

# O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA PESSOA COM CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Paula Araújo Rocha<sup>1</sup>  
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva<sup>2</sup>

## Resumo

**Objetivo:** analisar o itinerário terapêutico da pessoa com câncer e o papel da rede de atenção à saúde. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 16 pacientes oncológicos atendidos em 12 Unidades Básicas de Saúde de um município no interior de Minas Gerais, entre dezembro de 2023 e abril de 2024. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise de acordo com Bardin, identificando duas categorias temáticas. **Resultados:** o itinerário terapêutico começa com a busca pelo serviço de saúde após o surgimento de sinais ou sintomas, ou para exames de rotina. No entanto, o diagnóstico do câncer nem sempre é rápido e pode, em alguns casos, ser tardio. O acesso a medicamentos, exames, consultas médicas e tratamentos pode ser demorado. O período pós-tratamento envolve acompanhamento profissional contínuo e o manejo das complicações decorrentes do câncer. Observa-se uma dificuldade em conseguir atendimento de profissionais como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas. **Considerações finais:** a presença de uma equipe multiprofissional qualificada e uma rede de saúde integrada e eficaz é fundamental para atender às diversas necessidades da pessoa em todas as fases do tratamento, desde o rastreamento, o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas até o pós-tratamento.

**Palavras-chave:** Itinerário Terapêutico; Câncer; Cuidados em Saúde; Rede de Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the therapeutic itinerary of people with cancer and the role of the health care network. **Method:** descriptive study with a qualitative approach, carried out with 16 cancer patients treated in 12 Basic Health Units in a city in the interior of Minas Gerais, between December 2023 and April 2024. Data collection was carried out through semi-structured interviews, and analysis according to Bardin, identifying two thematic categories. **Results:** the therapeutic itinerary begins with seeking health services after the appearance of signs or symptoms, or for routine exams. However, cancer diagnosis is not always quick and may, in some cases, be delayed. Access to medicines, tests, medical appointments and treatments can be time-consuming. The post-treatment period involves continuous professional monitoring and management of complications arising from cancer. There is difficulty in obtaining care from professionals such as nutritionists, psychologists and physiotherapists. **Final considerations:** the presence of a qualified multidisciplinary team and an integrated and effective health network is essential to meet the diverse needs of the person in all phases of treatment, from screening, the appearance of the first signs and symptoms to post-treatment.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de enfermagem do curso de Enfermagem da UFJF.

<sup>2</sup> Docente da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

**Keywords:** Therapeutic Itinerary; Cancer; Health Care; Health Care Network.

## INTRODUÇÃO

O câncer consiste em um problema de saúde pública mundial, sendo responsável por um número expressivo de mortes, correspondendo à primeira ou segunda causa de morte prematura, além da perda na qualidade de vida (SUNG *et al.*, 2021).

A abordagem centrada no ser humano é categórica no diagnóstico de uma doença oncológica. Além da escolha do tratamento mais apropriado, conforme as características do tumor, é essencial abordar o impacto psicológico, social e espiritual do câncer. Cada paciente é único, dessa forma, suas necessidades, desejos e valores devem ser considerados durante toda a sua trajetória terapêutica (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

A trajetória vivenciada por um indivíduo ao enfrentar o câncer, desde o aparecimento dos sintomas que precedem o diagnóstico até o período pós-tratamento, é conhecida como itinerário terapêutico. Este descreve e analisa práticas individuais e socioculturais, desde a busca pelo diagnóstico no sistema de saúde, a confirmação da condição, a decisão sobre o tratamento, o início da terapia e o acompanhamento posterior ao tratamento para os sobreviventes (PERONI *et al.*, 2022).

É direito de todos os indivíduos serem atendidos em suas necessidades de saúde, em concordância com os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado deve garantir ações a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de indivíduos por meio de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada, hierarquizada e resolutiva. Este sistema visa garantir a acessibilidade dos usuários, proporcionando uma abordagem abrangente que compreende desde a promoção de hábitos à recuperação eficaz, consolidando um ambiente de cuidados integral e eficiente (GUERRA *et al.*, 2023).

A garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento precoce do câncer é uma preocupação central nas políticas de saúde em muitos países. No Brasil, a Lei 12.732/2012 estabelece um limite máximo de 60 dias para que o paciente com suspeita de câncer inicie o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do diagnóstico confirmado por médico profissional (BRASIL, 2012).

No entanto, sabe-se que a dificuldade de acesso aos dispositivos da rede de atenção à saúde, assim como as questões culturais que envolvem o indivíduo, podem acarretar o diagnóstico tardio, diminuição das chances de cura e o aumento de riscos de sequelas aos sobreviventes e até o óbito (PERONI *et al.*, 2022).

