

Câncer de mama: atributos essenciais na atenção primária à saúde em região de fronteira

Andrea Ferreira Ouchi França¹, Rosane Meire Munhak da Silva¹, Adriana Zilly¹, Grazielle Aparecida Berzuini², Ana Carolina Sipoli Canete², Marisei Sanches Panobianco²

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Foz do Iguaçu (PR), Brasil

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil

RESUMO

Introdução: O câncer de mama no Brasil é considerado um problema de saúde pública, por representar uma das principais causas de mortes na população feminina. **Objetivo:** Analisar a presença dos atributos essenciais da atenção primária à saúde na região de fronteira no contexto do cuidado à mulher com câncer de mama. **Método:** Pesquisa qualitativa baseada no Paradigma da Complexidade, realizada em Foz do Iguaçu-PR. Conduziram-se entrevistas em profundidade com 13 mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Elegeram-se a Análise Temática como técnica para analisar o material produzido. **Resultados:** Emergiram as categorias: Barreiras para o acesso aos serviços para atenção à mulher com câncer de mama; (Des)construindo o vínculo: mulheres, profissionais e serviços de saúde; Cuidado fragmentado, focado no biológico: interferência para a integralidade; e (Des)coordenação da atenção à mulher com câncer de mama no âmbito do sistema público de saúde. **Conclusão:** Os atributos essenciais da atenção primária não estiveram presentes em sua totalidade para o cuidado à mulher com câncer de mama, visto que foram reportadas dificuldades para o acesso nos serviços de atenção primária, fragilidades na construção e fortalecimento do vínculo pela descontinuidade do cuidado, atribuído à incipiência da coordenação no âmbito do sistema público de saúde. Aponta-se para a necessidade de implementar estratégias de cuidados, com transformações comportamentais, funcionais e estruturais nos serviços de saúde na fronteira.

Palavras-chave: neoplasias da mama; Atenção Primária à Saúde; saúde na fronteira.

Como citar este artigo: França et al. Câncer de mama: atributos essenciais na atenção primária à saúde em região de fronteira. ABCS Health Sci. 2023;48:e023231 <https://doi.org/10.7322/abcshs.2021191.1905>

Recebido: 06 Ago 2021
Revisado: 26 Dez 2021
Aprovado: 17 Fev 2022

Autora para correspondência: Andrea Ferreira Ouchi França - Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 – Jd Universitário – CEP: 85870-650 - Foz do Iguaçu (PR), Brasil - Email: andreafranca192@gmail.com

Declaração de interesses: nada a declarar



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos de uma licença Creative Commons Attribution © 2023 Os autores

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde pública e é a primeira causa de óbito por câncer entre a população feminina brasileira¹. No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é de 66.280 casos novos da doença².

O Ministério da Saúde do Brasil editou, em 2015, as diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, elaboradas a partir de evidências científicas, constituindo-se como um passo fundamental para a consolidação da prática³.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são primordiais nas ações para o enfrentamento do câncer de mama, por serem considerados o principal modelo de atenção, a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Essa capacidade de resolver problemas norteadas pela APS abarca o seguimento de atributos essenciais da atenção⁵. O primeiro contato implica em acessar os serviços para o problema ou acompanhamento de saúde. A longitudinalidade contempla

a oferta de cuidados de modo regular, ao longo do tempo, em um ambiente de reciprocidade entre usuários, famílias e equipes de saúde. A integralidade consiste em serviços que atendam às necessidades da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção. A coordenação envolve a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵.

Dessa forma, é por meio dos atributos essenciais que a APS poderá acolher as necessidades das mulheres com câncer de mama, em especial em ambientes de maior vulnerabilidade como regiões de fronteira.

