

Política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas: um olhar pautado em Zygmunt Bauman

National policy for the prevention and control of cancer in the health care network of people with chronic diseases: a view based on Zygmunt Bauman

Política nacional para la prevención y el control del cáncer en la red de atención de la salud de personas con enfermedades crónicas: una visión basada en Zygmunt Bauman

Recebido: 07/05/2020 | Revisado: 08/05/2020 | Aceito: 11/05/2020 | Publicado: 20/05/2020

Antonio Jorge Silva Correa Júnior

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1665-1521>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: juniorjorge_94@hotmail.com

Mary Elizabeth de Santana

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3629-8932>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: betemary@terra.com.br

Helena Megumi Sonobe

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3722-0835>

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: megumi@eerp.usp.br

Resumo

O artigo tem por objetivo debater a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, abordando a prevenção e os cuidados paliativos na perspectiva sociológica de Zygmunt Bauman. Destacaram-se as relações dos profissionais da saúde com usuários nos diferentes níveis, “glocalização”, individualização social, autodeterminação e a premência de ações no contexto microssocial tomando como exemplo a entrevista motivacional na Atenção Primária à Saúde; nos cuidados paliativos fortificados ainda pela Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 e pelo programa Melhor em Casa, focalizou-se o planejamento estratégico-

organizacional destes serviços como na inclusão da família e comunidade, avaliando indicadores sociológicos de territorialidade como a regionalização da política além da primazia pelo processo comunicacional entre equipe-família-adoecido. A ancoragem na sociologia baumaniana permite além da exploração teórica, a dissecação de pontos cruciais e proposições. Corroboramos para a Atenção Primária no rastreamento, ações de autocuidado apoiado e a cultura participativa no contexto microssocial brasileiro para favorecer a resolução de problemas macrossociais.

Palavras-chave: Política de saúde; Atenção oncológica; Sociologia; Sistema único de saúde; Autocuidado.

Abstract

The article aims to discuss the National Policy for the Prevention and Control of Cancer in the Health Care Network of People with Chronic Diseases within the scope of the Unified Health System, addressing prevention and palliative care in the sociological perspective of Zygmunt Bauman. The relationships between health professionals and users at different levels, “glocalization”, social individualization, self-determination and the urgency of actions in the microsocial context were highlighted, taking as an example the motivational interview in Primary Health Care; in palliative care further strengthened by Resolution number 41 of October 31, 2018 and the Best at Home program, the strategic-organizational planning of these services was focused on the inclusion of family and community, evaluating sociological indicators of territoriality such as the regionalization of politics in addition to the primacy for the communicational process between team-family-sick. Anchoring in Baumanian sociology allows, in addition to theoretical exploration, the dissection of crucial points and propositions. We corroborate for Primary Care in screening, supported self-care actions and participatory culture in the Brazilian microsocial context to favor the resolution of macro-social problems.

Keywords: Health policy; Cancer care; Sociology; Health unic system; Self-care.

Resumen

El artículo tiene como objetivo discutir la Política nacional para la prevención y el control del cáncer en la red de atención de la salud de las personas con enfermedades crónicas en el ámbito del Sistema Único de Salud, abordando la prevención y los cuidados paliativos en la perspectiva sociológica de Zygmunt Bauman. Se destacaron las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios en diferentes niveles, la “glocalización”, la individualización social, la autodeterminación y la urgencia de las acciones en el contexto

microsocial, tomando como ejemplo la entrevista motivacional en Atención Primaria de Salud; En los cuidados paliativos fortalecidos aún más por la Resolución N ° 41 del 31 de octubre de 2018 y el programa Mejor en casa, la planificación estratégica-organizativa de estos servicios se centró en la inclusión de la familia y la comunidad, evaluando indicadores sociológicos de territorialidad como la regionalización de la política. Además de la primacía para el proceso comunicacional entre el equipo-familia-enfermo. El anclaje en la sociología baumaniana permite, además de la exploración teórica, la disección de puntos y proposiciones cruciales. Corroboramos la atención primaria en el cribado, apoyamos acciones de autocuidado y cultura participativa en el contexto microsocial brasileño para favorecer la resolución de problemas macro-sociales.

Palabras clave: Política de salud; Cuidado del cáncer; Sociología; Sistema unico de salud; Autocuidado.

1. Introdução

No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 definiu as metas para a Atenção Oncológica. Pressupondo o início do tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) no máximo em 60 dias após o diagnóstico oncológico desde o ano de 2013, para diminuir o tempo de espera, o papel do Estado e dos municípios foi definido no diagnóstico e no tratamento nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Saúde (UNACON) (Brasil, 2016).

A difícil acessibilidade aos CACON remete ao diagnóstico tardio, diminuindo as chances de cura e colocando o foco na necessidade de tratamento paliativo. A universalização do Sistema Único de Saúde (SUS) é excludente em sua implementação apesar de em tese visar atendimento de todas as camadas sociais por meio da hierarquização, atendimento de ações programadas com exames de baixa densidade tecnológica, referências ao atendimento especializado ou níveis superiores (Alcantara *et al.*, 2013; Gawryszewski *et al.*, 2012).

Considerando a transição epidemiológica como desafiadora por ter deslocado a mortalidade dos mais jovens para os idosos, a questão central passa a ser a formulação e operacionalização de políticas de saúde para as doenças não transmissíveis (Inca, 2018), e o Ministério da Saúde enfatiza o papel da Atenção Primária a Saúde (APS) como no acesso, sensível ao rastreamento e a prevenção de doenças como o câncer, indicando uma reforma na indução da busca de serviços de atendimento. A Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013

instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCCa) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, dando a APS suas devidas responsabilidades nas ações de promoção da saúde, prevenção em relação aos fatores de risco, avaliação da capacidade para o autocuidado, rastreamento mediante protocolos e diretrizes nacionais de atendimento e encaminhamento para confirmação diagnóstica (Brasil, 2013a).

Nos cuidados paliativos oncológicos não é diferente, pois conceitualmente trata-se da prevenção e o alívio do sofrimento biopsicossocial e espiritual requerido por quem experiência problemas de saúde graves, crônicos e limitantes de vida, promovendo a dignidade, elevação da qualidade de vida e o ajuste a progressividade (UVIC; WHO; WHPCA; La Caixa, 2017). Ao entrar na “fase ativa de morte” mais procedimentos são considerados fúteis como os sedativos e anestésicos para sustentar a vida e a comunicação incompleta, constituindo-se legalmente por constrangimento ilegal como a Resolução nº 1805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina já garante (Carvalho, 2018).

Perante tais atribuições o papel do Estado social-democrata no mundo neoliberal, não poderia ser mais árduo, engendrando e implantando políticas de saúde que pugnem a tônica “não intencional” pós-moderna globalizada – a de que a saúde, pobreza e velhice são problemas individuais. Zygmunt Bauman (1925-2017) prefere considerar que os neoliberais não estejam esvaziando o Estado e sim, reimplantando-o, seus artificios seriam as “políticas da vida” para refrear ou atenuar condições criadas pela própria pós-modernidade (Bauman & Haugaard, 2008), onde se enquadram os efeitos mórbidos de adoecimento da civilização como afirma Carvalho (1996).

