursou o Ensino Fundamental. Residia na área urbana em bairro de classe média baixa, casa de madeira em boas condições de higiene e conservação, com 6 cômodos e na parte externa, um jardim e pomar com algumas frutas.

Na casa de M, residiam a sua família que é composta de M, seu esposo e 2 filhos, 12 anos o menino e 17 anos a menina. A relação de M com o seu marido e

filhos era extremamente forte, com grande apoio e atenção com M, que referiu sentir-se muito amada por todos os membros da família, pais irmãos filhos e marido.



Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006.

**Figura 5 - Diagrama de relações e apoio social alto. Município do estudo, 2006.**

No momento da entrevista, foi possível perceber que a relação da família era baseada em muito amor com o familiar doente, e ela sentia que estava sendo amada e compreendida. A relação de carinho e cuidados especiais dispensada pela família, era motivo de acreditar que poderia melhorar, lutando contra a doença.

*Eles estão sempre correndo por mim. Meu filho teve até que ir na psicóloga de medo que eu morresse. Meu marido faz tudo por mim...*  
(Sujeito F).

Os pais de M tiveram 5 filhos e M foi a última. A relação de M com seus pais e irmãos era muito forte, com ajuda financeira e apoio emocional para M e sua família. Seus avós paternos, falecidos; a avó paterna morreu de infarto aos 34 anos, tiveram 4 filhos, sendo que o pai de M é o filho mais novo. Os avós maternos de M também são falecidos; o avô faleceu por motivo de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Tiveram 12 filhos sendo que a mãe de M, é a oitava filha; 3 tios de M morreram de infarto e 1 de suicídio.

A família torna-se fragilizada com um indivíduo doente. A dependência de cuidados, leva à necessidade de ajuda de outras pessoas e a possibilidade da morte, faz com que a família mude suas rotinas e passe a cuidar de seu familiar. É neste momento que o apoio social se faz presente nas famílias e comunidades, pois, em muitos casos, pode significar sobrevivência (VALLA, 2006).

A relação de M com o Serviço Social e serviços de saúde do Município era de muito conflito; M referiu que isso ocorreu devido à pouca atenção dispensada pelo Município para pacientes portadores de câncer. Referiu que quando necessitou de algum tipo de transporte para a realização de exames ou quimioterapia na Capital do Estado, sofreu muito, retornando para casa de ônibus ou carona, com ambulâncias de municípios vizinhos. M relatou que, nos últimos meses, conseguiu o transporte para suas viagens, devido a lutas e brigas com o sistema de saúde, em que seu esposo ameaçou que acionaria o Ministério Público em sua defesa, pois M encontrava-se com metástase nos pulmões e com dificuldade de viajar sem o mínimo de conforto.

Valla (2006) enfatiza que os profissionais de saúde deveriam ser facilitadores de todos os esforços que os indivíduos fazem para sobreviver, e o que se observa são dificuldades em organizar os serviços conforme as necessidades do indivíduo doente. Essas situações fazem com que as pessoas se ajudem entre elas, com grupos de apoio, ajuda de vizinhos, amigos e parentes, procurando amenizar as suas necessidades materiais e sociais em outros espaços da sociedade, devido à falta de estrutura organizacional do serviço de saúde.

A relação de M com os amigos era forte, sendo que tinha uma prima que ela considerava e gostava muito. A família de M tinha relação forte com a igreja, sendo

que com o avanço da doença, quem participa era o marido e os filhos, pois M não conseguia ficar muito tempo fora de casa, mas mesmo assim rezava muito. A relação da família com os vizinhos, escola, trabalho, também era intensa. M sentia-se respeitada pelos vizinhos, pois em momentos que necessitava de apoio eles se faziam presentes.

Evidenciou-se que o apoio dos parentes e vizinhos representava para M, uma atitude também de respeito e de carinho, quando os vizinhos e amigos respeitavam os momentos em que ela, não poderia recebê-los. Mesmo assim o apoio e ajuda continuavam acontecendo.

Mesmo com apoio social e familiar M referia que a família estava sensível emocionalmente, necessitando de apoio psicológico, devido aos vários momentos de dificuldades enfrentadas em decorrência de sua doença. Essa relação de apoio familiar reforça a importância do indivíduo doente ter suporte familiar e social para contornar os transtornos ocasionados no enfrentamento da doença.