Na tríplice fronteira Paraguai, Argentina e Brasil, a compreensão de trânsito livre de pessoas traz desafios para o sistema de saúde, requerendo políticas específicas para estas regiões por considerar o direito da universalidade à saúde. Todavia, esta procura pelos serviços de saúde pode levar à sobrecarga do sistema, e consequentemente, à (des)atenção das demandas complexas⁶, como o câncer de mama, considerando as falhas em promover saúde e prevenir agravos, somadas à ineficiência nos atendimentos para urgência e emergência^{7,8}.

A partir disso, apresenta-se a pergunta norteadora: Como ocorre a resolutividade do problema de saúde da mulher com câncer de mama, do diagnóstico ao início do tratamento, aprendendo-a a partir do enfoque aos atributos essenciais da APS em região de fronteira?

Assim, o objetivo foi analisar a presença dos atributos essenciais da atenção primária à saúde na região de fronteira no contexto do cuidado à mulher com câncer de mama.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa com base no Paradigma da Complexidade⁹, que parte de uma experiência concreta da descoberta ou originalidade dos fenômenos, não se limita ao modo simplificado de pensar e busca ampliar o horizonte de reflexão pelo pensamento complexo⁹.

Sete princípios guiam o pensamento complexo, e neste estudo foram utilizados quatro: Dialógico, Hologramático, Círculo Recursivo e Organizacional. A justificativa para a utilização desse referencial envolve a natureza complexa do câncer de mama, a partir da análise dos atributos da APS, em especial em regiões de maior vulnerabilidade¹⁰.

A população foi composta por mulheres, maiores de 18 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em tratamento para o câncer de mama no ambulatório do Centro de Oncologia de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, após a aplicação dos critérios de exclusão, os quais: ter diagnóstico de algum problema de saúde mental registrado no prontuário, não falar a língua portuguesa, não residir em Foz do Iguaçu e a necessidade de hospitalização no período de busca de dados. A amostra resultou em 13 mulheres.

Em Foz do Iguaçu, o atendimento ambulatorial e hospitalar aos indivíduos com câncer de mama acontece no Centro de Oncologia, que atende usuários do SUS, convênios e particulares, da região oeste do Estado, bem como do Paraguai e Argentina. O fluxo de atendimento pelo SUS para pacientes do município acontece pelo encaminhamento da rede, denominado Foz-Saúde, e via Regional de Saúde para os demais municípios e para convênios/particulares o atendimento é direto por meio do encaminhamento do médico do primeiro atendimento.

A busca de dados foi realizada entre março e junho de 2018, sendo que o primeiro contato ocorreu no Centro de Oncologia, no momento em que a participante buscou o serviço para atendimento, como consulta médica, para buscar medicamentos, avaliação de enfermagem, para realizar exames, entre outros. Neste momento realizou-se o convite para participarem da pesquisa e foi explicado os objetivos e coletado as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi agendada a visita domiciliar para realizar a entrevista em profundidade. Nessa etapa, uma das pesquisadoras, que é enfermeira, com experiência profissional em saúde da mulher, teve em posse um Diário de Campo, como recurso adicional para registrar os aspectos do ambiente, bem como as impressões da pesquisadora relativas as repercussões do câncer de mama para as participantes.

As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, e, após o término, foi disponibilizada às participantes a escuta para anuência. Para três participantes, haviam familiares presentes, porém sem participação dos mesmos.

A análise dos resultados ocorreu mediante análise temática¹¹, a qual foi organizada em três fases: a pré-análise de todo material, exploração dos dados coletados e tratamento dos resultados e interpretação, os quais resultaram quatro categorias temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 2.483.312, em 2018, e atendeu a resolução 466/2012. Para garantir o anonimato, as participantes foram identificadas pelas letras “MP” (mulher participante) e o número sequente da entrevista.

RESULTADOS

As participantes com idade entre 33 e 68 anos eram na maioria brancas, católicas, com ensino médio completo, casadas ou em união estável, possuíam casa própria, trabalho remunerado, renda média de R\$ 2.061,50, sem auxílio governamental e usuárias do SUS. Da análise dos resultados emergiram quatro categorias para discussão, descritas a seguir.

