

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**Elisângela Maria da Silva Vasconcelos**

**Limites e Possibilidades da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer de Mama  
na Cidade do Recife: Perspectivas da Continuidade Assistencial**

**RECIFE**

**2014**

**Elisângela Maria da Silva Vasconcelos**

**Limites e Possibilidades da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer de Mama  
na Cidade do Recife: Perspectivas da Continuidade Assistencial**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Rejane Ferreira da Silva

RECIFE

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

V3311 Vasconcelos, Elisângela Maria da Silva.

Limites e possibilidades da rede de atenção à saúde da mulher com câncer de mama: perspectivas da continuidade assistencial/ Elisângela Maria da Silva Vasconcelos. — Recife: [s.n.], 2014.

77 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva.

1. Neoplasias da Mama. 2. Assistência à Saúde. 3. Saúde da Mulher. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II. Título.

CDU 614

---

**Elisângela Maria da Silva Vasconcelos**

**Limites e Possibilidades da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer de Mama  
na Cidade do Recife: Perspectivas da Continuidade Assistencial**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Aprovada em:** 01/09/2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Rejane Ferreira da Silva  
CPqAM/Fiocruz/PE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos  
CPqAM/Fiocruz/PE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Beatriz Pragana Dantas  
Universidade Federal da Paraíba

*A todas as usuárias da rede de saúde do Recife, que lutam cotidianamente  
por um atendimento justo e humanizado.*

## AGRADECIMENTOS

O estudo Equity-LA foi realizado em colaboração entre Consorci de Salut i Social de Catalunya (Espanha), o Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Universidad del Rosario (Colômbia), Universidade de Pernambuco (Brasil), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil), com o apoio das Secretarias de Saúde de Pernambuco e do município de Recife. Agradecemos as pessoas entrevistadas que aceitaram compartilhar com os investigadores suas opiniões e conceitos, a Comissão Europeia, Programa FP7 e ao Ministério de Assuntos Exteriores de Espanha, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização do estudo". A pesquisa que levou a estes resultados recebeu fundos do Sétimo programa marco (FP7/2007-2013) contrato número 223123".

A todos os servidores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela valorosa colaboração em todo os momentos que os solicitei.

A minha orientadora, Professora Dra Maria Rejane Ferreira da Silva, pela sabedoria, compreensão e dedicação a este trabalho. Me sinto orgulhosa por todo o aprendizado e amadurecimento que consegui neste espaço e com os seus ensinamentos

Em especial, a professora Dra. Giselle Campozana, pelo carinho, companheirismo e sabedoria a mim dedicados.

A equipe da pesquisa Equity L.A. pela ajuda nos meus momentos super estressantes! Obrigada mesmo por toda a contribuição em cada fase desta minha trajetória.

Ao meu querido professor Itamar Lages, por me entender tanto... E por me ajudar tanto a me entender! Por me promover autonomia e por me mostrar sempre os melhores caminhos a seguir. Desejo tê-lo sempre por perto, nestes grandes momentos da minha vida.

As minhas queridas Mauricéia Santana e Lauana Souza, que em momentos distintos, me ajudaram a chegar até aqui e trouxeram tranquilidade e alegria neste meu caminhar.

Aos colegas de turma, sabidos e perspicazes, confesso que sentirei muita saudade dos nossos momentos e das nossas conversas e compartilháveis. Valeu!

Ao meu grande amor, Romero Nogueira, por me compreender e estar ao meu lado sempre, por fazer parte da minha vida, pelo seu amor, cumplicidade e leveza... Te admiro e te quero sempre ao meu lado, realçando em mim exatamente quem eu sou. Eu te amo hoje e sempre!

Ao meu Arthur, razão do meu viver... Que por tantas vezes, se irritou com minhas ausências, que já não aguentava a palavra “mestrado” lá em casa, mas que me cobriu de carinho e me fez viver melhor durante esta fase. Obrigada meu filhote!

A mainha, que mesmo sem entender, por algumas vezes, as minhas escolhas no caminhar desta vida, está sempre pronta para me ajudar e acolher...

A minha irmã, Sandra, por me apoiar incondicionalmente, emanando ótimas energias e ainda me reservando uma grande surpresa no final: minha tão esperada sobrinha!