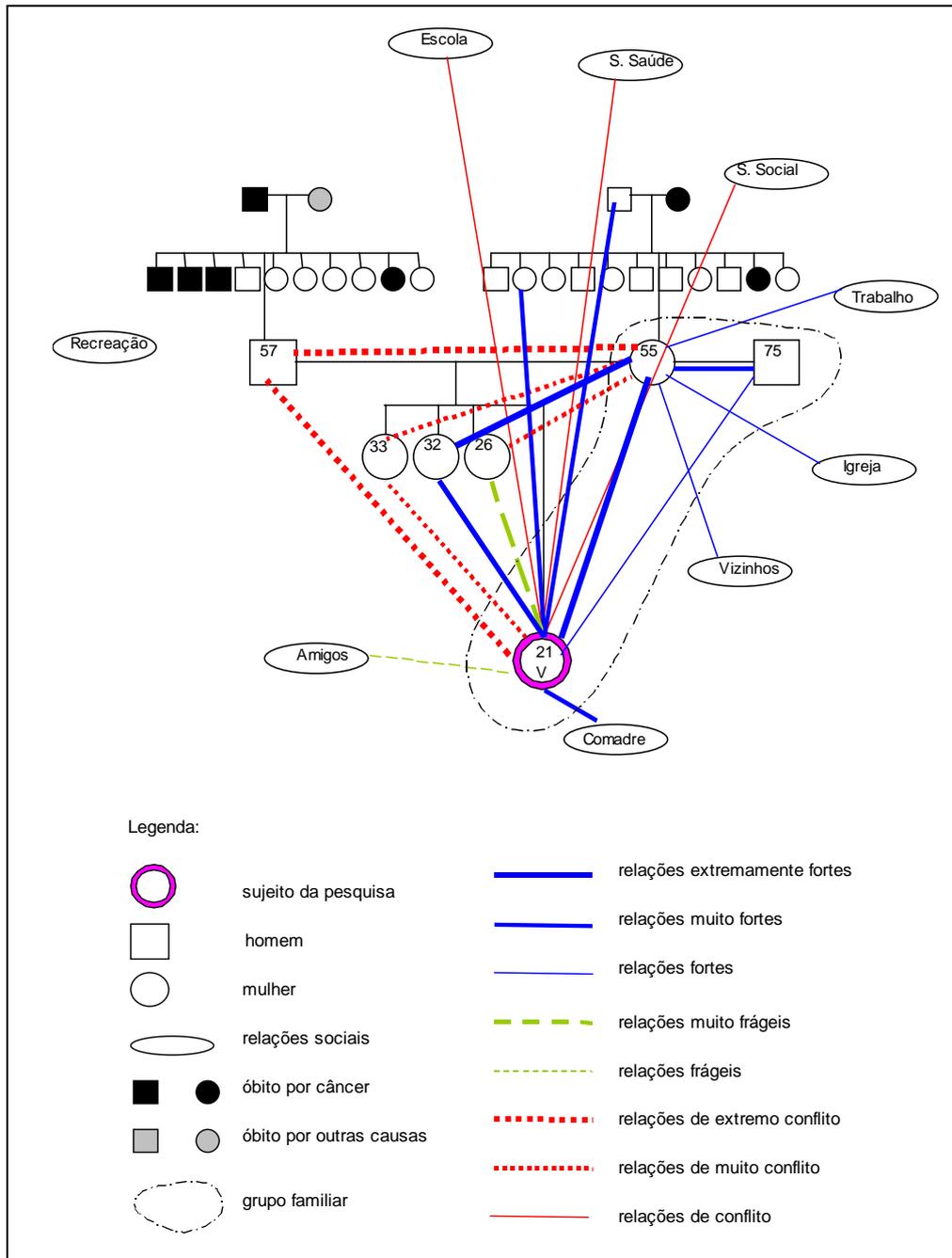
As maiores dificuldades encontradas no tratamento de M, foram as relacionadas aos encaminhamentos para as sessões de quimioterapia. Diz ela que o Município prestou pouco apoio no sentido de viabilizar condições adequadas após as sessões, que debilitam e causam dores, não tendo transporte adequado para esses momentos.

Já na segunda situação, a jovem V (sujeito J), tinha 21 anos, freqüentando o último ano do Ensino Médio. Trabalhava em casa, ajudando sua mãe nos serviços domésticos e encontrava-se em licença médica não podendo trabalhar, devido ao seu problema de saúde (Linfoma de Hodgkin).

Residiam na mesma casa de V, 3 pessoas: o padrasto, a mãe e ela. A residência de V, estava localizada na divisa da área urbana com a área rural, numa chácara. A casa era de alvenaria, com divisórias em madeira e com cinco cômodos. A higiene da casa era realizada com produtos químicos especiais, para a convivência com paciente que sofreu transplante de medula óssea. Mesmo com a proibição de seus médicos para não ter contato com animais domésticos, ela possuía vários animais de estimação, um cachorro pit-bull que era seu “nenê”, duas tartarugas e duas cachorrinhas. V admirava os animais, em uma de suas falas ela disse:

*Vem ver, o que nasceu ontem que coisa linda, a vaca sempre dá leite para o filho, eu adoro os animais, pois não abandonam os filhos como os humanos (Sujeito J).*

V tinha quatro irmãs e os pais estavam separados. A relação de V com seu pai era de extremo conflito; seus pais separaram-se quando ela tinha 18 meses. Já com a mãe a relação de V era extremamente forte, considerando-a grande companheira, conforme pode ser observado no diagrama 11.