Barreiras para o acesso aos serviços para atenção à mulher com câncer de mama

Em busca de atendimento, as mulheres descreveram barreiras para o acesso aos serviços de saúde. A barreira geográfica estava

atrelada às organizacionais, levando à busca por outros serviços e profissionais, longe de sua residência, até mesmo do outro lado da fronteira internacional, no Paraguai, utilizando-se de meios por vezes inadequados para acessar o sistema de saúde e conseguir atendimento.

“Eu acho que eu fui duas vezes [posto de saúde], porque eles encaminham para outro lugar. Desse lugar eles encaminharam para outro lugar” (MP3).

“Ginecologista na unidade não tem. Eu fui em um médico de outro posto, em um ginecologista de lá. Eu não posso ir lá no outro. Eu fui com o endereço da minha filha” (MP4).

“Lá no Paraguai, também tem muita coisa que é de graça e mais rápido, né? Então eu fiz lá a consulta, mas depois eu soube que no Paraguai não tinha como tratar” (MP5).

As barreiras organizacionais foram identificadas pela organização dos serviços de saúde, expressas pelos agendamentos de consultas nada flexíveis e pelo redirecionamento do usuário a vários serviços, dificultando o atendimento que a mulher precisa.

“Nunca a gente é atendida. Quantas vezes fui no posto morrendo, sendo carregada e tinha que marcar, não atendia na hora. Na quinta o médico não atende porque faz visita, na quarta é só para gestante. Aí sobra só segunda e terça, porque na sexta eles fazem reunião” (MP3).

“O doutor ficou doente, eles não quiseram me dar outro exame e nem me passar para outro médico. A menina falou que tinha que esperar três meses, se o doutor não voltasse em três meses, aí iriam passar para outro médico” (MP7).

“Tem que pegar encaminhamento e ir para outro lugar, para fazer exames tem que ir para outros lugares. Aqui eles não fazem mais” (MP8).

A ausência de comunicação entre os diferentes pontos de atenção das RAS e a falta de responsabilização pelo usuário também se mostrou como barreiras organizacionais que fragilizaram o acesso à mulher com câncer de mama.

“Eu fui consultar no posto. A doutora falou que eu precisaria consultar com um mastologista, que seria lá na oncologia. Falaram que o doutor de lá não está mais atendendo porque ele se aposentou. Não tem nenhum outro médico que atenda pelo SUS. Falei para a moça [recepcionista do posto] para ligar na oncologia. Ela ligou e falaram que o doutor está atendendo no centro de oncologia” (MP7).

As participantes consideraram os serviços públicos de saúde remissos e para conseguirem realizar os exames para o diagnóstico do câncer de mama, buscaram os serviços de saúde particulares, até mesmo no país vizinho – Paraguai, mostrando desse modo, a presença de barreiras geográficas e organizacionais para o acesso aos exames.

“O médico fez o pedido da ecografia e eles me falaram que iriam me colocar na fila de espera. Daí eu peguei e fiz particular, na mesma semana” (MP3).

“Eu fui, fiz e paguei a mamografia no Paraguai” (MP7).

(Des)construindo o vínculo: mulheres, profissionais e serviços de saúde

Em relação aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), verificou-se que as mulheres identificaram a responsabilização para com as consultas, tratamento e encaminhamentos, fortalecendo a longitudinalidade e o cuidado.

“Confio sim [profissionais da UBS], se a solução não é lá, me encaminham” (MP2).

“Ele [médico] disse que iria ligar lá [Centro de Oncologia] e pedir que me passasse na frente, essas coisas, para agilizar, encaminhamento tal” (MP6).

Contudo, também houveram relatos de inconsistências nas relações de confiança, assim como na responsabilização desses profissionais.

“Porque a enfermeira, se fosse por ela eu nem teria feito a ecografia, porque ela não queria marcar” (MP3).