Acompanhar esse itinerário terapêutico é fundamental para garantir um cuidado integral e contínuo ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os profissionais de saúde têm um papel crucial nesse processo, garantindo o acesso aos serviços de saúde, a coordenação do cuidado e o suporte emocional necessário para o paciente e sua família. (OLIVEIRA *et al*, 2023).

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de desempenhar um papel central na comunicação entre os diferentes pontos de atendimento, assumindo a gestão do cuidado. Isso deve ocorrer por meio de uma abordagem colaborativa, contínua e integrada, visando alcançar uma administração conjunta e abrangente da atenção à saúde (ALMEIDA *et al*, 2021).

Destaca-se que o percurso terapêutico de um indivíduo pode impactar expressivamente em sua previsão de evolução e bem-estar. Dentro desse cenário, a análise das trajetórias percorridas auxilia na detecção de falhas no sistema de saúde que podem dificultar o acesso, levando em consideração também a influência de fatores culturais, sociais e cognitivos (GRAVE *et al*, 2021).

Compreender as fases e decisões adotadas ao longo desse caminho possibilita a identificação de desafios enfrentados pelos pacientes, fornecendo *insights* valiosos para aprimorar políticas de saúde e práticas clínicas (RABELLO *et al*, 2021). Para isso, o presente estudo tem como objetivo analisar o itinerário terapêutico da pessoa com câncer para que o cuidado aconteça.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, seguindo as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (SOUZA *et al*, 2022).

O cenário de pesquisa foram 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que apresentavam o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) implementado, em um município de médio porte no interior de Minas Gerais. A rede de atenção básica é composta por 63 UBS e cerca de 80% dos indivíduos têm uma unidade de referência, com cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram contatadas 20 unidades, aleatoriamente, das quais uma recusou em se envolver na pesquisa e sete não retornaram o contato. A escolha desse cenário para a busca dos participantes deve-se ao fato de que

as UBS são a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), assim a ESF deve promover cuidado longitudinal, acompanhando todo o itinerário terapêutico.

Os participantes do estudo foram 16 usuários atendidos pelas UBS, selecionados por conveniência. Definiu-se como critérios de inclusão: estar cadastrado nas Equipes de Saúde da Família no município do estudo e ter concluído o tratamento para o câncer. Foram excluídos os usuários que receberam recentemente o diagnóstico ou estão em tratamento de um segundo câncer ou recidiva, bem como aqueles que apresentaram sequelas neurológicas que afetaram a função cognitiva.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2023 e abril de 2024. Os participantes foram recrutados, principalmente com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desempenharam um papel importante na aproximação com o público alvo. Além disso, a colaboração de alguns enfermeiros foi fundamental. Assim, o contato com as pessoas foi realizado a partir dos telefones fornecidos pelos ACS e enfermeiros, o que possibilitou o agendamento do dia e o local mais convenientes. Todos optaram por participar da entrevista no próprio domicílio.

Buscou-se um espaço reservado para a expressão dos sentimentos e o compartilhamento das vivências de maneira aberta. Essa abordagem foi essencial para criar um ambiente seguro e acolhedor de forma que o participante pudesse refletir sobre sua trajetória terapêutica sem interrupções ou desconfortos.

O tamanho da amostra não foi definido previamente, de forma que a coleta de dados foi interrompida quando o fenômeno em investigação foi desvelado em suas múltiplas dimensões, possibilitando alcançar o devido aprofundamento e abrangência no processo de compreensão (MINAYO, 2017).

É importante destacar alguns desafios na etapa de campo. A falta de suporte de alguns profissionais de saúde dificultou o engajamento inicial e a divulgação do estudo nas unidades de saúde, além disso a localização de algumas UBS tornava difícil o deslocamento das pesquisadoras por serem mais distantes e de difícil acesso. Outro fator significativo foi a recusa de cinco usuários em se envolver no estudo, muitas vezes, motivado pela falta de conhecimento ou compreensão sobre o assunto abordado, ou mesmo pela própria negação da doença.

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, constituída de perguntas relacionadas à caracterização dos participantes e sobre o itinerário terapêutico, desde o diagnóstico de câncer até o tratamento. Os dados foram coletados e gravados, por meio

da utilização de um *smartphone*, após a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A transcrição das entrevistas foi feita na íntegra pelas pesquisadoras, logo após o encontro com o participante, e está arquivada no *Google Drive*. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos. Para preservar a privacidade e o anonimato dos participantes, cada um foi identificado por um código alfanumérico composto pela letra “E” seguida de um número sequencial, atribuído de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2020), a qual os organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa consistiu em realizar uma leitura flutuante e, posteriormente, exaustiva das entrevistas a fim de se aproximar do texto e compreender o que o participante buscava transmitir. Já em um segundo momento houve uma seleção temática, identificando os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes. E por fim, no tratamento dos resultados, realizou-se a categorização e a interpretação dos depoimentos obtidos. Posteriormente, utilizou-se como referencial teórico para a interpretação dos dados a literatura pertinente à temática.

Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o parecer CAAE nº 61149722.3.2003.5147, conforme determinado pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Conforme sumarização dos dados sóciodemográficos, das 16 pessoas que concluíram o tratamento de câncer seis são do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idades variando entre 24 e 73 anos, predominando aqueles acima de 60 anos. A pesquisa abrangeu uma ampla diversidade de tipos de câncer, incluindo próstata, cérebro, colorretal, glioma, linfoma, mama, testicular, melanoma, peritônio, colo do útero, retal, leucemia e tumores ósseos, sendo o câncer de mama identificado como o mais prevalente entre os tipos abordados.

No perfil socioeconômico dos entrevistados, observou-se que a maioria é casado, 50% e com filhos, 69% e apresentava o ensino fundamental incompleto, 44%. Quanto a ocupação laboral, 62% era aposentado e a renda familiar prevalente foi de dois salários mínimos, o que influencia tanto na vivência da doença quanto no suporte familiar durante

o tratamento. O principal tipo de tratamento escolhido variou de acordo com o tipo de câncer e as condições clínicas individuais, no entanto a cirurgia, 81%, e a quimioterapia, 75%, foram as mais prevalentes nas respostas. Por conseguinte, cerca de 80% dos participantes apresentavam comorbidades em conjunto, como o Diabetes, Dislipidemia e Ansiedade, assim como as doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão a mais prevalentes destas.

Da análise, emergiram as seguintes categorias temáticas: o itinerário terapêutico da pessoa com câncer desde a manifestação da doença até o pós tratamento; acesso aos serviços de saúde.

### **O itinerário terapêutico da pessoa com câncer: um percurso de muitas idas e vindas**

A busca pelo serviço de saúde foi motivada pelo surgimento ou pela persistência de sintomas ou sinais que causaram preocupação como tonturas, movimentos involuntários, nódulo na mama e na axila, alterações intestinais, pintas com secreção amarronzada e odor fétido, perda de apetite e emagrecimento. Alguns procuraram por assistência médica ao apresentar manifestações súbitas como o desmaio que culminou com a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. As falas expressas a seguir revelam essa compreensão:

- (...) Eu me senti mal no serviço (...) desmaiei(...) fiquei 5 dias na UTI entubado (E2).
- (...) Meus sintomas foram assim, eu ia muito no banheiro e minhas fezes saiam muito diferentes (...) (E3).
- (...) tinha uma leve tontura, acompanhada de um movimento involuntário do membro superior direito e isso me levou a um médico da família no posto mesmo (E4)
- (...) surgiu um caroço na minha axila (...) fui ao ginecologista na outra semana (...) (E5)
- (...) Minha jornada em direção ao diagnóstico do câncer de mama começou quando percebi um caroço no seio durante um autoexame. (E7)

Alguns participantes buscaram o serviço de saúde para exames de rotina, inclusive os de rastreamento do câncer, e se depararam com a condição de estar adoecido, conforme falas expressas a seguir:

- Fui fazer um exame de rotina no INPS e me encaminharam para o oncológico(..) na consulta e o Doutor contou que tinha dado câncer de próstata(E1).
- (...)teve uma campanha no posto de saúde aqui perto de casa, era para marcar aquele exame da mulher e a mamografia. (...) a única coisa que eu estava sentindo na época era dor durante a relação sexual (E12).

A busca pelo diagnóstico de câncer é um processo longo que inclui diversas etapas, desde a identificação de sintomas iniciais, à realização de exames e confirmação do diagnóstico. Alguns participantes revelaram que foi difícil descobrir o câncer, pois os médicos consideravam a possibilidade de outras doenças, sendo necessário, até mesmo a avaliação de outros profissionais. O itinerário terapêutico foi marcado por idas e vindas aos diversos serviços na Rede de Atenção à Saúde em busca de um diagnóstico. Diversos exames foram realizados para investigação diagnóstica como exame de sangue, ressonância, eletroencefalograma, mamografia, ultrassonografia e, por fim, a biópsia.

Debaixo do meu braço deu uma ferida e começaram a tratar como furúnculo e nada adiantava. Foi quando a médica do posto resolveu me encaminhar para o ginecologista, ele chegou a fazer até mamografia mas afirmou que não era câncer, disse que era só uma inflamação pra eu ficar tranquila(...) voltei no posto e procurei a minha médica de referência de novo e mostrei a mamografia para ela e foi quando ela me encaminhou para o hospital de câncer, a médica falou que era câncer mesmo (E11)

O diagnóstico foi bem difícil, não tinha dado nada demais não, só uma anemia leve. Ele me passou várias medicações para tratar, mas a dor continuava e estava tão forte que eu fui parar no hospital. Depois de uns dias lá eles me transferiram para outro hospital. Nesse hospital me senti melhor fizeram muitos exames. Deram diagnóstico de fibromialgia e depressão. Um médico achou que poderia ser algo mais sério e continuou investigando e fechou o diagnóstico de leucemia. Fui transferida para outro hospital. (E14)