Destarte, o presente artigo tem por objetivo debater a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, abordando a prevenção e os cuidados paliativos na perspectiva sociológica de Zygmunt Bauman.

2. Metodologia

Uma pesquisa visa alcançar novos saberes para a sociedade como preconiza Pereira et al. (2018). As pesquisas para terem validação na comunidade científico-acadêmica precisam seguir critérios entre os quais um dos mais importantes é a metodologia que no presente estudo é uma pesquisa qualitativa. Trata-se de um estudo de conteúdo analítico-reflexivo a partir de revisão bibliográfica, com a finalidade de debater a política de saúde brasileira para a

Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os desígnios da política estão expressos na portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, disponível em meio online e que foi impressa e fichada previamente. Optou-se pela perspectiva de Zygmunt Bauman como suporte teórico, fundamentados nos livros “Aprendendo a pensar com a sociologia” (2010) e “Estado de Crise” (2016) que foram fichados previamente e cujos coautores são Tim May e Carlo Bordoni, respectivamente o primeiro é professor britânico de método sociológico em pesquisas urbanas, desenvolvimento de políticas, mudança organizacional e teoria política e o segundo sociólogo italiano, jornalista e ensaísta.

Assim, a primeira ferramenta metodológica foi a revisão de bibliográfica de literatura de sete etapas conforme Gil (2019): elaboração do plano de revisão, identificação das bases de dados e fontes (online e livros), leitura do material, destaque de trechos, fichamento, divisão lógica do trabalho e redação do texto. O Portal da Biblioteca Virtual de Saúde e a *Public Medline* foram os motores de busca empregados para captação de artigos, com os termos: autocuidado, política pública, câncer, prevenção de doenças e descentralização. As questões sobre o objeto foram: Como pensar em ferramentas de autocuidado dentro da PNPCCa?; Como a *glocalização* e autodeterminação como descritas em Bauman relacionam-se com a PNPCCa?; Quais esforços organizacionais, atitudinais e de gestão são urgentes para os cuidados paliativos como abrangidos pela PNPCCa?

A análise do conteúdo intelectual procedeu-se conforme o discurso do método:

- 1) não aceitar algo como verdadeiro primariamente, deixando claras as dúvidas;
- 2) dividir os impasses em parcelas possíveis objetivando melhor conformação do texto para elucidar o objeto;
- 3) começar a explicar dos temas mais simples até os temas compostos, mesmo que por uma ordem não natural que excede aquela que estão naturalmente dispostos;
- 4) fazer enumerações, revisões e tomar precauções para que pouco ou nada seja omitido (Descartes, 2013).

No primeiro eixo explicou-se como a sociologia estandardizada por Bauman possui a intenção de analisar os problemas sociais “individuais” pós-modernos, tornando-os resolvíveis por intermédio do esforço coletivo; no segundo eixo analisaram-se alguns desdobramentos da RAS oncológica com especial cerne para *glocalização*, autocuidado apoiado, autodeterminação, cultura participativa e sugeriu-se como ferramenta a entrevista

motivacional; no terceiro eixo os cuidados paliativos são abordados em sua complexidade na PNPPCa, Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 e programa Melhor em Casa, no alinhamento aos esforços de inclusão da família-comunidade e planejamento estratégico-organizacional alinhado a regionalização para sua implantação exitosa na APS.

3. Resultados e Discussão

3.1. Contribuições da sociologia baumaniana para este debate da saúde

A exploração da PNPPCa possibilita vislumbrar os papéis do governo municipal, estadual e federal, bem como as relações hierárquicas de atenção à saúde, cultura participativa e gestão do cuidado preventivo. Neste artigo focalizamos majoritariamente a pertinência do conceito de *glocalização* para o debate das políticas públicas e formas eficazes de implantação das mesmas, haja vista a sobreposição de problemas globais nos municípios (Bauman & May, 2010; Bauman & Bordoni, 2016). Em uma citação direta de Bauman & Bordoni (2016, p. 150) esclarecemos a diferença em relação a *globalização*: “‘Glocalização’ quer dizer centros locais de conserto fornecendo serviços e reciclando a produção da indústria global de problemas.”

A sociologia apresenta um olhar analítico sobre a vida cotidiana e instituições, conferindo uma estruturação questionadora sobre a realidade social e gerando novos entendimentos, tem o papel de não confundir conhecimentos já consagrados explicando o que se encontra “entre parênteses” e somando ao quadro teórico do objeto estudado. O papel dos intelectuais (acrescentamos pesquisadores) é prático e não seria mais o de estudar a realidade longe das construções e racionalidades do Estado, o papel do intelectual é traduzir e interpretar a situação social por meio destas construções e da pós-modernidade (Bauman & May, 2010; Campbell *et al.*, 2018).

A modernidade líquida supera o conceito de pós-modernismo, liquidez e solidez coexistem distintivamente e as constantes transformações afetam a identidade e autoconstrução da individualidade (Palese, 2013). Portanto, a modernidade líquida ou o que restou dela como afirmava, dissolveu a ideia de cidadania coletiva sob o qual muitas políticas foram idealizadas, permitindo o gerenciamento fragmentado de interesses individuais na esperança que problemas públicos se transformem em problemas privados (Campbell *et al.*, 2018).

Carlo Bordini, em colaboração com Zygmunt Bauman, conceitua a sociologia pós-moderna como resultante da dissolução de várias ideologias de explicação dos fenômenos do mundo moderno em colapso econômico e social, produzindo ensaios acerca de temas abrangentes. A mudança, individualismo e globalização são os objetos de debate mediante um modelo flexível-explicativo (Bauman & Bordini, 2016). O pensamento metafórico baumaniano ganhou destaque a partir do ano de 2000, a liquidez era uniformemente descrita como conceito de análise e crescente ausência de centro regulador e solidez do conjunto social (Campbell *et al.*, 2018). A dessocialização é outro efeito particularmente problemático das fases extremas dos processos de individualização, pois embora os sistemas sociais estejam inovando na comunicação e interação com os usuários a fim de lhes proporcionarem segurança e bem-estar, aumentam a distância entre o homem, o *Self* e entre o homem seus semelhantes partindo da premissa massificante (Palese, 2013).

O cuidado e promoção à saúde estão organizados em redes, mas com focos internos e prioritários que não se comunicam bem entre si tornando a busca pela assistência um “jogo” individualizado por melhores perspectivas em meio a um tecido social pouco coeso. As “fileiras do jogo” de cidadãos esperando boas oportunidades como afirmou em entrevista a Mark Haugaard, comparam-se em nossa arguição a busca pela assistência oncológica no SUS na peregrinação de usuários com o mesmo diagnóstico pelos diversos níveis (Bauman & Haugaard, 2008). Estabeleceu-se para o debate uma interface com: individualização social, globalização, autodeterminação e comunicação e planejamento estratégico-organizacional.