“[...] eu fiquei esperando que eles achassem o encaminhamento para ecografia, mas eu não me toquei, ali passou uns três quatro meses [...] (MP10).

Pode-se apreender, nos depoimentos, que para algumas participantes a relação de confiança e responsabilização se mostrou fragilizada, chegando a afetar a atenção, por postergar o diagnóstico e o início do tratamento. Todavia, no tocante ao serviço e aos profissionais do centro de oncologia – serviço especializado, a relação foi satisfatória, destacando-se assim a longitudinalidade do cuidado.

“Muito bom, das faxineiras até os doutores assim, muito bom, atendimento 100% bom” (MP5).

“Eu comecei a fazer o tratamento lá [Centro de Oncologia], mas eu não sabia que lá os doutores, recepcionistas, enfermeiras, nutricionista, psicóloga, faxineiras. São muito bons para tratar a gente. Eles são mesmo muito queridos, tratam a gente bem” (MP10).

Ao chegarem nos serviços de APS, as participantes informaram aos profissionais de saúde sua história clínica, considerando que estes a desconheciam. Isso e a falta de diálogo foram apontados como aspectos que prejudicam a longitudinalidade e o cuidado integral.

“Eles [profissionais da APS] ficaram sabendo depois que eu tinha feito a cirurgia. Agora eles conhecem, mas eles mesmos, ninguém conversou ou perguntou como que eu estava. Eu fui lá fazer os curativos tudo, mas ninguém perguntou se precisava de retorno para alguma coisa com o médico. Ali ninguém perguntou nada” (MP8).

“Eu falei para eles [profissionais da APS] eu tive problema, câncer de mama” (MP13).

As participantes também mencionaram a alta rotatividade dos profissionais das UBS, identificando-a como um aspecto que prejudica a construção da relação ao longo do tempo entre profissionais de saúde e mulheres com câncer.

“Não sei dizer quem são os profissionais do posto, é muita gente diferente” (MP11).

“Eu conheço pouco [profissionais da APS], é que troca muito” (MP12).

Cuidado fragmentado, focado no biológico: interferência para a integralidade

As participantes versaram sobre um cuidado fragmentado, em detrimento da promoção e da prevenção em saúde, focado no caráter biológico, na doença, ocasionando obstáculos para a integralidade.

“Daí ele [médico] veio, olhando para o chão com as mãos assim para trás, parou na minha frente, olhando para o chão e nem olhou na minha cara, e disse onde que é? Eu mostrei assim, ele veio com o dedo assim e voltou e não falou nada. Pensei, esse é jeito de consultar? Achei estranho, mas fiquei quieta” (MP3).

“Eu mesma só vou lá [serviço de APS] para pegar receita do remédio” (MP9).

Foram constatadas divergências entre as UBS para a integralidade, no que se refere aos encaminhamentos para exames ou

médicos especialistas, protelando o tratamento, pela ausência de tecnologias para a construção do cuidado integral.

“Quando ela [médica] me examinou, ela já me encaminhou” (MP1).

“Também fui consultar para ver um oculista porque eu estou perdendo muito a visão, eu estou na fila né, aí tem que esperar” (MP5).

“Foi uns quinze dias para marcar consulta, mais uns quinze dias para eu chegar no hospital, até foi quinze dias para eles me ligarem porque eu estava na lista de espera. Assim que eles me ligaram demorou mais quinze dias para agendar consulta no hospital, não foi de um dia para o outro, demorou muito” (MP11).

(Des)coordenação da atenção à mulher com câncer de mama no âmbito do sistema público de saúde

Como expressão da fragilidade de coordenação dos serviços de saúde para a atenção à mulher com câncer de mama, as participantes relataram fatores que dificultam o atendimento médico, inflexibilidades dos horários de chegada à unidade (necessidade de chegar no serviço com muita antecedência) e o enfrentamento das filas, tornando esse serviço pouco resolutivo e desafiador.