Aos queridos, tertulianos Francisco Eduardo, Josyane Louise e Priscila Martins, por todos os desabafos, compartilhares, chacotas e análises! sem vocês para dividir as tensões, certamente essa caminhada teria sido mais dura...Valeu por tudo!

Aos meus sogros, Seu Givaldo e Dona Fátima, pela inestimável ajuda nos momentos de tensão mas sobretudo, por me proporcionarem inúmeros momentos de alegrias. Sou muito grata por tudo.

A todos, que de alguma forma, puderam contribuir com a minha chegada até aqui. Muito obrigada mesmo!

VASCONCELOS, Elisângela Maria da Silva. **Limites e Possibilidades da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer de Mama:** Perspectivas da Continuidade Assistencial. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a continuidade assistencial de mulheres portadoras de câncer de mama, nos diferentes níveis assistenciais no município de Recife, Pernambuco, a partir da perspectiva destas mulheres, com o intuito de identificar os limites e possibilidades na rede de atenção à saúde da mulher com câncer de mama. Tratou-se de um estudo de caso em profundidade com uma abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas três mulheres portadoras de câncer de mama, residentes e tratadas em Recife. Nesta pesquisa foi utilizado o câncer de mama como condição traçadora para a análise da continuidade assistencial. Este estudo é um recorte da pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e Brasil – Equity-LA. Utilizou-se como técnica de coleta de dados, a análise documental de prontuários, entrevistas individuais semi-estruturadas que foram realizadas a partir de um roteiro temático pré-estabelecido. Nos resultados identificou-se que as mulheres tiveram a primeira consulta na atenção básica em estágio avançado da doença e consideraram este, como sendo o fator principal para a brevidade em seus tratamentos. Houve impacto financeiro negativo durante as suas trajetórias, evidenciado pela elevação dos custos com habitação, alimentação, medicamentos e transporte. Todas identificaram coerência entre os objetivos e tratamento realizado. As três mulheres perceberam que não houve comunicação efetiva entre os todos os níveis assistenciais. Os resultados sugerem uma melhor qualificação dos profissionais da atenção básica e planejamento na estruturação da linha de cuidado para mulheres com câncer de mama na rede de atenção do Recife.

Palavras-chave: Assistência à saúde; Saúde da mulher; Neoplasias da mama.



VASCONCELOS, Elisângela Maria da Silva Vasconcelos. **Limits and Possibilities of the Health Care Network of Women With Breast Cancer in the City of Recife:** Prospects of Continuity Care. 2014. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2014.

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze the Continuity care of women with breast cancer, in different care levels in the city of Recife, Pernambuco, from the perspective of women, in order to identify the limits and possibilities in the network of health care for women with breast cancer. It was a case study in depth with a qualitative approach of three users breast cancer, residents and treated in Recife. This research was used breast cancer as a condition chartplotter for the analysis of continuity care. This study is part of the research "Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health Care Networks in Colombia and Brazil - Equity-LA. It was used as the method of data collection, the documentary analysis of medical records, individual semi-structured interviews that were carried out from a roadmap thematic pre-established. The results identified that the users had the first consultation in primary care at an advanced stage of the disease and considered this, as being the main factor for the brevity in their treatments. There was no negative financial impact during their trajectories, evidenced by the increase in the cost of housing, food, medicine and transportation. All identified consistency between the objectives and treatment. The three women perceived that there was no effective communication between all healthcare levels. The results suggest a better professional qualification of primary care and planning in structuring the line of care for women with breast cancer network in Recife.

Keywords: Delivery of health care; Women's health; Breast neoplasms.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> –	Dimensões de continuidade segundo a classificação de Reid, et al. (2002)	<b>22</b>
<b>Figura 2</b> –	Mapa das Regiões Político Administrativas do Recife relacionadas por Bairros e seus respectivos Distritos Sanitários.	<b>27</b>
<b>Quadro 1</b> –	Matriz de análise dos dados	<b>31</b>

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

**A.B** – Atenção Básica.

**A.E.** – Acessibilidade a Atenção Especializada.

**AMEM** – Ambulatório Especializado da Mulher.

**Ca** – Câncer.

**CA**- Continuidade Assistencial

**CEP/CPqAM** – Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

**CONEP** – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa.

**DS** – Distrito Sanitário.

**Equity-LA** – Impacto na equidade de acesso e eficiência das Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e Brasil.