Fonte: Pesquisa direta, próprio autor no município do estudo, 2006

**Figura 6 - Diagrama de relações conflituosas e apoio social baixo. Município de estudo, 2006.**

V apresentava relação muito forte com uma tia e com o avô materno. Sua relação com o padrasto era de indiferença, sendo que quando V necessitou de internação, exames e quimioterapia na Capital do Estado, o padrasto reclamava de sentir-se sozinho em casa. V referia que mesmo assim, sua mãe priorizou cuidar dela e deixou seu companheiro aos cuidados de vizinhos ou, mesmo, sozinho.

A relação de V com a irmã de 33 anos era de muito conflito; com a irmã de 32 anos era extremamente forte, sendo que foi esta a doadora de medula. Neste sentido existia um sentimento de muita gratidão por parte de V para com a irmã, que refere ter salvado sua vida. Com a irmã de 26 anos a relação era muito frágil. Esta foi embora de casa, dando poucas notícias para uma das irmãs que reside em Porto Alegre. A família a considerava como desaparecida, referindo que ela era traficante e usuária de drogas, que já estivera presa e hoje estaria foragida da polícia. V diz que gostaria de ver esta irmã, mas não era possível devido à situação em que se encontrava.

O avô paterno de V morreu de câncer na laringe, aos 65 anos. Ele teve 11 filhos, sendo que 4 morreram de câncer (pele, laringe, fígado e útero). O pai de V é o 5º filho. A família da mãe de V, é constituída de 11 irmãos, sendo que sua mãe é a 5ª filha. A avó materna de V morreu de câncer de fígado, aos 46 anos, uma tia de V morreu de leucemia, aos 4 anos, o avô materno de V está vivo e tem relação muito forte com ela.

Griep *et al.* (2005), em estudo sobre a validação de uma escala de apoio social, citam autores que sugerem “que a ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças”. No mesmo pensamento, os laços familiares fragilizados poderão também tornar os indivíduos mais suscetíveis à doença. Conforme os depoimentos de V as relações fragilizadas comprometeram seu bem-estar, pois sentia falta das visitas de seu pai e irmãs.

*Ele mora aqui, e nunca veio saber como estou[...] fico feliz quando minha irmã liga pra mim (Sujeito J).*

A relação de V com o serviço de saúde e com o Serviço Social é de grande conflito. A maior insatisfação era a de não ter a atenção que acreditava ter direito, pois, nas várias vezes em que necessitou de passagem ou transporte para a capital não foi atendida, ou o foi em condições em que um paciente submetido a transplante

de medula não poderia estar submetido. V relatou que quando realizou quimioterapia e estava com alta, não possuía condições de pagar táxi para ir até a rodoviária, e teve que ir a pé. Nesse trajeto deitou várias vezes na rua para descansar, estando sozinha, sem acompanhamento de familiar ou de pessoa responsável, e o Município nem mesmo sabia ou não se preocupou em saber sobre esse tipo de acontecimento. A Secretaria Municipal de Saúde pagava somente a passagem de ida para Porto Alegre e não o retorno para o Município, causando desconforto e reações de revolta pela falta de atenção com sua população.

A relação de V com a escola era de conflito, por esta não viabilizar a continuidade de seus estudos durante o período em que não apresentava condições de frequentá-la pela baixa imunidade. Relatou que sabia de alguns pacientes que se encontravam nas mesmas condições, e as escolas de seus municípios proporcionavam alternativas para as aulas, fazendo com que a doença não impedisse a continuidade dos estudos.

V relatou que tinha uma amiga e a relação estava fragilizada pois quando V adoeceu não houve mais contatos; a amiga encontrou um namorado, que segundo V, foi o motivo de ter dado mais atenção a ele do que a ela. V tinha relação muito forte com uma vizinha que é sua comadre, tendo um afilhado de 5 anos. A mãe de V tinha relação forte com vizinhos, igreja e com o trabalho.

A relação de conflito de V e sua mãe com o serviço de saúde do município, estava diretamente ligada à deficiência deste em oferecer serviços que possibilitassem resolver os problemas e fossem vistos como prioridade pelos serviços de saúde devido às particularidades da doença. V era paciente transplantada, necessitava de cuidados especiais, como referiu na entrevista. O sistema de saúde do Município não deu o suporte necessário em sua convalescença, nem mesmo nos cuidados posteriores ao transplante, os quais seriam necessários para não correr riscos de infecções e óbito.