“Muitas vezes, nem ali atendem a gente. Às vezes a gente chega morrendo e tem que marcar para quando tiver vaga. Até ter vaga você já sarou ou morreu” (MP3).

“[...] a gente tem que ir muito cedo, tipo cinco horas ou cinco e meia já tem que estar lá” (MP12).

Outro fator importante é a divergência de informações entre os profissionais, que resulta em busca por atenção em outros pontos das RAS e a APS deixa de ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. A desorganização do serviço gera desconfiança, prejudica a resolução de problemas e enfraquece a responsabilização do cuidado à mulher com câncer de mama.

“Fui no postinho ali e a menina falou que nem ia marcar consulta para mim, porque isso daí é mastite. Fui no pronto atendimento, atenderam, fiz ecografia, e estou com quatro tumores e já estão grandes. Daí o médico de lá [pronto atendimento] disse que tinha que procurar o médico aqui [posto de saúde]. Daí fui ali semana passada e o médico daqui ficou bravo porque fui procurar outro médico, aí eu disse: ‘Eu vim aqui e a secretária e a enfermeira não quiseram marcar consulta’ (MP4).

“Fui direto no hospital, porque se eu fosse depender de ir no meu posto para eles marcarem [consulta] com certeza iria demorar muito mais” (MP11).

Também foi referida a dificuldade ao acesso e a morosidade dos exames essenciais para o diagnóstico, externando a fragilidade da coordenação.

“Demorou dois anos [ecografia], depois que tinha feito cirurgia, quimioterapia e a radioterapia. Como que você vai confiar? As pessoas morrem e não têm atendimento” (MP3).

“Se precisava fazer algum exame, eu tinha que pedir para os médicos do hospital. Igual ecografia, porque lá [UBS] não estavam liberando nada, nem exame de sangue” (MP11).

“[...] para fazer exame no postinho demora muito, até para liberação dos papéis, foi demorado. Demorou uns quatro meses, cinco meses por aí” (MP12).

O atendimento frágil ofertado pelos profissionais e as barreiras para a entrada no serviço de referência foram proferidos como fatores impeditivos da resolatividade e da atenção à saúde da mulher com câncer de mama, caracterizando a falta de coordenação.

“O câncer de mama é uma doença que evolui muito rápido e doença não espera? E você tem que ficar dependendo de um e de outro, de liberação disto, esperar o sistema te ligar, que a secretária vai te ligar ainda para marcar consulta” (MP11).

DISCUSSÃO

As práticas em saúde para o atendimento à mulher com câncer de mama em município de fronteira apontaram dificuldades na APS, com fragilidades para a construção e fortalecimento do vínculo com os serviços a partir da descontinuidade do cuidado, o qual mostrou-se fragmentado, focado no biológico, atribuído à falta de acesso e incipiência na coordenação no âmbito do sistema público de saúde.

A literatura científica descreve barreiras para o acesso aos serviços de saúde, sobretudo em regiões de fronteira, considerando a sobrecarga nos serviços pela proximidade geográfica interpaises, insuficiência de serviços públicos de saúde nos países vizinhos, facilidade de atendimento e qualidade da atenção à saúde no SUS¹². Estes aspectos resultam em desassistência para a população local, no que se refere a promoção, prevenção e tratamento de agravos.

Neste estudo, sobressaíram-se as barreiras geográficas e organizacionais, pela distância e tempo gasto pelo usuário até obter os cuidados de saúde e a forma que os serviços se organizam para

atender seus usuários¹³, dificultando o tratamento oportuno do câncer de mama.

Com respeito aos protocolos de atendimento na APS e à rigidez nos horários de funcionamento de UBS, salienta-se que estes podem engessar as práticas em saúde. A sobrecarga nos serviços de saúde devido a demanda espontânea intensa nessas regiões¹² e a falta de profissionais foram pontos evidenciados como barreiras organizacionais¹⁴.