**ESF** – Equipe de Saúde da Família.

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**INCA** – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.

**MR** – Microrregião.

**OMS** – Organização Mundial da Saúde.

**QT** – Quimioterapia.

**RISS** – Redes Integradas de Serviços de Saúde.

**RM** – Ressonância Magnética.

**RPA** – Regiões Político-Administrativas.

**RT** – Radioterapia.

**SCM** – Síndrome da Compressão Medular.

**SUS** – Sistema Único de Saúde.

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UBT** – Unidade Básica Tradicional.

**USF** – Unidade de Saúde da Família.

**USG** – Ultrassonografia.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
3.1	Objetivo Geral.....	18
3.2	Objetivos Específicos.....	18
<b>4</b>	<b>MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....</b>	<b>19</b>
4.1	Continuidade Assistencial.....	19
4.1.1	<i>Tipos de Continuidade Assistencial.....</i>	20
4.2	Câncer de Mama.....	22
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
5.1	Desenho do Estudo.....	25
5.2	Área do Estudo.....	26
5.3	Período do Estudo.....	29
5.4	Seleção dos Casos – Critérios de Inclusão e Exclusão.....	29
5.5	Procedimentos e Instrumentos de Coleta.....	30
5.6	Técnicas e Procedimentos de Análise.....	30
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E OPERACIONAIS.....</b>	<b>32</b>
6.1	Aspectos Éticos.....	32
6.2	Aspectos Operacionais.....	32
<b>7</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
7.1	Histórico das Usuárias.....	33
7.1.1	<i>Usuária 01.....</i>	33
7.1.2	<i>Usuária 02.....</i>	37
7.1.3	<i>Usuária 03.....</i>	41
7.2	Continuidade da Gestão.....	47
7.2.1	<i>Acessibilidade entre os Níveis Assistenciais.....</i>	47
7.2.2	<i>Flexibilidade do Tratamento.....</i>	50
7.2.3	<i>Coerência da Atenção.....</i>	51
7.3	Continuidade da Relação.....	52
7.3.1	<i>Consistência da Equipe.....</i>	52
7.3.2	<i>Vínculo com o Profissional.....</i>	53

7.4	Continuidade da Informação.....	55
7.4.1	<i>Transferência da Informação.....</i>	55
7.4.2	<i>Conhecimento Acumulado.....</i>	57
8	<b>DISCUSSÃO.....</b>	58
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	62
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	64
	<b>APENDICE A - Roteiro de Entrevista para Analisar o Acesso ao Contínuo de Serviços de Saúde: Usuários.....</b>	68
	<b>APENDICE B - Roteiro de Entrevista para Analisar o Acesso ao Contínuo de Serviços de Saúde: Profissionais.....</b>	70
	<b>APENDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	72
	<b>ANEXO A – Carta de Anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.....</b>	74
	<b>ANEXO B - Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.</b>	75

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é um fato recente. Historicamente, sistemas de saúde em todo o mundo se deparam com o desafio de como reformar sua organização e funcionamento, tendo em vista a necessidade de potencializar seu desempenho, reduzindo custos e conferindo mais transparência aos gastos públicos no setor saúde (VIACAVA, 2004). Iniciativas de expansão no acesso com redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas ainda no início da década de 20 (SILVA, 2011).

Contudo a intensidade dos movimentos de reforma para o setor saúde ocorreu de forma distinta nas diferentes regiões do planeta, uma vez que, a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como, as ações intersetoriais são apenas um dos aspectos da operacionalização dos sistemas e serviços de saúde de uma dada população ou região. As inter-relações entre os fatores vinculados à situação socioeconômica, ambiental, genética e comportamental dos coletivos e indivíduos têm fundamental influência sobre os modos como os diversos sistemas de saúde se consolidaram (VIACAVA, 2004).