3.2. A rede de assistência oncológica, sua organização e dinâmica

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram no Reino Unido em 1920, alicerçando uma política de proteção social após a Primeira Guerra Mundial com o Relatório Dawson. A RAS preconiza relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção tendo APS como núcleo e hierarquia assistencial que implanta os pressupostos de acessibilidade, longitudinalidade e a integralidade; com base nas necessidades de uma população específica, cuidado continuado e multiprofissional. No Brasil nascem de uma leitura crítica das ações programáticas e programas de saúde, oriunda do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que priorizou diretrizes e normas que demonstram como fluxos são operados em redes de atenção especializada e não no conjunto do sistema. Para tanto, o primeiro contexto microssocial é a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituída basicamente por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários

(Baratieri & Marcon, 2011), as ações programáticas estão geralmente na rede básica e em demandas de Vigilância da Saúde e objetivando não apenas aumentar a promoção e recuperação da saúde em grupos vulneráveis, como também na saúde binômio mãe-criança, adolescentes e rede de atendimento domiciliar (Nascimento & Nascimento, 2005).

Há dois tipos de relações neste nível, as relações hierárquicas horizontais com valorização cooperativa da equipe mínima como uma cadeia produtiva integrada horizontalmente composta por cadeias produtivas menores e semelhantes. A segunda é uma relação de integração vertical pela composição da RAS por unidades diferentes entre si, no concernente às características e densidade, integrando-as mais robustamente (Mendes, 2011).

As relações horizontais da RAS no seguimento da PNPCCa incluem em uma esfera centralizada às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. Esta última dá o prosseguimento na pactuação regional com o colegiado de intergestores regional e de intergestores bipartite, planejando programas e a contratação de serviços quando o município não dispõe de autossuficiência. As secretarias de saúde estaduais regulam o fluxo na RAS pelos mecanismos de referência e contrarreferência, coordenam a implantação e manutenção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (Brasil, 2013a).

Realisticamente sabe-se que a acessibilidade a RAS é fragilizada, como no trabalho de Gawryszewski *et al.* que examinou as práticas de regulação e encaminhamentos da atenção básica para redes especializadas (2012, p. 125):

[...] o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictícia e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. Os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados.

A falta de um poder regulatório centralizado forte do Estado culmina na oscilação entre sensação de proteção e de opressão, assim como de direitos e deveres, pois o Estado oferece vantagens e auxílio, porém interfere, pune ou oprime. Duas tendências polarizam tal dinâmica, a primeira a preferência da população pela maximização de escolhas e direitos; e a segunda são as impressões positivas e negativas a respeito do Estado a depender das condições e posições sociais oferecidas. Os governos são hábeis na universalização da

individualização e privatização dos desafios e preocupações da vida, a judicialização contemporânea inventou atalhos ora virtuais, ora genuínos, capazes de romper distâncias como em um salto entre o que era coletivo para o que é completamente individual, enfraquecendo a coesão social e superando individualmente demandas coletivas (Bauman & Haugaard, 2008; Bauman & May, 2010).

Neste meandro, a glocalização dos problemas parece a solução nas localidades que atuam cotidianamente como laboratórios de decifração, projeção e improvisação de respostas. A autonomia de municípios (e seus gestores) concorre com os ditames da ordem global, tentando reparar as desigualdades (Bauman & Bordoni, 2016) e os direitos dos cidadãos sofrem abalo quando as ações estatais são desconhecidas, não compartilhadas, e/ou frágeis, pois um Estado que dota seus cidadãos de direitos, mas não oferece clareza e eficiência de fluxos está fadado a ser não resolutivo.

A dissonância destas ações agudiza quando os problemas sociais globais, convertidos em locais são tratados individualmente, pensando nisto a gestão das necessidades de uma população deve considerar aspectos culturais ao transversalizar o princípio da equidade permitindo ao gestor moldar as políticas públicas às características do território. Considerando-se que aquilo que costumava ser realizado com naturalidade nas sociedades que precederam as pré-industriais e pós-modernas, uma prática político-administrativa consciente, converte-se em uma questão de legislação e planejamento das divisões organizacionais (Campbell *et al.*, 2018; Bauman & May, 2010).

Para o fortalecimento da prevenção no bojo de programas como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, estratégias como de rastreamento de câncer de mama (mamografia), câncer de colo de útero (Papanicolau) e câncer colorretal por meio do teste de sangue oculto nas fezes na APS (Mendes, 2011) são recomendadas pela literatura. Cabe indicar que o rastreamento só é indicado para os dois primeiros tipos de câncer na rede, pelo motivo que haveria a necessidade de uma rede muito ampla capaz de comportar também a confirmação diagnóstica e tratamento significativos, tratando-se do câncer de cólon tal confirmação se dá pela colonoscopia e sabe-se que o teste de sangue oculto nas fezes tem potencial para consideráveis casos de falsos positivos, aumentando assim a demanda desnecessária por colonoscopias.

A superação de dificuldades seria mediada pela “cultura participativa” com a construção de uma rede que congrega Estado, governantes, gestores e usuários (Ventura *et al.*, 2017). Entretanto para a efetivação da acessibilidade ainda são visíveis os obstáculos de natureza cultural, relacional e política sob os quais nos debruçaremos. Como experiência no

manejo da saúde de pessoas com doenças crônicas na PNPCCa, o *Chronic Care Model* é uma alternativa estruturada em seis momentos: definição de missão e valores, planos estratégicos e lideranças (organização da APS); definição dos cuidados necessários à população adstrita (desenho do sistema e prestação de serviços); prática baseada em evidências transformando as costumeiras diretrizes em produtos educacionais (suporte às decisões); registro em prontuários sobre riscos para desenvolvimento da doença por meio de *feedbacks* para a equipe de saúde (sistema de informação); e fomento da responsabilidade do usuário com tecnologias de autocuidado (Mendes, 2012; Epping-Jordan *et al.*, 2004; Barr *et al.*, 2003).