Face à superação de barreiras para o acesso, as participantes usaram de persuasão para superar desafios e garantir o atendimento, necessitando inclusive atravessar a fronteira internacional para ter acesso ao serviço de que precisa, por considerar a rapidez e um custo mais acessível. Isso se faz necessário pois muitos profissionais se encontram atrelados às relações burocráticas, que os tornam pouco acolhedores e articuladores de informações desconstruídas¹⁵, sobretudo quando se trata de usuários que buscam atendimento de saúde fora de seu país de residência¹⁶.

Outro aspecto importante a destacar são as competências relacionais, preparo psicossocial para apoiar as intervenções de saúde e cuidado humanizado. A vinculação terapêutica e responsabilização deve fazer parte do cotidiano das mulheres com câncer de mama, as quais se tornam fragilizadas quando não há continuidade do cuidado^{5,17}.

A ausência de responsabilização por parte dos profissionais e serviços retrata situações de abandono e desconfiança. O acolhimento é uma ação em saúde essencial para a longitudinalidade¹⁷.

Algumas participantes descreveram que o enfermeiro foi um agente que dificultou a longitudinalidade. Esse, muitas vezes coordenador do serviço, pode e deve gerenciar de forma facilitadora, criando oportunidades para o cuidado longitudinal, motivando a equipe a realizar assistência qualificada e integrada, tendo em vista sua competência prático-científica e seu papel no processo saúde-doença¹⁸.

A longitudinalidade é construída a partir do diálogo, escuta e interação entre os sujeitos e confiança entre profissional-usuário¹⁹ e pode se tornar um desafio para equipes em constante rotatividade. A falta de comunicação entre os serviços impediu o compartilhamento de informações entre APS e atenção especializada, essencial para a atenção continuada e integral^{5,20}.

Para a APS, gerar saúde integral é primordial e não envolve apenas a mudança de condutas para com os indivíduos, mas o uso das tecnologias leves, leve-duras e duras, que complementam as ações em saúde²¹. As mulheres com câncer de mama nem sempre houve acesso à essas tecnologias de cuidado.

Em mais de três décadas, o SUS ainda encontra desafios, consequência de contextos políticos e econômicos que resultam na falta de orçamento, subfinanciamentos e instabilidade governamental e populacional^{22,23}, sobretudo em regiões de fronteira, devido a falta de políticas de saúde específicas e efetivas para atender o contingente transfronteiriço.

O agravante que converge a (des)coordenação da saúde em regiões de fronteira envolve a incapacidade dos sistemas de saúde em proporcionar os devidos recursos para atender as demandas das pessoas, especialmente para o câncer de mama. Esses desafios precisam ser superados no âmbito do SUS, particularmente em regiões de vulnerabilidade^{5,24,25}.

A atenção à mulher com câncer de mama na APS é considerada um processo complexo, pois cada ligação entre seus atributos possui características únicas que divergem entre si e envolvem profissionais-usuários singulares, em diferentes cenários^{5,26,27}. É relevante exaltar as relações entre cada fenômeno e seu contexto, isto é, como uma mudança local se reproduz no todo (SUS) e como uma mudança no todo se reproduz sobre as partes (APS)²⁸.

Fundamentada no Paradigma da Complexidade, o Princípio Dialógico foi retratado na dualidade⁹. Pela dialógica, percebem-se contradições entre o preconizado por leis e protocolos do SUS com o que se desenvolve na prática^{7,25}. No acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado à mulher com câncer de mama as contradições e discrepâncias de ideias e circunstâncias que apareceram.

Para o acesso, as divergências se relacionam à falta de acolhimento nas esferas de atenção. As partes relacionadas às barreiras geográficas (necessidade de cruzar a fronteira internacional para acessar os exames para o diagnóstico, com preço acessível) e organizacionais (fragilidade no fluxo, na estruturação e organização do atendimento a mulher com câncer de mama na esfera municipal) dificultaram a contemplação do todo, que envolveu o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico, tratamento e cura do câncer de mama.