Pensa-se que estrutura de administração de serviços sociais e de saúde em um município deveria seguir na perspectiva de oferecer suporte adequado, em serviços que se interligam, como de Saúde, Educação, Serviço Social entre outros, necessários ao bem-estar do cidadão.

Para Franco e Merhy (2005), o desafio que se coloca aos trabalhadores de saúde é o de organizar serviços que sejam capazes de proporcionar novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de um modelo centrado nas

tecnologias leves, com atenção e cuidado mais humanizado, em que as relações profissionais e usuários se aproximem, podendo esses ter o atendimento tal como imaginam e desejam.

Foi nessa perspectiva de resolução de seus problemas que V, destacou a importância de ser atendida com dignidade, com possibilidade de prosseguir seus estudos e cuidar da sua saúde que requeria cuidados especiais. Considerando seus problemas familiares, ela poderia encontrar suporte social na escola e no serviço de saúde do seu município.

Identifica-se no caso de V, que as dificuldades em cuidar da saúde iniciam desde o diagnóstico da doença, persistindo no tratamento e no controle da doença. Os aspectos que dificultaram o tratamento de V, foram a distância do serviço e a necessidade de cuidados especiais que não foram dispensados pelo Município, como também os problemas familiares em que destacou que a desintegração familiar como um dos fatores que dificultaram suas relações com o pai e irmãs. As famílias de modo geral, apresentam-se abaladas com um familiar doente, mas ficou evidente nesse caso, que estar doente em uma família com relações de conflito é ainda mais difícil, tanto para o indivíduo doente, como para os familiares.

A doença e os conflitos na família são fatores que podem contribuir para o desequilíbrio emocional de seus componentes, sendo que, nesse caso, o apoio social que poderia colaborar para manter a saúde das pessoas, desempenhando uma função mediadora, não torna possível contornar o adoecer e o agravamento da situação pelo resultado de situações de estresse (VALLA, 2000).

É no sentido de pensar a integralidade, as necessidades em saúde, que os serviços poderiam se estruturar e organizar o seu funcionamento, atendendo o indivíduo dentro das prerrogativas da humanização, das tecnologias leves, em que este tenha seus direitos garantidos em relação ao atendimento integral e igualitário.

A responsabilidade com o atendimento integral é do sistema de saúde, como um todo, proporcionando ao paciente atendimento desde o primeiro contato com a equipe, até encaminhamentos e atendimentos em serviços de que ele necessite. Cabe ressaltar a importância das equipes dos serviços de saúde terem uma visão mais abrangente do indivíduo, visto em vários aspectos, desde o individual ao coletivo, dentro de um universo de situações de como é a vida do sujeito e quais as suas verdadeiras necessidades e ofertar serviços que se aproximem do significado que a saúde tem para ele.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou conhecer e caracterizar a rede de serviços disponíveis, seu acesso e utilização, assim como as práticas e trajetórias terapêuticas de usuários portadores de câncer em um Município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Na caracterização sociodemográfica dos sujeitos da pesquisa, eles foram identificados com uma idade média de 49,5 anos, a grande maioria do sexo feminino e quanto à ocupação, a maior representatividade foi de aposentados. O nível de escolaridade era baixo, a maioria possuía Ensino Fundamental incompleto, com renda média, por família, de até dois salários mínimos. O tipo de câncer que predominou dentre os sujeitos entrevistados foi o de mamas, seguido pelo de pulmão.

Na caracterização da rede de serviços de saúde do Município, foi possível identificar que a oferta de serviços de saúde para pacientes portadores de câncer não está disponível, tendo como referência o Hospital Santa Terezinha do município de Erechim.

O Município faz parte da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul, pertencendo à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde e tem como principal pólo assistencial de saúde a cidade de Passo Fundo (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Sua rede de saúde está composta de um hospital de caráter regional, duas Unidades Básicas de Saúde, um Centro Municipal de Saúde onde está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Central e a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social.

Embora existam deficiências, as características do Município o colocam numa situação de referência regional, devido a sua estrutura, que pode oferecer uma diversidade de serviços em vários setores, como comércio, indústrias, educação, e serviços de saúde da rede hospitalar e de assistência particular.