Há evidências bibliográficas acerca de estratégias de autocuidado para serem implementadas localmente: capacitar usuários não unicamente falando sobre capacidades de escolha, mas também explicando satisfatoriamente preceitos da autonomia por intermédio de uma abordagem ética aprimorada (Williamson, 2014); engendrar grupos comunitários e organizações não governamentais de autocuidado apoiado (Epping-Jordan *et al.*, 2004); criação de comunidades locais de prática regionalmente por meio de webinários com consultores especializados que sirvam como uma base local de informação para autocuidado, ação e pesquisa (Sindall, 2001; Sarfaty *et al.*, 2013); intervenções e cursos de promoção à saúde para influenciar as escolhas alimentares e os padrões de vida e consumo (dieta, atividade física, abandono do tabaco, comunicação de doenças, prevenção e controle com exercícios físicos e de respiração), no pós-alta e pós-atendimento (Sindall, 2001; Wilson & Mayor, 2006; Foltz *et al.*, 2013; Rouhollahi *et al.*, 2014); no nível microssocial fazer planos de ação e autogerenciamento da doença crônica cuja manutenção será fornecida pelo *feedback* dos participantes no início de cada atendimento (Wilson & Mayor, 2006; Ercolano *et al.*, 2016); e disseminar descobertas de pesquisas e outras informações relevantes aos usuários do serviço (Epping-Jordan *et al.*, 2004). O autocuidado apoiado é debatido como um processo educacional, por exemplo: hábitos saudáveis de vida no ambiente escolar; a necessidade de conscientização para autocuidado masculino (Alencar *et al.*, 2008; Ferreira, 2018); oficinas de nutrição e suporte psicológico (Mendes, 2012; Alencar *et al.*, 2008); e o autoexame das mamas para detecção de lesões e autoconhecimento feminino (Barduchi Ohl *et al.*, 2016).

Tais estratégias centradas no usuário suscitam a questão da “autonomia individual” como seguimento da prática administrativa moderna, equipando-se de vias de autonomia em todas as suas manifestações: iniciativa para fazer algo por si, preferências, vínculos com aqueles que lhes são significativos e consideração de princípios comportamentais (Bauman & Haugaard, 2008). A responsabilidade do usuário para o autocuidado apoiado é uma das

tecnologias que legitima a relação de cidadania e Estado, cujo conceito é cunhado à revelia da concepção didática de sujeito de direitos e deveres (Bauman & May, 2010, p. 219):

[...] a cidadania se refere à capacidade de influenciar a atividade do Estado e de participar da definição e da administração da “lei e da ordem”. Para exercitar na prática tal influência, os cidadãos devem desfrutar de certo grau de autonomia com referência à regulação. Deve haver, em outras palavras, limites à capacidade do Estado de interferir nas ações dos indivíduos.

Bauman & May (2010) conceituaram “tecnologias” como ferramentas utilitárias da vida moderna a favor de nossas necessidades, do desenvolvimento de nossas habilidades e geradoras de graus de dependência. Os papéis dos usuários diante destas na era do acesso à informação determinam modelos de atendimento para estruturação da assistência à saúde e para otimização de estratégias efetivas, porém é necessário oferecer aos usuários um guia sobre responsabilidade e autodeterminação. A autodeterminação não é impositiva, é a sensibilização para o aumento da prática de atividade física, ingestão de frutas e hortaliças, aleitamento materno exclusivo até seis meses, redução do consumo de sal, do tabagismo e do etilismo, recomendados no Plano Nacional de Saúde de 2016-2019 (Brasil, 2016) e assegurados no Artigo 7º: “fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas cujo objeto seja a criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado” (Brasil, 2013a).

Por outro lado, a liberdade para autodeterminação (a conduta de controlar a própria vida) é pregada de forma sedutora na pós-modernidade, porém ressalta-se que toda ação individual afeta o meio extrínseco. A ação do sujeito envolve circunstâncias históricas e experiências pessoais, e a desigualdade social está vinculada a uma sociedade com desigualdade de opções de escolhas para a população e, ao assumir o autocuidado apoiado, a pessoa deverá ser capaz de modificar bruscamente seu agir em busca de suas metas e apesar da aquisição de novas competências nem sempre serão totalmente alcançáveis (Bauman & May, 2010). Na saúde a ingerência dos fatores de autocuidado apoiado como estratégia preventiva do câncer influenciará o alcance de resultados esperados para a política, como a limitação da cultura participativa, desarticulação social, mitigação da comunicação entre esferas governamentais e grupos civis, além da ineficiência dos conselhos (Ventura *et al.*, 2017).

Pensando nisto, seguindo o conceito de glocalização para Bauman e Bordoni (2016) ponderar os municípios como laboratórios de possibilidades é a saída, contrapondo o ceticismo sobre o papel dos mesmos na geração de micromudanças para refrear a crise do SUS (Mendes, 2012). Cabe ao profissional garantir a longitudinalidade e integralidade para dar respaldo às reivindicações e engajamento local, na literatura brasileira a longitudinalidade ainda é pouco explorada, porém trata-se do cuidado duradouro e planejado pressupondo uma relação terapêutica (Baratieri & Marcon, 2011). Na APS a expressão “continuidade do cuidado” é enxergada pelas estruturas operacionais da PNPCCa como atenção domiciliar, atenção especializada oncológica (atenção ambulatorial, hospitalar e redes de urgência e emergência), regulação, sistemas logísticos de transporte de usuários, sistemas de apoio relativos a informação acerca das etapas que cada usuário percorreu e por fim os componentes de governança (Brasil, 2013a).

Esta continuidade do cuidado compreende o biopsicossocial, aproximação, manutenção de boas condições de saúde e otimização de recursos materiais, de infraestrutura e humanos (Cunha & Giovanella, 2011). Acompanhar condições de saúde alusivas à continuidade na PNPCCa como a prevenção, diagnóstico e tratamento são definidas como responsabilidades da política (Artigo 21, IX e XX), por meio ainda da auditoria da regulamentação dos componentes da rede, fluxos de atendimento para monitoramento do acesso e tempo de espera para o início do tratamento (Brasil, 2013a).

Em relação à integralidade do cuidado no SUS os grandes desafios são a sua fragmentação, precarização dos contratos de gestão, terceirização e privatização, corroborando com o ideal de APS voltada ao oferecimento de serviços mínimos aos mais pobres (Martins & Hora, 2017). Ações resolutivas processam-se por meio da consulta ampliada que permeia escuta ativa de queixas, indagações e esclarecimento de dúvidas com foco no rastreamento e encaminhamento para diagnóstico precoce. Os cânceres passíveis de diagnóstico precoce são: mama, colo do útero, cólon e reto, cavidade oral, próstata, estômago e de pele (tipo melanoma e não melanoma); e os cânceres passíveis de rastreamento a curto, médio e longo prazo: mama, colo do útero, cólon e reto (Inca, 2018), sendo cólon e reto não realizados no Brasil por fatores anteriormente explicitados. Vale ponderar o caráter realista da PNPCCa considerando a urgente necessidade de redução da morbimortalidade para determinados tipos de câncer rastreáveis (Brasil, 2013a).

A cultura e o meio social condicionam os fatores de risco e observa-se uma pluralidade no caso dos modificáveis como o uso de tabaco, ingestão considerável de gordura saturada e pobre em frutas, legumes e verduras, inatividade física, obesidade, consumo

excessivo de bebidas alcoólicas, exposições carcinogênicas, poluição e comportamento sexual. O nível socioeconômico também é um forte preditor por determinar diferenças de convívio social, condições laborais, educacional e intensidade de exposição aos outros fatores de risco (Inca, 2018; Carrapato *et al.*, 2017). Isto nos instiga a um questionamento: seriam aspectos *culturais* ou *naturais* vigentes na sociedade do século XXI?