Fiz a avaliação inicial com cardiologista e em seguida eu passei para avaliação com um neurologista, onde eu fiz um eletroencefalograma que não deu nenhuma alteração. O processo do diagnóstico foi o mais demorado porque os médicos até então estavam pensando em Burnout ou pequenas crises de ansiedade e de uma hora para outra realizei a ressonância que identificou uma massa no lóbulo frontal esquerdo. Procurei diversos médicos e cirurgões, eu busquei ter mais de uma opinião. (E4)

Alguns precisaram ficar internados ou passaram por diversos serviços até a confirmação da doença, conforme falas expressas a seguir:

Na semana seguinte marcamos na cidade do lado uma consulta, ele me internou por uns 4 dias e fez uma série de exames até fechar o diagnóstico, veio o resultado de tumor ósseo, osteossarcoma. (E15)

Fiquei internado lá, fiz todos os exames lá mesmo e fechou o diagnóstico do câncer de testículo, foi quando eles me encaminharam para o HU (E16)

O diagnóstico tardio também aconteceu por uma demora em procurar o serviço de referência após o encaminhamento para o especialista, conforme expresso abaixo:

Eu fui no posto, a Doutora que descobriu de primeira mão e pediu para eu ir lá embaixo no outro médico para fazer o exame do toque, mas naquele dia eu não consegui fazer. Quando voltei na Doutora ela disse que se eu não fizesse poderia piorar tudo, aí eu voltei lá e fiz o exame do toque e assim, já estava enorme. (E3)

O tratamento foi vislumbrado pelos participantes como desafiador, pois enfrentaram a necessidade de múltiplos tratamentos e de readequação do plano terapêutico no decorrer do itinerário, como a necessidade de novas cirurgias e a redução do tempo de quimioterapia porque o plano de saúde determinou que um tempo menor já seria suficiente, além de intervenções médicas inesperadas. A incerteza do tratamento pelo SUS causou sofrimento e aventou a possibilidade da própria pessoa custear as despesas.

Fiquei sabendo que ia precisar fazer a cirurgia. Fiz a quimioterapia, uns 6 meses, era para ser 1 ano de tratamento, mas o plano de saúde em 6 meses não liberou mais para continuar o tratamento, a médica disse que eles alegaram que havia comprovação científica de que 6 meses seriam suficientes para estabilizar o tumor e eu não tive o que fazer. (E2)

Encaminharam de novo para o Hospital para fazer uma pleurodese e foi feita a drenagem, tiraram toda a água e já injetaram o remédio e só assim que consegui acabar com os nódulos (E5).

Fiz a cirurgia, até então seria uma cirurgia só(...) 15 dias depois da cirurgia, com resultado da biópsia da cirurgia, eu precisei voltar para o centro cirúrgico para retirar a aréola direita, porque tinha uma lesão atrás do mamilo na aréola direita. Fui encaminhada para oncologista que me deu a notícia de que eu iria precisar fazer a quimioterapia, logo depois eu fiz a imunoterapia(...) (E6)

Fiz todos os exames no particular que ele pediu e voltei na consulta, eles comunicaram que meu nome não constava em nenhum registro para cirurgia lá, você sabe o que ele me respondeu? Que isso já não era problema dele! Eu saí de lá chorando, já estava pensando em vender o carro, um terreno. (E8)

O tempo de espera para o tratamento foi percebido por alguns como demorado e para outros como rápido.

Fiz a quimioterapia e depois a cirurgia demorou uns 2 meses para sair, mas a radioterapia foi rápida. (E12)

Eu ia precisar fazer quimioterapia e radioterapia e assim foi, uns 20 dias depois eu comecei a quimio. (E13)

A cirurgia não demorou nada, em uns 3 dias eu já fui para operar. (E16)

O itinerário terapêutico também foi marcado por escolhas pessoais em não iniciar o tratamento, mesmo com o agravamento dos sinais.

Eu não quis fazer o tratamento, eu fui ajudar minha filha com o bebê, foi assim que eu quase morri. Só fui porque a minha mama já estava muito inchada, o caroço só aumentava, ela estava até roxa já, parecia uma casca de laranja, quando fui no oncológico eles não me deixaram sair, já me encaminharam para a cirurgia. (E10)

O pós tratamento dos participantes foi marcado por uma rotina de acompanhamento médico.

Para acompanhar a próstata é de 3 em 3 meses no Hospital, quando sinto algo diferente eu vou no posto que é aqui perto de casa. (E1)

A busca pelos serviços de saúde no pós tratamento passou a ser mais habitual com foco na prevenção, no entanto, alguns continuaram com a prática de recorrer ao atendimento médico na presença de algum sinal ou sintoma.