O estudo possibilitou conhecer os caminhos percorridos pelos sujeitos na procura de atendimento para resolução de seus problemas. Procuravam, primeiramente, o serviço de saúde da rede pública ou privada do Município; posteriormente eram encaminhados para serviços especializados, seguiam por conta própria ou ficavam sem assistência. A utilização de serviços de saúde distante do domicílio dos sujeitos gera altos custos em hospedagem e transporte e salienta-

se a dificuldade em conseguir serviços que garantam a gratuidade em curto prazo de tempo, o que faz com que os sujeitos procurem por vários serviços de saúde, realizando trajetórias que não seguem a descentralização e regionalização de serviços de Oncologia no Estado do Rio Grande do Sul, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Esse processo de descentralização e da regionalização dos serviços de saúde, tem como o principal objetivo oferecer serviços de qualidade na região em que o indivíduo reside, viabilizando serviços estruturados para a especialidade de que o indivíduo necessita.

Neste sentido de desordem do serviço de saúde do Município em estudo, pode-se observar as assimetrias da assistência, que não estão apenas colocadas no sentido do serviço de saúde não estar seguindo o preconizado pelo processo da regionalização, mas sim pelo fato de os indivíduos não estarem sendo encaminhados em condições adequadas, como transporte e estadia para o Município indicado para o tratamento.

De maneira geral, pôde-se observar, a partir das entrevistas, que as práticas terapêuticas dos sujeitos são muito variadas e que as escolhas são realizadas em função da disponibilidade de recursos no sistema de saúde, das condições financeiras dos sujeitos para realização do cuidado e de cuidados informais e populares, como as crenças, as influências familiares, o uso de chás, infusões, pomadas e a prática religiosa. As práticas terapêuticas sofrem também influências sociais, como para o uso de algum medicamento, práticas religiosas em grupos e indicações para a prática de terapias complementares. Quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, observa-se a dificuldade de atendimento, como também de encaminhamentos com resolutividade que representem uma direção lógica, em que o indivíduo possa saber quais são os serviços de referência e contra-referência adequados ao seu problema.

Quando os sujeitos eram questionados sobre o que é saúde e o que é estar com saúde, observou-se que, para esse grupo de pacientes, estar com saúde era não sentir dor, poder trabalhar, não usar medicação e sentir-se feliz. Chamou a atenção o fato de que, mesmo com a doença, alguns sujeitos referiam ter boa saúde, pois realizavam somente controle com exames. Alguns sujeitos tinham algumas restrições e cuidados, como o fato de não poderem freqüentar locais como piscinas, danceterias e não tomar sol, os quais limitavam a sua vida social e de

lazer. Essas limitações não os impediam de relatar que eram felizes e que tinham saúde, devido aos momentos difíceis da doença já superados.

Em outro questionamento discutiu-se a resolução dos problemas de saúde, no sentido de quem o indivíduo procura para resolver seu problema. Observou-se que os sujeitos procuravam primeiramente o seu médico para qualquer problema que viesse ocorrer em sua saúde. Nesse sentido, fica evidente que o médico exerce poder sobre os indivíduos, pois eles demonstraram acreditar no profissional, e referiam que seria ele o único capaz de resolver seu problema, sendo necessário recorrer a ele e comunicar qualquer intercorrência. No decorrer da pesquisa, o médico foi o único profissional mencionado com importância para o tratamento e cura da doença. Nesse sentido, a trajetória terapêutica centrada na figura do médico se justifica pelo fato de o câncer ser ainda uma doença que causa medo, insegurança e uma difícil relação com a morte, o que pôde ser evidenciado em alguns depoimentos e pelas concepções de saúde que possuíam.

Nesta mesma perspectiva de busca por solução de problemas, são várias as práticas terapêuticas utilizadas pelos sujeitos, sendo considerada mais importante a prescrita pelos médicos. Entretanto recorriam também a formas alternativas, como o uso de chás, infusões, pomadas e comprimidos confeccionados de forma artesanal. Observou-se que a utilização de práticas terapêuticas complementares como alternativa de cura não era comunicada para o médico, pois os sujeitos demonstravam medo de que o profissional reprovasse a conduta e os responsabilizasse por qualquer evento que pudesse ocorrer, comprometendo o andamento do tratamento. Ficam, aqui, também evidentes as limitações do modelo biomédico, o qual responsabiliza unicamente o indivíduo pela suas condutas e estilo de vida.

Outra prática terapêutica que demonstrou relevância no estudo foi à prática da oração, a procura por um Deus que proporcionasse força espiritual, alívio para a dor e cura para a doença. Nas entrevistas, como também na observação, constatou-se que a doença faz com que o indivíduo procure auxílio espiritual. Vários sujeitos relataram que já praticavam a oração e freqüentavam igrejas, mas com o evento da doença esta prática se intensificou ainda mais, com orações individuais, em família e com grupos da comunidade.