Para assinalar a diferença entre cultura e natureza recorreremos à questão modificável da essência de qualquer cultura, ou seja, a cultura é a introdução de modificações ou a manutenção forçosa de determinada ordem, ordenada por novas ou antigas regras. A ocorrência de mudanças ou restaurações sem guias de ação ou de conduta levaria a sociedade ao caos e o Estado e as esferas da saúde pública de forma mais geral, são imbuídos de intervir e administrar os determinantes sociais por meio de políticas (Carvalho, 1996, p. 107):

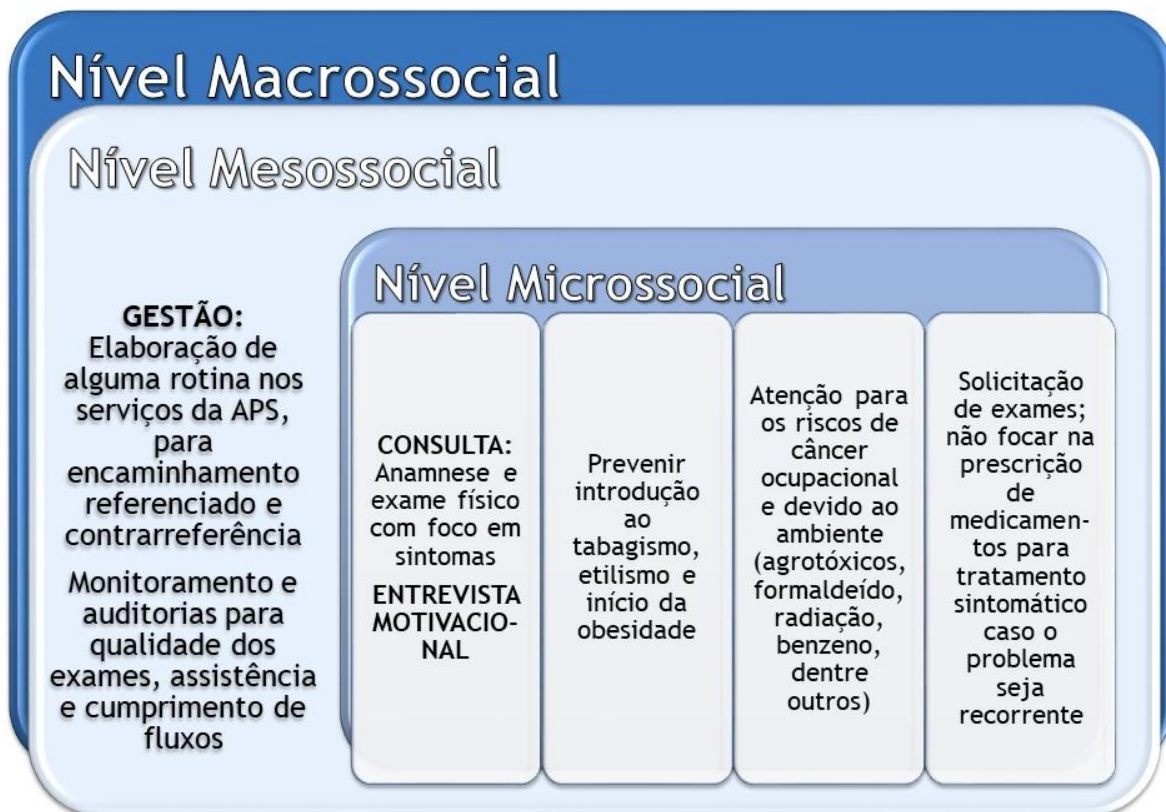
Alimentação, stress, poluição, esgarçamento social (sóciopatias), violência, sedentarismo apresentam-se como ingredientes indissociáveis dos marcos culturais e sociais onde se inscrevem. Mais do que fatores de risco, trata-se de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões - biológica, social e cultural.

Isto está em conformidade com o Artigo 6º da PNPCCa, relacionado a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade estatal e da sociedade civil (Brasil, 2013a). Logo, muitas das ações saudáveis processam-se por ação regulatória do estado como proibições e propagandas para público específico, em uma esfera denominada por Foucault (2016) como governamentalidade em suas instituições, procedimentos, análises, reflexões e estatísticas permitindo exercer poder sobre a população em dispositivos políticos, econômicos e de segurança. O governo se responsabiliza por homens e suas relações com território, costumes, formas de agir e pensar.

Os problemas específicos da população como as doenças crônicas só puderam ser isolados à medida que a arte de governar aprimorava-se, foi então por volta do século XVIII que a família passou a ser instrumento do governo em relação a população, esta última sim, para a qual campanhas e intervenções passaram a ser direcionadas. Foucault (2016) destaca de forma perspicaz que neste meandro a economia é um setor específico da realidade social, assenhoreando técnicas de intervenção do campo da população por meio da consideração da governamentalidade.

Ao pensar em tecnologias de cuidado e autocuidado apoiado dentro do pressuposto da governamentalidade, nos ateremos especificamente a abordagem da entrevista motivacional por ser uma ferramenta que produz cuidados no nível microssocial na PNPCCa, interpelando por seu baixo custo e dando destaque ao estímulo às mudanças comportamentais em consultas, evocando dimensões da autonomia dos usuários compreendendo as motivações para determinados estilos de vida como defendido neste eixo. Conversar sobre mudanças envolve desejos do usuário, capacidade para mudar, razões e comprometimento, definição dos passos a serem realizados e o tripé “perguntar-escutar-informar” com escuta qualificada e acompanhamento em consultas subsequentes (Mendes, 2012). Neste sentido, propõem-se o oferecimento de diretrizes para consultas (Figura1).

Figura 1 – Prevenção na RAS oncológica. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: (Brasil, 2013a; Inca, 2018).

O nível macrossocial é o proposto pela PNPCCa. A gestão dos serviços de APS preferencialmente à nível mesossocial se dá nas secretarias municipais de saúde congregando as instituições participantes dos fluxos de referência e contrarreferência (daí advém a importância de mesmo gestores de CACONS estarem a par do deliberado nas reuniões sobre

Prevenção e Controle do câncer).

No nível microssocial da APS tendo em conta a Prevenção e Controle do câncer, os eixos de ação devem ser melhor explorados pelos profissionais destacando-se a entrevista motivacional contida em Mendes (2012), atenção aos fatores de risco modificáveis, ambientais-laborais e atenção aos problemas recorrentes que facilmente são relegados em prol de uma clínica focada na dade sintomas-fármacos.

3.3. O último nível da RAS oncológica: um ponto para ser (re)explorado

A atenção em cuidados paliativos oncológicos inclui-se no bojo da modernidade na premência de assistência e gerenciamento de qualidade. A Organização Mundial de Saúde reestruturou o conceito primeiramente para pessoas acometidas por doenças incuráveis e para a família secundariamente, acentua-se que no setor público algumas instituições alcançaram nível de excelência como o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Mendes & Vasconcellos, 2015).