Eu não gosto muito de sobrecarregar o serviço de saúde desnecessariamente, como eu tenho um certo conhecimento dependendo do sintoma eu mesmo consigo intervir e geralmente, mesmo tendo plano de saúde eu vou no posto mesmo. (E4)

Normalmente faço prevenção. (E15)

Hoje em dia eu já tenho a data certa de fazer meus exames, mas se eu sinto algo diferente eu já procuro o serviço de saúde, mas acho que com tudo que eu passei eu gosto de me precaver. (E6)

### **Desafios para o Acesso aos serviços de saúde**

No acesso aos serviços de saúde pelo SUS, os participantes se depararam com dificuldades na marcação de exames e consultas, demora no diagnóstico e obtenção do tratamento. A morosidade em conseguir o medicamento para o tratamento também foi ressaltado, alguns acionaram a Justiça para solucionar o problema, outros assumiram os custos para não interromper o curso terapêutico.

O início da investigação foi pelo SUS, o que foi bem moroso, tanto é que a minha primeira consulta foi no início de janeiro de 2022 e o diagnóstico final foi em outubro de 2022. (E4)

A única coisa que demorou bastante em tudo isso foi o medicamento da Imunoterapia. Precisei contratar advogado para conseguir o medicamento, entrei na justiça, ganhei a causa e mesmo assim o governo demorou muito para liberar a verba do remédio e devido a essa demora de quase 4 meses para iniciar o tratamento que eu precisei usar o oxigênio porque meu quadro foi piorando. (E5)

Tinha mês que não tinha o remédio, então eu tinha que comprar a quimioterapia e era muito, muito caro mesmo, aconteceu umas 3 vezes e eles pediam pra gente ter paciência e esperar, mas como faz o câncer esperar? Não tem como! Eu vi muita gente em situação pior que eu, que realmente não teve como dar jeito e teve que esperar o remédio chegar. (E11)

Muito desgastante porque quando chegamos lá simplesmente falaram que não tinha vaga, advogados que nos orientaram a entrar com pedido no Fórum de Justiça, solicitando a vaga para o tratamento de quimioterapia alegando nossa condição financeira. (E14)

Ao enfrentarem a demora em conseguir consultas e exames pelo SUS ou dificuldades em realizar pelo plano de saúde, alguns participantes optaram por custear os gastos para agilizar o processo do diagnóstico ou do tratamento de câncer, muitas vezes, até por indicação dos médicos.

Precisei arcar com a consulta, porque no plano não tinha pneumologista e no SUS a gente sabe como é né? Demora muito mesmo. (E4)

O médico me passou uma série de exames para poder fazer e já me pediu para fazer tudo particular que ele me operaria de graça no Hospital, porque se fosse depender do SUS para fazer os exames iria demorar muito para iniciar o processo da cirurgia (E8)

Os exames eu fazia particular, então saía tudo muito rápido. A tomografia eu precisei pagar todas por fora. Eles até me colocaram na fila para tentar pelo SUS, mas eu preferi arcar por fora porque estava demorando demais e até hoje em dia eu faço acompanhamento com ela do meu próprio bolso. (E9)

A demora em conseguir consultas e exames pelo SUS foi compreendido pelos participantes como algo já esperado.

Aquele exame colonoscopia, que demorou demais pra sair, acho que foram uns 2 meses pra lá esperando. Não tenho muito o que reclamar até porque é SUS e a gente sabe que vai demorar um pouco né? (E13)

Em contrapartida, houveram relatos de sucesso no acesso a medicamentos gratuitos fornecidos pelo posto de saúde, cirurgias realizadas rapidamente devido à emergência e a assistência nos serviços de saúde na Atenção Primária e Secundária. O Serviço de Atenção Domiciliar também atuou, fornecendo bala de oxigênio e cuidado de uma equipe multiprofissional.

Até que saiu rápido a cirurgia porque era emergência. (E2)

Precisei de usar a bolsinha na barriga, eu fiquei 1 ano e 6 meses com ela, só não conseguia eu mesma trocar. Consegui pelo PAM Marechal. Eles olhavam, ensinaram os meus filhos a cuidar, o atendimento lá foi muito bom. Eu sou muito de procurar o serviço e saúde, qualquer coisa eu vou no posto. (E3)

[DID-Departamento de internação domiciliar] Mandaram fisioterapeuta, médico, enfermeiro (...) devido a essa demora de quase 4 meses para iniciar o tratamento que eu precisei usar oxigênio porque meu quadro foi piorando. Foi quando a hospital me mandou para casa pelo DID. (E5)

Eu procurei o enfermeiro do posto que me ajudou demais, ele sempre ia fazer as trocas de curativo e ensinou para minha filha. O meu tratamento foi todo pelo SUS o que ajudou muito, quase todos os remédios que eu precisava eu pegava todos no posto. (E10)

Contar com um plano de saúde agilizou a marcação de exames, consultas médicas e a realização de procedimentos, no entanto, em algumas circunstâncias foi preciso ainda acessar o SUS por dificuldades financeiras em custear aquilo que não tem a cobertura do plano como os medicamentos, alguns exames e a consulta de alguns médicos especialistas.