Neste sentido, reformas que substituíssem a concepção seletiva no acesso por sistemas nacionais de saúde que conferissem acessibilidade universal representavam uma condição mais favorável à organização dos sistemas de saúde em redes assistenciais integradas (MACHADO, 2011; SILVA, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 após um processo histórico de lutas organizadas em torno do Movimento de Reforma Sanitária, sintetizado pela defesa de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (CAVALCANTE FILHO, 2009). Desde a sua implantação, identifica-se no SUS o desafio de trabalhar em redes de atenção à saúde. Esta proposta está implícita nos princípios e diretrizes do SUS e na Lei 8080 de 1990, onde esta última consolida os referidos princípios e traz ainda: “as ações e serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada dentro de um sistema único” (BRASIL, 2000, 2001).

O SUS possui um aporte jurídico-normativo que orienta a organização destas redes de atenção e, embora seja instituído constitucionalmente desde 1988, o acesso universal aos serviços e ações de saúde ainda encontra dificuldades de ser materializado nas instâncias de gestão das políticas de saúde e dentre estas, ressalta-se as dificuldades de estruturação de redes no Brasil, o que impulsionou a publicação, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que teve como um dos seus principais objetivos dar mais

proeminência à necessidade da formação de redes integradas. Todavia, sua implementação foi permeada por dificuldades oriundas da rigidez presente em suas regras, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes, além da não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com seus respectivos governos estaduais (MACHADO, 2011).

Em 2006, foi criado o instrumento normativo denominado “Pacto pela saúde”, um instrumento oficial, composto por três eixos: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. Neste último, são estabelecidas as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos relacionados à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, entende-se que tais instrumentos legais e normativos supracitados, não foram suficientes para efetivar a reorganização de um modelo assistencial, que tenha na atenção básica o desempenho da função ordenadora do cuidado à saúde, o que configura um grande desafio ao SUS na garantia da integralidade e continuidade do cuidado à saúde de indivíduos e coletivos (SANTOS et al., 2003).

Contudo, estas normativas conduziram ao fortalecimento jurídico para a criação das redes de atenção à saúde, como identifica-se através da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para criação de redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, sendo este último o regulamentador da Lei 8080 de 1990. Estes dois instrumentos introduzem novos desenhos às redes de atenção à saúde e destacam outros de maior relevância proposto na legislação anterior (BRASIL, 2011, 2011).

No que diz respeito a cidade do Recife, o modelo Recife em Defesa da Vida, instituído em 2009, teve como objetivo repensar a forma de organizar a atenção no SUS, nos processos da macropolítica e da micropolítica do trabalho em saúde. Prosseguiu com a missão de dar continuidade a expansão da rede de atenção e com importante foco na estabilidade administrativa e financeira, na superação das ações fragmentadas e desordenadas, e na construção estratégica, partindo de diretrizes e arranjos institucionais de como realizar clínica e saúde coletiva, tendo como centro o sujeito, o encontro e a cogestão. As diretrizes, os arranjos e os dispositivos propostos funcionaram como a costura necessária que orienta uma reorganização da rede, de forma a migrar para outro modo de funcionar e outro padrão de comunicação em rede (COELHO; COUTO, 2009).

Na literatura encontram-se vários conceitos sobre as redes de atenção à saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (2008), traz a implementação das Redes integradas de Serviços de Saúde, baseada no conceito adaptado de Shortell et al. (1994), que provê um marco conceitual para os países latino-americanos (KUSCHNIR, 2010).

Já as Organizações Sanitárias Integradas (OSI) surgiram primeiro em países com sistemas muito segmentados e fragmentados, como os Estados Unidos, e depois foram introduzidas nos sistemas públicos universais. Os seus objetivos são a eficiência global da provisão e a continuidade da atenção através de um objetivo intermediário, a coordenação da atenção (MENDES, 2009).

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única e objetivos comuns, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e prestada no tempo e lugar certo, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica por essa população.

Segundo Shortell et al. (1994), as redes de serviços de saúde são definidas como organizações que objetivam oferecer acesso e coordenação assistencial através de uma prestação de serviços contínuos a uma população determinada e se responsabilizam pelos custos e resultados em saúde dessa população. Os objetivos finais deste tipo de organização são a melhoria da equidade no acesso e eficiência global na provisão de serviços de saúde. Contudo, estes objetivos são alcançados através de objetivos intermediários, sendo eles o acesso, a melhoria na coordenação dos serviços e a continuidade assistencial (VÁZQUEZ et al., 2012).