Outro aspecto que demonstra importância é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A maioria dos sujeitos mencionou a deficiência do Município em

ofertar serviços de saúde resolutivos, em que o indivíduo consiga ter orientação para sua trajetória terapêutica, em que saiba para onde está sendo encaminhado, com transporte e acompanhamento adequados para portadores de câncer. Conhecendo a trajetória terapêutica dos sujeitos, foi possível reconhecer que os encaminhamentos não foram para o serviço de saúde de referência que é o município de Erechim. Os serviços de saúde foram utilizados nos municípios de Passo Fundo e Porto Alegre no Rio Grande do Sul, e de Curitiba, no Paraná. Desta forma, constata-se que as trajetórias terapêuticas são dependentes, em parte, da forma de organização da rede de assistência, o que, em muitos casos, dificultou o processo terapêutico. A falta de informação e de condições dignas de assistência fez com que muitos se sentissem insatisfeitos com o andamento do processo terapêutico. O resultado foi a desconfiança e descrédito que muitos referiram em relação ao sistema de saúde local. Esse fato mostra, mais uma vez, os limites do modelo biomédico, impessoal e sem vínculo, o que resulta na baixa resolutividade do problema.

O presente estudo procurou também conhecer a vida social e familiar, bem como as trajetórias de dois sujeitos, ilustrativos de situações onde o apoio social se apresenta como fundamental para a situação de saúde do indivíduo. Este momento da pesquisa mostrou a importância de conhecer como as pessoas vivem, suas relações familiares e sociais. Nessa perspectiva foi possível conhecer como as pessoas estão se cuidando, quais são os aspectos facilitadores e as limitações implicadas na doença.

A partir dos resultados do presente estudo, evidenciaram-se as dificuldades de implementação de redes de serviços autônomas e flexíveis que permitem assegurar as necessidades de saúde dos indivíduos e a integralidade da atenção. Assim, constata-se que atender às necessidades como prestador de serviço e gestor da política de saúde, tanto na região quanto da rede de saúde municipal, é um desafio que os municípios precisam atualmente enfrentar. Como aponta Righi,

as relações entre saúde e desenvolvimento não estão resumidas à distribuição territorial de tecnologias de saúde, mas as propostas para a organização da atenção, que têm apresentado desenhos convencionais (propostas de equipamentos e serviços convencionais associadas a uma distribuição territorial convencional) reforçam desigualdades entre lugares mais valorizados e menos valorizados de uma região (2005, p. 74).

Fica evidente, também, a necessidade de estudos que demonstrem a complexidade dos fluxos da rede de atenção, e fora dela, e que evidenciem as dificuldades na constituição da própria rede, tanto em nível municipal quanto regional. O estudo realizado com pacientes com câncer remeteu a indivíduos que careciam de cuidados especiais e com encaminhamentos organizados em que o sejam atendidos na sua integralidade, prevenindo a evolução da doença. O que ocorre em determinadas situações, é que a busca por atendimento acaba gerando situações de estresse e de agravo da patologia.

Desta forma, para uma melhor compreensão dos fluxos da rede de atenção à saúde, torna-se importante realizar outros estudos, no que se refere às práticas e trajetórias terapêuticas e sua relação com a organização de serviços de saúde mais amplos, que contemplem a regionalização e também da gestão do sistema. Estudos que contemplem outras patologias não-transmissíveis crônicas, podem também permitir uma compreensão mais ampla das dificuldades de planejamento e gestão dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, também é importante o desenvolvimento de estudos que abordem a visão dos profissionais de saúde e dos gestores locais e regionais, com vistas à possibilidade de construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades de saúde da população, com qualidade e resolutividade.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. p. 157-166.
- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para saúde e doença. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2005. p. 187-203.
- AKERMAN, M. *et al.* Saúde e desenvolvimento: que conexões? *In*: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 111-135.
- AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local**: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 925-934, 2002.
- ATRIB, N. M. B. **Reflexão sobre as potencialidades das instâncias regionais de saúde na construção do SUS**. 2004. 62 f. Monografia (Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-graduação em Administração, Porto Alegre, 2004.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 344p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de enfermagem**: temas de caráter introdutório. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.439/GM, de 8 de Dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em 08 mar 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde. 2001b. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm)>. Acesso em: 17 de out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil**: dados dos registros de câncer de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006c.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n.2, p. 95-101, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com Câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 874-881, dez. 2005.

BOFF, L. **Tempo de Transcendência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, ABRASCO, 2005. p. 91-104.

CAMPOS, G. W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-266.

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./2004, fev./2005.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO MÉDIO ALTO URUGUAI. **Relatório de atividades**: gestão abril/2003-abril/2005. Frederico Westphalen: CODEMAU, 2005.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, p.1-5, abr./jun. 1986.