O paradoxo da filosofia paliativa advém, majoritariamente, do fato do profissional de saúde acreditar desde a graduação que a morte deve ser combatida veementemente, mesmo que a formação profissional lhes diga que a morte é um processo fisiológico e que os sinais clínicos indiquem quadro paliativo (Carvalho, 2018).

Seus princípios norteadores são conceituados pela Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, em incisos aqui reproduzidos sucintamente:

- I – início precoce visando compreensão do prognóstico de vida restante e sintomas angustiantes;
- II - alívio da dor e sofrimento psicossocial e espiritual dos familiares e adoecido;
- III – trabalhar a aceitação da morte;
- IV – não acelerar nem retardar a morte;
- V - promoção da qualidade de vida;
- VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais;
- VII - sistema de suporte que permita a autonomia;
- VIII - sistema de apoio no quesito luto; IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

X - comunicação sensível, verdadeira e empática no que diz respeito a todas as decisões;

XI - respeito à autodeterminação;

XII – manifestação de preferências para tratamento médico por meio Diretiva Antecipada de Vontade (DAV); e

XIII - esforço para o cumprimento do DAV (Brasil, 2018).

A responsabilidade técnico-profissional é visível no detalhamento da história clínica e exames no prontuário, as denúncias e demandas relacionadas a estes aspectos são consideradas falsidade ideológica (Carvalho, 2018).

O cuidado multiprofissional ocorre desde o diagnóstico até o óbito em enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva, além do seguimento ambulatorial e nas Unidades de Cuidados Paliativos. Internacionalmente considera-se que o sucesso de serviços especializados se deve ao desenho e implantação integradores recomendados pelo âmbito macrossocial.

Alinhar-se aos esforços internacionais consiste no atendimento por especialistas; treinamento ambulatorial avançado em modelos de cooperação e equipes móveis nos CACONs amparadas pela equipe mínima; unidades de internação com leitos de longa permanência, respeitando e o acesso das famílias e adaptados aos diferentes tipos de doenças como câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, demência, dentre outras. A literatura internacional recomenda redes abrangentes e integradas com um fluxograma para populações de uma dada localidade, nos quais os especialistas atuariam integrados à rede metropolitana sobretudo no meio rural. Para tanto, o planejamento estratégico irá conter missão, visão, valores, objetivos, modelos de cuidado, organização e ainda atividades no primeiro ano de execução (UVIC; WHO; WHPCA; La Caixa, 2017).

A PNPCCa ratifica: “ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra” (Brasil, 2013a). Contudo, a lacuna nos cuidados paliativos relaciona-se ao esclarecimento de início do plano terapêutico individual e familiar, algo que não é conjecturado na prática (Santos *et al.*, 2016).

Como a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 demonstra, a atenção Básica e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) deverão assistir longitudinalmente os usuários possivelmente ou propriamente paliativos em seu território, identificando em qual modalidade de Atenção Domiciliar (AD) se enquadram (AD1/AD2/AD3) e ainda registrando

no Formulário de Registro da Atenção Domiciliar. Outra premência é de um eficiente sistema de referência e contrarreferência com vistas nos demais pontos de atenção da RAS, sabendo que os casos agudizados são assistidos pela rede de urgências e emergências e a atenção hospitalar é requisitada somente quando os sintomas angustiantes não puderem ser manejados (Brasil, 2018; Brasil, 2013b).

Analisando os papéis da comunidade e sua organização, a estrutura conceitual e seus preceitos que requisitarão ações de gestores, profissionais e usuários, responsabilizando-os pela busca de uma meta coletiva, atemo-nos aos problemas das divisões organizacionais transpostos para o âmbito macrossocial da PNPCCa (Bauman & May, 2010):

- 1) a habilidade orçamentária/gerencial e técnica são forças de trabalho que geralmente entram em conflito, sobretudo, quando os profissionais que possuem apenas uma expertise são deslocados para postos de trabalho opostos;
- 2) a divisão do trabalho por tarefas determinadas distancia da visão mais ampla da política, causando incompreensão dos profissionais sobre a produção sistemática;
- 3) o trabalho inquestionavelmente estratificado pode tornar a política inflexível;
- 4) o desejo pela autopropetuação em detrimento de seus objetivos pode ocasionar o risco de “deslocamento de objetivos”. A identidade social das políticas deve ser dinâmica e a mesma de seus executores para evitar desvios de finalidade.

Do ponto de vista do Estado as pessoas são objetos de regulação e no que tange aos perigos da inflexibilidade das políticas, centramo-nos em conceitos importantes para os cuidados paliativos na RAS: regionalização, desterritorialização, legitimidade e patriotismo, tratados sumariamente na Figura 2. O esforço em resistir ao poder regulatório concretiza-se no regionalismo, ao passo que o poder estatal ameaça a localidade em sua autonomia e as questões autodeterminação e a representatividade local remetem ao sujeito coletivo. Para evitá-lo, o Estado pode unir-se a esta lógica na cercania sensível aos centros de poder localizados. Na desterritorialização, alicerces territoriais são contrapostos, a etnia, religião e idioma são marcadores reivindicatórios de uma nova unidade e a nova autonomia administrativa é exigida depois. O esforço contraofensivo do Estado perante estas lógicas é o reestabelecimento de sua legitimidade na reafirmação do *status quo*, reforçando seu viés ideológico patriótico centralizador (Bauman & May, 2010).

Figura 2 – Regionalização, desterritorialização e legitimidade. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: abstração a partir de Bauman e May (2010).

Os processos explicitados não estão desconexos e não cessam, servem como parâmetro para definir a aceitação das políticas públicas de saúde. No caso dos cuidados paliativos o planejamento estratégico verificará os recursos materiais e humanos das ESF existente, para a desinstitucionalização da morte e a locação de recursos em equipes multiprofissionais com foco na família; e a avaliação por meio de pesquisas acerca da regionalização considerando-se os anseios populares. Estas questões rapidamente abordadas ligam-se ao “estado de natureza” de algumas circunstâncias humanas, referindo-se aquilo que não é regulado, administrado ou legislado por nenhum poder estatal e pedem intervenções para não serem governados por sua própria lógica.

Não se trata de decretar e implantar resoluções inflexíveis em realidades socioculturais diversas, a título de exemplo nos cuidados paliativos o “cuidado espiritual” é adaptado, dentre os voluntários cadastrados nos serviços deverão existir sacerdotes, conselheiros pastorais protestantes ou católicos, curandeiros e outros provedores de conforto espiritual (UVIC; WHO; WHPCA; La Caixa, 2017). Casos como estes se ajustam perfeitamente ao plano terapêutico singular prescrito na desospitalização, pois o *locus* desejável é o domiciliar principalmente para usuários acamados, e as equipes de atenção domiciliar inferem o volume de cuidados requisitados observando as condições da residência (Brasil, 2018).