A continuidade assistencial é um conceito multidimensional e para o qual inexiste um consenso sobre a sua definição. Vários autores utilizam diferentes elementos a fim de corroborar a referida definição, outros autores ainda dividem a continuidade em alguns tipos, de acordo com os elementos em questão (SAUTZ, 2003; STARFIELD, 2002; TERRAZA, 2004).

Segundo Reid et al. (2002), continuidade assistencial é definida como a percepção do indivíduo em relação ao nível de coordenação e união das experiências na atenção recebida ao longo do tempo, de maneira que estas sejam coerentes de acordo com suas necessidades de saúde e seu contexto pessoal; é a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo.

Para esta pesquisa, foi utilizado o conceito de continuidade assistencial acima descrito, assim como foi abordado o referido conceito de forma detalhada mais adiante, no marco conceitual.



Nesta pesquisa foi utilizado o câncer (Ca) de mama como condição traçadora para a análise da continuidade assistencial.

Segundo Kessner (1973), a condição traçadora constitui-se em ferramenta para a abordagem de problemas complexos em saúde, esta deve atender a critérios específicos e ser capaz de produzir informações que irão retroalimentar o sistema de prestação de serviços em saúde.

Os requisitos para que uma condição seja elencada enquanto marcadora são: a condição marcadora deve ter um impacto funcional real; precisa ser bem definida e de fácil diagnóstico; sua prevalência deve ser suficientemente alta para permitir a coleta de dados adequados a partir de uma população limitada; a história natural da condição deve ser modificada pela utilização de técnicas médicas efetivas; as condutas frente a condição devem ser bem definidas em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; os efeitos dos fatores não ligados aos serviços de saúde sobre a condição marcadora devem ser bem conhecidos (PENNA, 1997).

Uma condição marcadora deve ser frequente, deve ter técnicas de atenção bem estabelecidas, deve ter ampla aceitação e efetividade comprovada (PENNA, 1997).

Com base nestes critérios descritos, observam-se que o Ca de mama reúne os requisitos básicos para adequação a tal finalidade.

O segundo tipo mais frequente no mundo, o Ca de mama é o mais comum entre as mulheres, correspondendo a 23% do total de casos de Ca no mundo, em 2008. Em 2012 foram estimados para o Brasil, 52.680 casos novos de Ca da mama, com um risco estimado de 52,5 casos a cada 100 mil mulheres. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por Ca de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Ca de Base Populacional de diversos continentes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2013).

Diante deste contexto, este projeto analisou a continuidade assistencial de três usuárias portadoras de Ca de mama na rede de atenção à saúde de Recife e identificou as barreiras e oportunidades desta continuidade. Para tanto, partiu-se da seguinte pergunta condutora: Como

se dá a continuidade assistencial e a trajetória percorrida por mulheres portadoras de Ca de mama na rede de Recife?

## 2 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde ainda elenca em seus desafios a formação de redes regionalizadas, hierarquizadas, que possibilitem a integralidade do acesso aos serviços de saúde, assim como a sua continuidade a partir da necessidade de saúde instalada. Os estudos até então já realizados sobre a temática no estado de Pernambuco, assim como estudos realizados sobre a continuidade da assistência, ainda são escassos.

O interesse por esse tema vem pelo desejo de contribuir academicamente com um problema de tamanha relevância para a saúde da mulher, assim como, pela necessidade enquanto gestora na atenção básica do município, de buscar soluções que visem a melhoria da continuidade da assistência às usuárias portadoras de Ca de mama.

O Ca de mama é condição traçadora desta pesquisa e foi escolhido pela relevância da alta incidência da doença entre as mulheres e pelas evidências do alto índice de mortalidade decorrente do diagnóstico tardio da doença.

A formação de redes é uma prioridade na Política Nacional da Saúde para qualidade e continuidade do cuidado. A análise de rede de saúde em Pernambuco ocorreu em um estudo denominado “*Impacto na equidade de acesso e eficiência das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na Colômbia e Brasil (Equity LA)*”.