ELLISSON, C.; GEORGE, L. Religious involvement, social ties and social support in a Southeastern community. **Journall of Scientific Study Religion**, v. 33, p 46 - 61, 1994.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**: construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

GERHARDT, T. E. **Antropologie et santé publique**: approche interdisciplinaire. pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362 f.Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22., n.11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito**: teoria e prática. 3 ed. Portugal: Celta, 1997.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, maio/jun. 2005.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, ABRASCO, 2005. p.147-160.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 05 mar 2006.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. **Quem somos**. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2006. Disponível em <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2>>. Acesso em: 08 mar 2006.

LACERDA, A.; VALLA V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003. p. 169-196.

LACERDA, A.; VALLA V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 91-102.

LEIRIA, C. **Comparação entre os fluxos definidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e os fluxos usuais construídos pela população da Décima Coordenadoria Regional de Saúde**. 2004. 17 f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003. p. 45-60.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

NOVAKOSKI, L. E. **As desigualdades sócioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322p. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

NOVAKOSKI, L. E. As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde. *In*: RAYNAUT, C. *et al.* **Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade**. Curitiba: Editora da UFPR, 2002. p. 91-101.

NUNES, E. D. *et al.* **Medindo desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OLIVEIRA, A. F.; Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, jun. 2006.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovações no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul 2002. 261f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. *In*: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. **A saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Editora Unijuí, 2005. p. 73-92.

RIO GRANDE DO SUL. Memo nº 898/06, de 29 de novembro de 2006. Dispõe sobre habilitação das unidades na Rede Estadual de Oncologia: Portaria SAS/MS 714 de 28/09/2006. Porto Alegre, 2006a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a

Saúde. **A saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul, 2005**. Porto Alegre: CEVS, 2006b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

ROCHA, S. M. M; NASCIMENTO, L. L; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 709–714, set./out. 2002.

ROESE, A. **Fluxo e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. **Avaliações de um programa de controle do câncer cervico-uterino em rede local de saúde da região sudeste do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571–578, mar./abr. 2003.

SCLOWITZ, M. L. *et al.* Condutas na prevenção secundária do câncer de mama fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 340-349, 2005.

SILVA, M. R. A.; SANTOS, S. M. A. **Atenção oncológica**: construindo o itinerário terapêutico e apontando suas complexidades na atenção integral aos portadores de câncer de mama. 2005. 65f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C. **Como manda o figurino**: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.1, n. 24, p. 8-13, abr. 2003.

SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica - SPS/MS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 7-16, dez. 2000.

TONI, J.; KLARMANN, H. **Regionalização e planejamento**: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. Porto Alegre: FEE, 2002. Disponível em: <[http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa\\_3\\_toni\\_klarmann.pdf](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_3_toni_klarmann.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso a utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S190-S198, 2004.

UEHARA, C. *et al.* Câncer pulmão. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.31, p. 266-276, abr./jun. 1998.

UNGLERT, C. V. S. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. *In*: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 35-43.

VALLA, V. V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 265-295.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crises. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 103-115.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a terapêutica médica. *In*: SCOCUGLIA, A.; MELO NETO, J. F. (Org.). **Educação popular: outros caminhos**. João Pessoa: UFPB, 1999. 1-7.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WRIGHT, L; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

**APÊNDICE A**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**Instrumento de Coleta de Dados**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:..... Nº Prontuário:.....

Idade:..... Data de nascimento:.....

Sexo:.....

Endereço:.....

Profissão/ocupação:.....

Escolaridade:..... Renda familiar:.....

Doença apresentada:.....

**ENTREVISTA:**

- 1- O que é para o senhor (a) estar com boa saúde?
- 2- O senhor (a) hoje pensa ter uma boa saúde?
- 3- O que o senhor faz para resolver, controlar ou minimizar este problema?
- 4- Quem o senhor(a) costuma procurar quando percebe sinais do problema?
- 5- Usa alguma medicação contínua para este problema? Se sim, quem orientou para o uso? Qual tratamento utilizado?
- 6- Costuma fazer uso de remédios caseiros para este problema? Se sim, para qual problema de saúde? Quem lhe ensinou a utilizá-los?
- 7- Você utiliza algum serviço de saúde do Município para a resolução deste problema? Ou outro? Qual? Porquê? Quando? Quem orienta essa busca? Quem toma a decisão?
- 8- Quantas consultas o senhor realizou para o problema acima mencionado. E onde foram as consultas?
- 9- O senhor(a) utiliza outro meio para buscar alívio deste problema?
- 10- Conte-me sua trajetória em relação a este problema de saúde, desde que ele iniciou.
- 11- Além do problema atual (câncer), apresenta outro problema de saúde? Utiliza alguma medicação?