Para a longitudinalidade, as contradições arroladas se referiram à não-responsabilização, ausência de vínculo, falta de comunicação e desconfiança entre usuáries-profissionais, com ênfase no enfermeiro.

As contradições reportadas para a integralidade relacionaram-se ao olhar biológico e fragmentado em detrimento da promoção da saúde e prevenção de agravos, somadas à ineficiência do processo de gestão de tecnologias para estruturar o cuidado integral. Para a coordenação do cuidado, as divergências envolveram as dificuldades para conseguir consultas médicas, ausência de fluxos de atendimento para os serviços de referência em oncologia, discordância entre profissionais, morosidade na aquisição de exames e atendimento ineficaz dos profissionais de saúde.

Diante das desordens elencadas a partir dos atributos da APS e da complexidade da fronteira, o Princípio Dialógico viabiliza contemplar como os serviços de saúde se deparam com desafios cotidianos. Para uma APS bem-sucedida, é necessário articular os atributos, organizados em uma RAS eficiente, humanização e acordos interpaises em busca de fortalecer políticas públicas

conjuntas. Os profissionais precisam compreender que em situações de “desordens”, torna-se relevante refletir para descobrir se a APS tem sido eficiente no âmbito do SUS²⁸.

Quando se associa o Princípio Hologramático aos atributos da APS, entende-se que é preciso considerar que o profissional da saúde deve conhecer as concepções do cuidado, lançando mão dos atributos da APS⁵ como ferramenta para construir o cuidado e sua dinâmica com as RAS²⁸.

A figura da APS é utilizada no entendimento das especificidades e variedades que se mantêm ligadas entre si na busca e determinação do cuidado integral, com práticas eficientes para atenção à mulher com câncer de mama. Nesse cenário, ao se deparar com fatores sociais, epidemiológicos e demográficos, determinantes para o risco de adoecer, sob o olhar do Princípio do Círculo Recursivo, as relações e decisões poderão determinar as ações e estender o cuidado^{9,10}. Os efeitos são causadores e produtores do próprio processo, para as mulheres com câncer de mama, esse princípio se externou nos problemas experienciados no acesso, longitudinalidade e integralidade.

Para o Princípio Organizacional, observa-se que a APS deve ser como um movimento complexo em que os atributos propostos para o cuidado constroem o todo, composto por várias partes^{9,15}. Esse princípio proporcionou entender como as participantes se organizaram (partes) para alcançar os atributos (todo) propostos e obter o cuidado integral. Além disso, para compreender como as RAS estão organizadas, foi necessário conhecer a APS e o serviço de referência para oncologia (as partes) em contexto fronteiriço e o sistema de saúde e as conexões das ações para cuidar (o todo).

Conectar os princípios da teoria da complexidade com os atributos da APS e o câncer de mama, permitiu refletir sobre o sistema de saúde frente a um problema complexo. Tanto os profissionais quanto os usuários convivem em um sistema de saúde com normas, regras e rotinas refreadas e burocratizadas que precisam ser enfrentadas e superadas cotidianamente para alcançar o cuidado em saúde⁹.

Para concluir, o estudo apontou que os atributos essenciais da APS não estiveram presentes em sua totalidade para o cuidado à mulher com câncer de mama, e embora tenha mostrado a situação complexa e vulnerável para o atendimento de saúde aos usuários de uma região de fronteira, esta reflete o cenário experienciado pela população para a atenção à saúde em grande parte do território brasileiro.

Quanto às limitações do estudo, ressalta-se a participação apenas de mulheres residentes no Brasil, considerando as dificuldades para adquirir as autorizações dos serviços dos países vizinhos para a coleta de dados. Este fato pode ter impossibilitado a compreensão dos rearranjos dos sistemas públicos de saúde do Paraguai e Argentina, na perspectiva das usuáries, para atender o câncer de mama em região de fronteira.