Deste modo, este trabalho constituiu-se em um recorte da referida pesquisa, onde se buscou identificar barreiras e oportunidades para a continuidade da assistência, além de fornecer subsídios para o aperfeiçoamento das políticas de controle ao Ca de mama e o reordenamento da rede de atenção à saúde de Recife a fim de promover melhor resposta às necessidades da população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a continuidade assistencial prestada a usuárias portadoras de Ca de mama da rede de Recife/PE.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a trajetória assistencial de usuárias portadoras de Ca de mama na rede de Recife;
- b) Analisar a continuidade da gestão a partir da perspectiva de mulheres portadoras de Ca de mama na rede de Recife;
- c) Analisar a continuidade da informação a partir da perspectiva de mulheres portadoras de Ca de mama na rede de Recife;
- d) Analisar a continuidade da relação a partir da perspectiva de mulheres portadoras de Ca de mama na rede de Recife;

## 4 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Esta pesquisa foi desenvolvida tomando-se como enfoque um dos objetivos intermediários da formação de RISS: a continuidade assistencial. Ao longo do desenvolvimento do presente marco teórico serão abordados os aspectos referentes a este referido tema, além de aspectos referentes à enfermidade elencada como condição traçadora deste estudo - Ca de mama.

### 4.1 Continuidade Assistencial

A continuidade assistencial ou continuidade do cuidado é um conceito multidimensional para o qual não existe consenso acerca da sua definição (SAULTZ, 2003). A maioria das definições propostas para este conceito, se centram em diferentes elementos como a transferência de informação (STARFIELD, 2002; TERRAZA, 2004), a relação interpessoal e coordenação da atenção, buscando enfatizar a importância da conectividade entre as partes (LAMB, 1997; REID et al., 2002; TERRAZA, 2004).

Por muitas vezes, o conceito de continuidade assistencial pode ser confundido com o conceito de coordenação assistencial.

A coordenação assistencial significa a conexão da atenção que recebe um paciente a partir de múltiplas fontes de provisão (TERRAZA et al., 2006). Starfield (2002) define coordenação como o acordo de todos os serviços relacionados com a atenção à saúde, de forma sincronizada, com o intuito de alcançar um objetivo comum, mas sem que hajam conflitos.

Terraza et al.(2006), ainda afirmam que os termos coordenação, continuidade e integração assistencial são comumente utilizados sem distinção para referir a mesma idéia: a conexão da atenção que recebe um paciente a partir de vários prestadores de serviços de saúde, mediante a transferência de informações.

Porém, alguns autores defendem que continuidade não é uma característica da gestão ou serviços de saúde, mas sim a forma como pacientes vivenciam e apreendem a integração de serviços e de coordenação. Portanto, a continuidade assistencial pode ser definida como o resultado da coordenação da assistência através da perspectiva do paciente, diferenciando-se então da coordenação (HAGGERTY et al., 2003).

Haggerty et al. (2003), cita que os achados na literatura sobre Continuidade assistencial se remetem à continuidade na atenção primária e esta é configurada como a

relação entre um médico e um único paciente que se desdobra para além de eventos relacionados à doença. Neste caso, implicaria em uma fidelização do paciente ao seu médico e uma responsabilização clínica do médico para com o paciente.

A continuidade assistencial é a percepção do indivíduo em relação ao nível de coordenação e união das experiências na atenção recebida ao longo do tempo; é a percepção de que estas estejam coerentes com suas necessidades de saúde e o seu contexto pessoal; é a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo (REID et al, 2002).

Para esta pesquisa, será utilizado o conceito de continuidade assistencial acima descrito.

A continuidade assistencial é o resultado de uma combinação do acesso oportuno do cuidado à saúde pelos indivíduos, um oportuno fluxo de informação entre os profissionais e os serviços de saúde e de coordenação entre os referidos serviços. Para os indivíduos é a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo. Para os profissionais é a necessidade de ter informação e conhecimento suficientes sobre um indivíduo para melhor aplicar a sua competência profissional além do seu reconhecimento e confiança. Seja qual for o contexto, todos os tipos de continuidade podem contribuir para uma melhor qualidade do atendimento. (REID et al., 2002).

#### *4.1.1 Tipos de Continuidade Assistencial*

Reid et al. (2002), propõem uma classificação da continuidade assistencial em três tipos:

Continuidade da gestão, relacionada com a coordenação da atenção, é a provisão de diferentes tipos de assistência prestada ao usuário, de maneira que se complementem entre si sem que haja duplicação. Ou seja, aquela em que o usuário tem um local e uma equipe específica que realiza os cuidados em saúde.