Nós ficamos sem condições financeiras de arcar com os remédios, tudo muito caro e como era pelo plano, não tinha nada de remédio mais em conta. A gente foi lá no posto

consultar, eles me deram a receita e consegui os remédios de graça. Teve até um exame que eu tive que fazer que o plano não liberou, foi muito caro. (E2)

Outra coisa que me ajudou demais foi o plano de saúde, eu fico pensando que se eu dependesse do SUS talvez eu não estivesse mais aqui. Então foi tudo muito rápido, eu fico feliz por não depender do SUS nessa parte. (E6)

Nestas crises (dor), eu procurava o posto de saúde lá do meu bairro porque como o oncologista era particular, se eu sempre fosse lá era um gasto a mais, então deixava pra ir só nas consultas de rotina mesmo. (E15)

A dificuldade de acesso ou até mesmo a inexistência de uma equipe multiprofissional nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde também foi destacado. Os participantes ressaltaram que necessitavam de atendimento de outros profissionais, que não o médico, já que o câncer traz repercussões físicas e emocionais que não se limitam ao tratamento.

Comecei a não me alimentar direito, cheguei até pedir encaminhamento para nutricionista, mas nunca consegui, foi algo que precisei lidar sozinha e com isso eu emagreci demais. Precisava de fisioterapeuta por conta do linfedema, mas nunca consegui. (E10)

Eu até tentei conseguir dentista, nutricionista e fisioterapia, o máximo que eu consegui foi a fisioterapia por 60 dias só. Acho que são coisas essenciais para quem faz o tratamento de câncer, sabe? (E11)

Para o acompanhamento de outros profissionais de saúde como dentista, fisioterapeuta e psicológico, os participantes precisaram custear mesmo com dificuldades financeiras ou conseguiram a partir de Fundações de Apoio ao Câncer.

No início o SUS até mandou uma Fisioterapeuta mas ela só veio duas vezes, depois eu precisei pagar para poder continuar pois eles não me deram nenhuma satisfação do porque ela não voltar mais aqui, aí eu paguei e terminei o tratamento no particular mesmo. (E5)  
Fui procurar o psicólogo particular mesmo. (E13)

Na Fundação consegui ter bastante apoio, como acompanhamento com psicólogo, dentista. (E14)

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo evidenciou diversos obstáculos que surgiram durante o itinerário terapêutico dos indivíduos, o que influencia diretamente na qualidade de vida e no prognóstico.

O itinerário terapêutico dos participantes evidenciou o acesso a diversos serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a atenção primária até os centros especializados, em busca de uma resposta definitiva. O ir e vir dos pacientes em diferentes

serviços de saúde na busca do diagnóstico para seu problema de saúde refletem a complexidade das itinações. Dificuldades no acesso, na disponibilidade e na distribuição geográfica dos serviços, além da qualidade do serviço, mecanismos de financiamento e o próprio modelo assistencial são fatores que se fizeram presentes na trajetória das pessoas envolvidas presente estudo e confirmados por Rodrigues e colaboradores (2020), que destacam a complexidade e a singularidade das trajetórias do cuidado oncológico, que muitas vezes não seguem os caminhos planejados pelo sistema de saúde.

Apesar dos participantes terem acesso às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, depararam-se com diagnósticos não precisos e/ou tardios. O diagnóstico de câncer foi demorado para a maioria, evidenciando fragilidades nos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Durante a busca pelo diagnóstico, alguns pacientes também recorreram a especialistas da rede privada. O estudo conduzido por Castro e colaboradores (2022), que envolveu 664 mulheres com câncer de mama, apontou que fatores socioeconômicos como o maior nível de escolaridade e a capacidade de pagar por consultas médicas particulares estão associadas a maiores chances de detecção de câncer. Mota e colaboradores (2021) são discordantes ao apontar que consultas particulares, frequentemente, se limitam a prescrições e encaminhamentos.

É importante salientar que a regularidade nas consultas médicas e na realização de exames é fundamental para o diagnóstico do câncer. Sabe-se que detectar precocemente o câncer é significativo para o sucesso terapêutico (URBAN, *et al* 2023). Estudos sugerem que um diagnóstico tardio está associado ao avanço da doença e a necessidade de tratamentos mais agressivos (INCA, 2020).

Os participantes consideraram o tratamento desafiador, porque enfrentaram a necessidade de realizar inúmeros tratamentos e ajustar o plano terapêutico ao longo do processo. Isso incluiu a necessidade de novas cirurgias, a redução do tempo de quimioterapia, em alguns casos imposta pelo plano de saúde, que determinou um período menor como adequado, além de intervenções médicas inesperadas que surgiram durante o percurso. A análise dos itinerários terapêuticos revelou dificuldades no sistema de saúde, especialmente no diagnóstico e nas ações de prevenção e promoção à saúde. (PINTO, *et al.*, 2019).