**APÊNDICE B****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu.....estou ciente de que esta entrevista servirá para coleta de dados para um estudo sobre rede de atenção à saúde do Município de Frederico Westphalen: Estudo de Sua Utilização por Pacientes Portadores de Câncer. A autora do estudo é a mestranda Adriana Rotoli, sob a orientação da Prfª Drª Tatiana Engel Gerhardt, e tem como objetivo conhecer e caracterizar a rede de serviços de saúde disponível e as demandas e as práticas terapêuticas de usuários portadores de câncer no município em município na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Estou ciente que precisarei apenas responder as perguntas, permitindo que sejam gravadas em fita cassete. Fui informado(a) de que a minha declaração será utilizada como informação para o estudo, podendo ser divulgado em periódicos científicos, que minha identidade será preservada, e que poderei desistir da participar da pesquisa no momento em que desejar.

---

Entrevistado(a)

---

Pesquisadora

**Telefones para contato:** Adriana Rotoli - 55.96.22.54.01–55.37.98.10.33  
Profª.Drª.Tatiana E. Gerhardt –51. 33.16.54.81.

## ANEXO - A AUTORIZAÇÃO DA LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER



*Liga Feminina de Combate ao Câncer  
De Frederico Westphalen – RS*

### AUTORIZAÇÃO DA LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu Noeli T.Grobim, Presidente da Liga Feminina de Combate ao Câncer, venho por meio deste autorizar a realização da pesquisa, intitulada “**Rede de Atenção à Saúde do Município de Frederico Westphalen: Estudo de Sua Utilização Por Pacientes Portadores de Câncer**”, desenvolvida pela Enfermeira Adriana Rotoli, Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Compus de Frederico Westphalen, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Profª. Drª. Tatiana Engel Gerhardt que tem por objetivo: Conhecer e caracterizar a rede de serviços de saúde disponível as demandas e as práticas terapêuticas de usuários portadores de câncer, cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer no município de Frederico Westphalen-RS.

Noeli T. Grobim  
Presidente da Liga Feminina  
De Combate ao Câncer

Adriana Rotoli  
Pesquisadora

*Rua do Comércio, Centro, Sala 04, Mitra Diocesana,  
Frederico Westphalen- RS - CEP: 98400-000  
Fone: (55) 3744-2494  
Cnpj07588538/0001-08*

## ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Reconhecida pela Portaria Ministerial n° 708 de 19/05/92 - D.O.U. de 21/05/92  
Mantida pela Fundação Regional Integrada - FuRI  
<http://www.fw.uri.br>

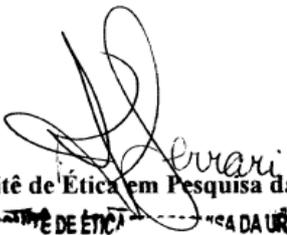
Frederico Westphalen, 26 de setembro de 2006.

Prezado (a) Senhor (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW aprovou o projeto de pesquisa registrado sob número, **CAAE - 0042.0.284.165-06**, intitulado como: **Rede de Atenção à Saúde do Município de Frederico Westphalen: Estudo de sua Utilização por Pacientes Portadores de Câncer**, sob responsabilidade de **ADRIANA ROTOLI**.

Lembramos que um relatório anual do projeto em andamento deverá ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW.

Atenciosamente

  
Comitê de Ética em Pesquisa da URI-FW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA URI  
Frederico Westphalen  
Município nº 79916000/2009

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

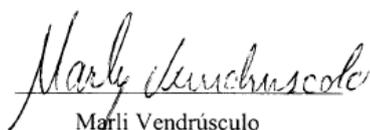
**MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN - RS****PODER EXECUTIVO MUNICIPAL**

Rua José Cañellas, 258 - CEP 98400-000 - Fone (55) 3744-5050 - Fax.: (55) 3744-3887

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Eu Marli Vandrúsculo, Secretária Municipal de Saúde do município de Frederico Westphalen, venho por meio deste, autorizar a realização da pesquisa, intitulada “**Rede de Atenção à Saúde do Município de Frederico Westphalen: Estudo de Sua Utilização Por Pacientes Portadores de Câncer**”, desenvolvida pela Enfermeira Adriana Rotoli, Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Compus de Frederico Westphalen, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Profª. Drª. Tatiana Engel Gerhardt que tem por objetivo: Conhecer e caracterizar a rede de serviços de saúde disponível, as demandas e as práticas terapêuticas de usuários portadores de câncer, cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer no município de Frederico Westphalen-RS.



Marli Vandrúsculo  
 Secretária Municipal de Saúde



Adriana Rotoli  
 Pesquisadora