Na nova configuração dos cuidados paliativos a participação das comunidades precisa ser demarcada e mantida, pelo fato de que as culturas coletivistas tendem a valorizar a família mais do que o indivíduo exigindo assistencialmente uma preferência pela proteção do adoecido em finitude e seu núcleo familiar com princípios éticos de beneficência (Rising, 2017). Destarte, o atendimento priorizará o estado mental da família, esclarecimento de

dúvidas quanto ao contato físico e equipamentos, discussão com a comunidade sobre as demandas e a proposta de uma linha que oriente os cuidados paliativos, conciliando o encaminhamento para a assistência social para obtenção de direitos previdenciários, capacitação das equipes interdisciplinares e pesquisa na gestão estratégica (Inca, 2018; Mendes & Vasconcellos, 2015).

Ao identificar e examinar a estrutura dos programas de cuidados em países centrais identifica-se uma cobertura abrangente desde o diagnóstico, mas que carece de outras configurações como a previsão de enfermeiros para cada fase da jornada do adoecido. Nos países ocidentais apresentam-se programas que assistem usuários com vários tipos de câncer longitudinalmente e as atividades de enfermagem são avaliação, consultas ambulatoriais embasadas em protocolos (Lai *et al.*, 2017) como defendido no segundo eixo.

No seguimento domiciliar brasileiro o programa Melhor em Casa instituído em 2011 para dar complementaridade as demais modalidades da RAS, recomenda equipes de serviço que atendam com genograma e ecomapa, avaliação com a escala funcional de Karnofsky, troca/limpeza de traqueostomia, sondagens, enterocлизма, hipodermóclise, escala visual analógica da dor e execução e ensino de terapias não farmacológicas para abrandamento da dor (Brasil, 2013b). Entretanto tal programa no contexto da PNPCCa não detém avaliação de seu impacto e, tampouco, o vislumbre de uma gestão operacionalizada integrada com a APS (Mendes & Vasconcellos, 2015; Santos *et al.*, 2016).

A autodeterminação do adoecido nestes casos é prevista pela Lei nº 10241/1999 (Lei Covas) no acesso ao prontuário, acesso a identificação dos profissionais que atendem, a negação de ações terapêuticas, receber ou negar assistência psicológica, conhecer a procedência de hemocomponentes prescritos e optar pelo local de morte, incluindo-se as DAV da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012 (Brasil, 1999; 2012).

Sobre este processo comunicacional nas divisões organizacionais como em programas de cuidados paliativos, a eficácia regulatória do Estado está explícita em uma transição entre dois modelos. O primeiro é o de técnicas pan-ópticas da administração ortodoxa no âmbito macrossocial que costumavam literalmente “selar” canais unidirecionais – somente do profissional para o usuário, excluindo do processo informações multifacetadas dos últimos, pois suas emoções, crenças e valores seriam supostamente nocivos ao sistema produtivo sob o qual o ideal destas organizações foi erguido. No segundo modelo na pós-modernidade, os desígnios da nova administração exigem contestação e acréscimo permanentes às rotinas e protocolos assistenciais. O profissional deve ser inventivo e a conformidade de suas ações não é desejável (Bauman & Bordoni, 2016), pesquisar e promover a comunicação dialógica e a

otimização os serviços de saúde conduzem o serviço para além do campo estritamente assistencial-procedimental.

Vinculamos assim as fragilidades do SUS à morosidade dos poderes executivos e a falta de instrumentos efetivos na APS no caso da PNPCCa, além de ações decisivas para o sucesso na implantação da rede de cuidados paliativos.

3.4. Contribuições da pesquisa

Houve um esforço em tomar algumas das ideias apresentadas por Bauman e seus colaboradores com a intenção de debater alguns aspectos dos extremos da PNPCCa, não se tratando de análise sociológica que envolveria muito mais que leitura analítica e sim a exploração e aplicação de conceitos tomados por empréstimo do autor. Consequentemente, a contribuição do estudo demonstra-se pelo ineditismo das ideias e ferramentas especialmente destacadas para profissionais que se interessam em fortificar a PNPCCa.

3.5. Limitações da pesquisa

O risco da tarefa inerente ao debate proposto é a do fascínio por uma leitura teórica engendrar uma seletividade dos elementos da política, de modo a conformar a grade teórica. Outro ponto é a de demonstrar a utilidade das ideias debatidas para pensar na Prevenção e Controle do Câncer, pois entre normas de alguns autores aqui empregados e as práticas, existe uma enorme distância que facilmente produziriam novas questões de pesquisa.

4. Considerações Finais

Neste artigo debatemos macroaspectos organizacionais sob controle do Estado e microaspectos locais e atitudinais. A ancoragem em Zygmunt Bauman e seus colaboradores é capaz de compreender a realidade social a partir da expansão demográfica, transição epidemiológica e dissolução do bem-estar social que culminam invariavelmente em uma população que necessita de organismos de controle, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas. Destarte, os trabalhos sociológicos são fundamentais para traduzir problemas individuais em públicos e compartilháveis não se furtando de analisar noções democráticas de autodeterminação e igualdade, apresentando ainda ferramentas propositivas.

Existem algumas controvérsias na RAS, sobretudo na atenção oncológica onde as relações hierárquicas horizontais e verticais necessitam da APS como centro regulatório e particularmente no rastreamento antes da chegada dos usuários a assistência em UNACONs ou CACONs. O estímulo ao autocuidado apoiado e rastreamento como responsabilidades legais municipais necessitam de um aparato estrutural e técnico definidos pelos gestores e baseados na demanda regional, igualmente enfatiza-se o nível de apoio externo e a conformidade das divisões organizacionais e seu pessoal para o diagnóstico precoce.

As ações intersetoriais eficazes só poderão ser alcançadas com a participação dialógica preconizada na PNPCCa e a cooperação técnica entre a sociedade civil, “profissionais da ponta” e gestores. Ao analisar o estilo de vida e os fatores de riscos modificáveis nas consultas, o profissional empenha-se na elaboração de agendamento de consultas, referência e contrarreferência, que necessitam ser fortalecidos na prática. Compreender a glocalização remete-nos à premência de elaboração de um calendário de ações educativas sobre tipos de câncer e prevenção, consonante à realidade sociocultural local. Em face disto, a governamentalidade deve considerar o meio microssocial diante da “glocalização” e a matriz de prevenção das condições de saúde possui patamares espaciais de intervenção nos âmbitos macro, meso e microssocial glocalizado.

Em suma, na prática, o desenho e a configuração da APS como “porta de entrada” no Brasil são desafiados pela transição epidemiológica para formular normativas a serem implantadas pelos municípios, com comunicação efetiva entre a ESF e CACONs como recomendado pela Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 e programa Melhor em Casa nos cuidados paliativos oncológicos.

Sugere-se que as possibilidades teóricas exploradas sejam testadas por meio de estudos longitudinais que atestem o impacto da ferramenta da entrevista motivacional, por exemplo, direcionada ao rastreio do câncer em serviços da APS. Igualmente, mais pesquisas e reflexões precisam ser traçadas em relação a judicialização da saúde ainda com suporte de Bauman (possibilidade que no presente estudo não pode ser aprofundada), e análise da conformidade de processos comunicacionais e estratégico-organizacionais de redes de atendimento domiciliar que já estão implementadas para os adoecidos paliativos.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento na condição de bolsa de mestrado durante a elaboração da dissertação “Os sentidos do adoecimento pelo câncer colorretal: estudo etnográfico” de 2017 até 2019.