Continuidade da relação, que se refere a situações em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia nele, ao mesmo tempo em que o profissional assume a responsabilidade do cuidado do paciente ao longo do tempo;

Continuidade da informação, cuja característica principal é a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado;

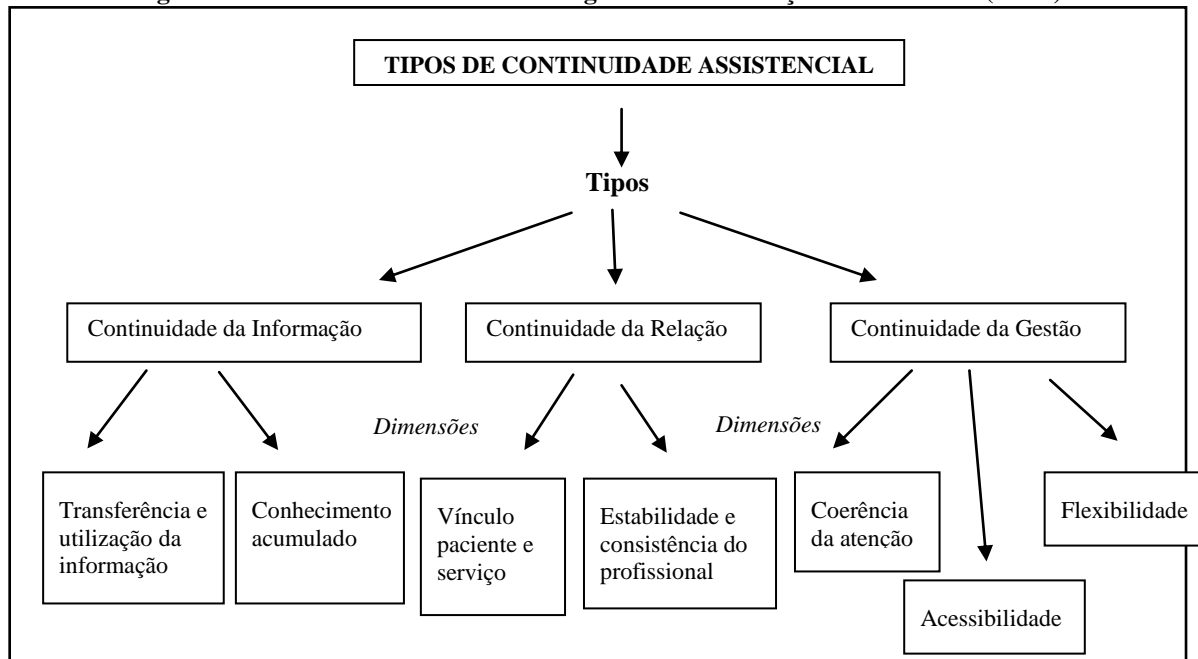
O mesmo autor ainda subdivide cada tipo de continuidade em várias dimensões descritas a seguir:

No que diz respeito a continuidade assistencial da gestão, esta inclui três dimensões. A primeira é a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que se remete à percepção por parte do paciente de que existe coerência entre os objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços, assegurados a partir de planos e/ou protocolos. A segunda é a flexibilidade nos planos de cuidado, que permite mudanças necessárias nos planos de tratamento de acordo com a necessidade do paciente (REID et al., 2002). A terceira dimensão é a acessibilidade entre os níveis dos serviços de saúde, imbricada diretamente com a oportunidade e o tempo de espera. Estudos de corte qualitativos destacam a importância e vinculam o acesso dos usuários aos serviços de saúde com a continuidade assistencial (PARKER et al., 2010).

A Continuidade assistencial da relação inclui: o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que dependerá da duração e do tipo de cuidado envolvido, ou seja, existindo forte vínculo haverá uma dependência entre médico e paciente, ou profissional responsável pela atenção, o que beneficia o reconhecimento de problemas, diagnóstico mais preciso e melhor adesão ao tratamento; e a estabilidade e consistência do profissional, caracterizando pela geração de responsabilidade e confiança entre o paciente e os profissionais dos diferentes serviços que o atendem. Ou seja, atendimento pelos mesmos profissionais ainda que existam poucas possibilidades de estabelecer relações em longo prazo (REID et al., 2002).