Pode-se dizer que mesmo com a existência do SUS, os desafios no itinerário terapêutico da pessoa com câncer estão atrelados a dificuldades de acesso aos serviços e profissionais de saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, criou

o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de garantir o acesso gratuito, universal e integral à saúde como um dever do Estado. Regulamentado pela Lei n.º 8.080/1990, que antepõe a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito, fundamentado no funcionamento e estrutura dos sistemas integrados (BRASIL, 1990).

Entretanto, há mais de 30 anos após a implementação do SUS, ainda há desafios significativos para assegurar plenamente o direito à saúde no país. Isso implica desde a infraestrutura dos serviços até os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento da instituição (PINTO *et al.*, 2019).

O acesso à saúde é imprescindível aos indivíduos e garantido por lei. A Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza que o acesso envolve não apenas a disponibilidade de serviços, mas também aspectos relacionados à acessibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, qualidade do atendimento e a capacidade de pagar pelos serviços sem sofrer dificuldades financeiras (WHO, 2018).

No presente estudo, foi destacado que a espera por vaga de consulta com oncologistas ou até mesmo para a cirurgia demorou meses, culminando em atrasos no início da terapia. Após o diagnóstico, é fundamental que o tratamento seja iniciado de forma rápida para reduzir o risco de progressão da doença. A demora pode estar relacionada à sobrecarga do sistema de saúde e à falta de infraestrutura adequada (INCA, 2020).

Conforme estabelecido pela Lei 12.732/2012, a estimativa é que o período entre a primeira suspeita de câncer e o início do tratamento não deve ultrapassar 60 dias (Brasil, 2012). No entanto, alguns dos pacientes entrevistados relataram longos períodos de espera, o que pode ser justificado por empecilhos no acesso a serviços especializados. Estudos apontam que atrasos superiores a três meses são correlacionados a prognósticos desfavoráveis e redução da qualidade de vida (HANNA *et al.*, 2020).

Embora o SUS ofereça atendimento gratuito, os participantes mencionaram que os custos indiretos representam um desafio significativo, o que interfere diretamente na agilidade do diagnóstico preciso. O deslocamento para centros de tratamentos, a necessidade de afastamento do trabalho e a compra de medicamentos e suplementos, não cobertos pelo serviço público de saúde, são algumas das dificuldades financeiras que impactam a saúde dos indivíduos (BOING *et al.*, 2022).

É importante ressaltar os desafios enfrentados também com a saúde suplementar. No presente estudo nota-se que, muitas vezes, o tempo de tratamento estabelecido pelo médico oncologista não é respeitado. Nem sempre os planos de saúde cobrem a totalidade

do tratamento, especialmente em casos de terapias longas e complexas. Segundo Hanna e colaboradores (2020), os atrasos de semanas no tratamento podem ter impactos significativos nos desfechos clínicos, reforçando a necessidade de adequação e cumprimento das recomendações médicas pelos planos de saúde.

É evidente que, por vezes, os pacientes enfrentam obstáculos em obter a cobertura total para tratamentos alternativos ou de suporte como psicoterapia, fisioterapia e acompanhamento nutricional, que são essenciais para o bem-estar durante o tratamento oncológico. Além disso, é comum que os planos de saúde imponham limites ao número de sessões ou a determinados tratamentos, dificultando a continuidade do cuidado (SILVA *et al*, 2022).

Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por normatizar, fiscalizar e regulamentar as atividades relacionadas a saúde suplementar no Brasil, precisa viabilizar consultas mais rápidas, exames e procedimentos em hospitais de referência e o oferecimento do tratamento oncológico em sua completude (SILVA *et al*, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo evidencia que o itinerário terapêutico da pessoa com câncer é marcado por desafios significativos nos diferentes níveis de atenção à saúde. Nota-se falhas no sistema de saúde que comprometem o acesso oportuno aos exames, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação. O diagnóstico de câncer, muitas vezes, é difícil de ser confirmado, o que acaba retardando o início do tratamento.

Destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, repensarem sua prática assistencial para atender às múltiplas demandas dos pacientes, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo uma melhor qualidade de vida para as pessoas com câncer. Os serviços de saúde devem se reorganizar para responder às necessidades específicas dos pacientes em todas as etapas do tratamento, desde o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas até o pós-tratamento. A presença de profissionais capacitados ao longo do processo é fundamental para o sucesso do cuidado, assim como uma rede de atenção à saúde bem estruturada e integrada, que possibilite acesso em tempo hábil para o cuidado das necessidades.