REFERÊNCIAS

1. Jalambo M, Kanoa B, Kareri M, Younis S, Aljazzar S, Ellulu M. Women's knowledge, attitude and practices about breast cancer in Gaza Strip, Palestine. *Public Health Prev Med.* 2020;6(1):1-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VCS, Gutiérrez MGR, Figueiredo EN. Primary care nurses' role in the control of breast cancer. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700002>
4. Barros AR, Coelho EAC, Barradas ACC, Luz RT, Carvalho MFAA, Sobral PHAF. Strategies of women before the low problem-solving capacity of primary health care. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:e18319. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.18319>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
6. Santos CT, Rizzotto MLF, Carvalho M. Public funding for health care in municipalities of the state of Paraná located in the border region (2000-2016). *Cogitare Enferm.* 2019;24:e61110. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61110>
7. Oliveira SB, Soares DA. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde Debate.* 2020;44(124):169-81. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012412>
8. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KMJ, Almeida AM, Gutiérrez MGR. Brazilian breast cancer care network: the perspective of health managers. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):274-81. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>
9. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5 ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
10. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
12. Aikes S, Rizzotto MLF. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saude Soc.* 2020;29(2):e180196. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902020180196>
13. Figueiredo DCMM, Shimizu HR, Ramalho WM. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cad Saude Colet.* 2020;28(2):288-301. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>
14. Schimith MD, Budó MLD, Weiller TH, Prates LA, Wilhelm LA, Alberti GF. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2019;9:e17. <https://doi.org/10.5902/2179769228053>
15. Costa NMMR, Lemos RCA, Oliveira OS, Sgotti GB. Acolhimento: percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência. *Rev Enferm UFSM.* 2018;8(3):576-90. <https://doi.org/10.5902/2179769229808>
16. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2015;20(7):2135-45. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>
17. Kesler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LF, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinality of primary health care: an evaluation from the perspective of users. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):186-93. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
18. Schneider F, Kempfer SS, Backes VMS. Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03700. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019043403700>
19. Rocha ESC, Pina RMP, Parente RC, Garnelo MLP, Lacerda RA. Longitudinality and community orientation in the context of indigenous health. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190872. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0872>
20. White MC, Kavanaugh-Lynch MHE, Davis-Patterson S, Buermeier N. An expanded agenda for the primary prevention of breast cancer: charting a course for the future. *Int J Environ. Res. Public Health.* 2020;17(3):714. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030714>
21. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2020;24(Supl.1):e190609. <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>
22. Rabelo ALR, Lacerda RA, Rocha ESC, Gagno J, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180841. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0841>
23. Lazarini WS, Sodré F. O SUS e as políticas sociais: desafios contempor neos para a aten o primária   saúde. *Rev Bras Med Fam Com.* 2019;14(41):1904. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1904](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1904)
24. Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. The role of public health managers in a border region: a scoping review. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):229-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900031>
25. Sousa SMMT, Carvalho MGFM, Santos J nior LA, Mariano SBC. Access to treatment of women with breast cancer. *Saude Debate.* 2019;43(122):727-41. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>
26. Lakha F, Suriyawongpaisul P, Sangrajrang S, Leerapan B, Coker R. Breast cancer in Thailand: policy and health system challenges to universal healthcare. *Health Policy Planning.* 2020;35(9):1159-67. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa063>
27. França TG, Carvalho LEW. Breast cancer in the state of Par , Brazil, and the role of Liga Acad mica de Oncologia on the promotion of women health: an experience report. *ABCS Health Sci.* 2017;42(3):166-9. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i3.924>
28. Cabral MFCT, Viana AL, Gontijo DT. Use of the complexity paradigm in the field of health: scope review. *Esc Anna Nery* 2020;24(3):e20190235. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0235>