Referências

Alcantara, LDS, Sant'Anna, JL & Souza, MDGND. (2013). Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2507-2514. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900004>.

Alencar, MDSS, Jr, B, Oliveira, F & Carvalho, CMRGD. (2008). Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Revista de Nutrição*, 21(4), 369-381. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000400001>.

Baratieri, T & Marcon, SS. (2011). Longitudinality of care: perceptions of the nurses that work at the family health strategy. *Esc Anna Nery*, 15(4), 802-810. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>.

Barduchi Ohl, IC, Barduchi Ohl, RI, Ribeiro Chavaglia, SR & Erlach Goldman, R. (2016). Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.

Barr, V, Robinson, S, Marin-Link, B, Underhill, L, Dotts, A, Ravensdale, D & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82. Disponível em: <https://www.area-c54.it/public/the%20expanded%20chronic%20care%20model.pdf>.

Bauman, Z & Bordonni, C. (2016). *Estado de crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bauman, Z & Haugaard, M. (2008). Liquid modernity and power: A dialogue with Zygmunt Bauman. *Journal of Political Power*, 1(2), 111-130. DOI: <https://doi.org/10.1080/17540290802227536>.

Bauman, Z & May, T. (2010). *Aprendendo a pensar com a sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar.

Brasil. (1999). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999 de São Paulo. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, São Paulo, 17 de março de 1999.

Brasil. (2012). Resolução CFM nº 1.995 de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p.269-70.

Brasil. (2013a) Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129.

Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar volume 2*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Seção 1, de 23 de novembro de 2018, p. 276.

Campbell, T, Davis, M & Palmer, J. (2018). Hidden paths in Zygmunt Bauman's sociology: Editorial introduction. *Theory, Culture & Society*, 35(7-8), 351-374. DOI: <https://doi.org/10.1177/0263276418767568>.

Carrapato, P, Correia, P & Garcia, B. (2017). Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 676-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>.

Carvalho, AID. (1996). Da saúde pública às políticas saudáveis—saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 104-121. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>.

Carvalho, RT. (2018). Legislação sobre terminalidade de vida no Brasil. In: Carvalho, R. T. et al. *Manual da residência de cuidados paliativos*. Barueri, SP: Manole. pp. 82-92.

Chair of Palliative Care; WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “La Caixa” Banking Foundation (UVIC; WHO; WHPCA; La Caixa). (2017). *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Gómez-Batiste X, Connor S (ed.). Disponível em: <http://kehpc.org/wp-content/uploads/Go%CC%81mez-Batiste-X-Connor-S-Eds.-Building-Integrated-Palliative-Care-Programs-and-Services.-2017-b.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2020.

Cunha, EM & Giovanella, L. (2011). Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Ciencia & saude coletiva*, 16, 1029. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.

Descartes, R. (2013). *Discurso do método*. Porto Alegre: L&PM.

Epping-Jordan, JE, Pruitt, SD, Bengoa, R & Wagner, EH. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *BMJ Quality & Safety*, 13(4), 299-305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.010744>.

Ercolano, E, Grant, M, McCorkle, R, Tallman, NJ, Cobb, MD, Wendel, C & Krouse, R. (2016). Applying the chronic care model to support ostomy self-management: Implications for oncology nursing practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(3), 269. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/16.CJON.20-03AP>.

Ferreira, MC. (2013). Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. *Gestão e Saúde*, 4(1), 1555-1569. DOI: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/202>.

Foltz, JL, Belay, B & Blackburn, GL. (2013). Improving the weight of the nation by engaging the medical setting in obesity prevention and control. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(s2), 19-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/jlme.12105>.

Foucault, M. (2016). *Microfísica do poder*. (4 ed). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gawryszewski, ARB., Oliveira, DC & Gomes, AMT. (2012). Access to SUS: representations and practices of professionals developed in regulation centers. *Physis*, 22(1), 119. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>.

Gil, AC. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (7. Ed). São Paulo: Atlas, 2019.
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). (2018). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA.

Lai, XB, Ching, SSY & Wong, FKY. (2017). Nurse-led cancer care: A scope review of the past years (2003-2016). *International journal of nursing sciences*, 4(2), 184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.02.001>.

Martins, GB & Hora, SS. (2017). Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 63(1), 29-37. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n1.154>.

Mendes, EC & Vasconcellos, LCFD. (2015). Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, 39, 881-892. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.

Mendes, EV. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p.

Mendes, EV. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.

Nascimento, MS & Nascimento, MAD. (2005). Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 333-345. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200011>.

Palese, E. (2013). Zygmunt Bauman. Individual and society in the liquid modernity. *SpringerPlus*, 2(1), 1-4. DOI: <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-191>.

Pereira, AS, Shitsuka, DM, Parreira, FJ & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Rising, ML. (2017). Truth telling as an element of culturally competent care at end of life. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 48-55. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659615606203>.

Rouhollahi, MR, Mohagheghi, MA., Mohammadrezai, N, Ghiasvand, R, Ghanbari, MA, Harirchi, I & Zendehdel, K. (2014). Situation analysis of the national comprehensive cancer control program (2013) in the ir of Iran, assessment and recommendations based on the IAEA impact mission. *Arch Iran Med*, 17(4), 222-231. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261606147_Situation_Analysis_of_the_National_Comprensive_Cancer_Control_Program_2013_in_the_I_R_of_Iran_Assessment_and_Recommendations_Based_on_the_IAEA_impACT_Mission.

Santos, F, Santos Jr, A & Pessalacia, J. (2016). Challenges for hospice care in primary health care: integrative review literature. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(7), 2708-2719. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11332p2708-2719-2016>.

Sarfaty, M, Doroshenk, M, Hotz, J, Brooks, D, Hayashi, S, Davis, TC *et al.* (2013). Strategies for expanding colorectal cancer screening at community health centers. *CA: a cancer journal for clinicians*, 63(4), 221-231. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21191>.

Sindall, C. (2001). Health promotion and chronic disease: building on the Ottawa Charter, not betraying it?. *Health Promot Int*, 16(3), 215-217. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.215>.

Ventura, CAA, Miwa, MJ, Serapioni, M & Jorge, MS. (2017). Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 907-920. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>.

Williamson, L. (2014). Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *The American Journal of Bioethics*, 14(6), 4-16. DOI: <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.900139>.

Wilson, PM & Mayor, V. (2006). Long-term conditions. 2: supporting and enabling self-care. *British journal of community nursing*, 11(1), 6-10. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.1.20277>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Antonio Jorge Silva Correa Júnior – 50%

Mary Elizabeth de Santana – 25%

Helena Megumi Sonobe – 25%