Aponta-se como limitação do estudo o fato de não ter definido um tipo específico de câncer, dessa forma é possível que o itinerário terapêutico seja mais desafiador em alguns tipos de tumores.

Enfatiza-se a urgência de implementar uma abordagem coordenada na assistência ao câncer. Isso inclui garantir um atendimento multiprofissional e eficaz em todas as fases do percurso terapêutico, com atenção às necessidades específicas dos pacientes e suporte nos diferentes níveis de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H.B.DE. et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 2, p. e00022020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2020.
- BOING, A.C. et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, [online], v. 38, n. 6, e00114721, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT114721.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna com início no prazo de 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12732-22-novembro-2012-774660-norma-pl.html>.
- BRUSTOLIN, A. et al. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 47–59, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700008>
- CASTRO, Cristiane Pereira de et al. Atenção ao câncer de mama a partir da suspeita na atenção primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v.2, p.459-470, 2022. DOI: 10.1590 / 1413 - 81232022272.42012020 .
- CRESWELL, J. W. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2013.
- FRANÇA, A.F.O. et al. Therapeutic itinerary of breast cancer women in a border municipality. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 6, p. e20200936, 2021.
- Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2020
- HANNA, T.P. et al. Mortalidade devido ao atraso no tratamento do câncer: revisão sistemática e meta-análise. *BMJ*, 2020, v. 371, m4087. DOI: 10.1136/bmj.m4087.
- MOTA, R.T. et al. Percurso assistencial de pacientes convivendo com câncer de pulmão. *Revista Bioética*, v. 29, n. 2, abr.-jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292474>
- MUZY, J.C.M.R. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021, v. 37, p 1-18. DOI: 10.1590/0102-311X00076120.
- OLIVEIRA, N.G. et al. A desospitalização na assistência oncológica: um debate acerca da continuidade do cuidado familiar em domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 69, n. 3, p. e213917, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3917.
- PENCHANSKY, R. et al. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 1981, v. 19, n. 2, p. 127-140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.

PEREIRA, C.I.P. et al. Impactos Psicossociais e na Qualidade de Vida do Tratamento Oncológico em Crianças e Adolescentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 3, p. e-123888, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3888.

PERONI, F.M.A. et al. O Itinerário Terapêutico de Pacientes com Câncer de Mama e de Próstata. *Saúde Redes*, v. 2, p. 205-222, 2022. DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p205-222.

RABELLO, C; de M. et al. Necessidades físicas, emocionais e socioeconômicas no tratamento do câncer de cabeça e pescoço: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 3, e-191221, jul. 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1221

RODRIGUES, D.M. DE V. et al. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinaerações no cuidado paliativo oncológico. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 349-361, abr. 2020. <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#pills-aspectos-gerais>

GUERRA, D.M. et al. Índice de dependência regional e macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. *Saúde em Debate*, [online], v. 138, p. 431-443, 2023. DOI: 10.1590 / 0103-1104202313805 .

GUIMARÃES, T.M. et al. Perceptions of adolescents with cancer undergoing palliative care about their illness process. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, p. e20190223, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.2019022>.

GRAVE, H.P et al. Necessidades de saúde dos pacientes em quimioterapia ambulatorial. *Revista Recien*, v. 36, p. 141-152, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index>

URBAN, L. A. B. D. et al. Recommendations for breast cancer screening in Brazil, from the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, the Brazilian Society of Mastology, and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. *Radiologia Brasileira*, v. 56, n. 4, p. 207-214, jul. 2023. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2023.0064>

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit.* 2017;5(7):1-12.

PINTO, A.C.S.N. et al. Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica: Therapeutic itinerary of people with cancer: approximations and distances of the oncologic healthcare system. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 85, n. 23, 2019. DOI: 10.31011/reaid-2018-v.85-n.23-art.239.

GRANJA, M. C. L. M. et al. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-09816, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.816.

SILVA, G.A. et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, 2022. DOI:<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041722>.

SILVA, L.S. et al. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3575>

SILVINO, M.A et al. Descrição da rede de atenção à saúde para o controle do câncer em crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.2, p.e05306, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.306.

SOUSA, K.A. et al. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 15, n. 2, p. 259-267, abril. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i2.29896>

SOUZA, J.A.M. et al. Fatores associados ao tempo para o início do tratamento do câncer de pulmão em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 1133–1146, mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.02992021>

UCHÔA, S.M. et al. Barreiras de acesso dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde: um relato de experiência. In: *Anais do 8º congresso brasileiro de ciências sociais e humanas em saúde*, 2019, João Pessoa. *anais eletrônicos... campinas: Galoá*, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/8o-cbcs/8o-cbcs/trabalhos/barreiras-de-acesso-dificultam-a-acessibilidade-aos-servicos-de-saude-um-relato?lang=pt-br>.

VIANA, A.L.D. et al. Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 1791–1798, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

World Health Organization. *Universal Health Coverage (UHC)*. 2018.