A continuidade assistencial da informação comporta duas dimensões: a transferência e utilização da informação e o conhecimento acumulado por parte dos profissionais que estão envolvidos na atenção ao paciente. A primeira aborda a percepção do usuário quanto a maneira que cada profissional tem acesso às informações sobre a atenção prestada anteriormente e a evolução da doença, se usa, por exemplo, comunicação informal, comunicação escrita, encaminhamentos, prontuários, prontuário eletrônico, resumos de alta etc. A segunda trata da percepção do paciente quanto o conhecimento do profissional sobre os seus valores, preferências e contexto social, influenciando no planejamento do tratamento mais adequado (REID et al., 2002).

**Figura 1- Dimensões de continuidade segundo a classificação de Reid et al. ( 2002)**



Fonte: Adaptado de Letelier (2008).

Algumas enfermidades são consideradas condições traçadoras por se prestar para a análise da prestação de serviços e da qualidade da atenção dispensadas aos indivíduos, de forma relacional ao longo de todas as etapas da atenção a saúde. Nesta pesquisa será utilizado o Ca de mama feminino como condição traçadora para a análise da continuidade assistencial.

#### 4.2 Câncer de Mama

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2012), o Ca da mama é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,4 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados, para o ano de 2008 em todo o mundo, o que representa 23% de todos os tipos de Ca.

A idade continua sendo o principal fator de risco para o Ca de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Contudo, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como, por exemplo, aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de Ca da mama e alta densidade do tecido mamário - razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).



Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade, segundo mostram alguns estudos.

A ocorrência do Ca da mama também se encontra relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que se observa para o Ca do colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Ainda de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2012), a história familiar de Ca da mama está associada a um aumento de cerca de duas a três vezes no risco de desenvolver essa neoplasia. Alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, como, por exemplo, BRCA1, BRCA2 e p53 aumentam o risco de desenvolver Ca da mama.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas e até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos é recomendada como método efetivo para detecção precoce. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de Ca.

No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do Ca da mama. As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse Ca baseiam-se no Controle do Ca de mama (BRASIL, 20014), documento de consenso que considera, como principais estratégias de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para Ca da mama (com história familiar de Ca da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de Ca da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de Ca da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

Apesar de ser considerado um Ca que possui, relativamente, bom prognóstico sempre quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por Ca da mama

ainda continuam elevadas no Brasil, devendo-se muito provavelmente ao fato da doença ser diagnosticada em estádios avançados. A sobrevida, em cinco anos, na população de países desenvolvidos chega a 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, fica em torno de 60% (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

Em 2003, o Ca de mama em mulheres foi o tumor mais incidente em Pernambuco e no Recife. Em 2010, no estado, esse tipo de Ca ocupou a segunda posição. Para o ano de 2012, em Pernambuco, estimou-se a ocorrência de 2.190 casos novos de Ca de mama, indicando uma taxa bruta de 46,88 casos por 100.000 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

## 5 METODOLOGIA

Este estudo é um recorte da pesquisa Equity-LA, que tem como objetivo geral analisar como a equidade no acesso e a provisão de atenção à saúde são abordadas nas políticas do setor saúde, utilizando como foco de estudo a saúde da mulher.

### 5.1 Desenho do Estudo

O desenho adotado foi o estudo de caso em profundidade com uma abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2010), o estudo de caso é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado; são utilizadas estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio. Assemelhando-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados, entrevistas das pessoas nele envolvidas e uso de banco de dados e documentos.

O estudo de caso leva em consideração o problema e o objetivo de estudo, além do elemento contextual, que é marcante nessa proposta de investigação, se configurando em uma das estratégias escolhidas ao se examinarem acontecimentos contemporâneos em que não se podem manipular comportamentos relevantes, onde o poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências em documentos, entrevistas e observações (YIN, 2005).

Seus objetivos podem então ser resumidos em: a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de grupo específico; b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações (MINAYO, 2010). Onde, em todas essas situações, existe o claro desejo de compreender fenômenos sociais complexos, permitindo assim uma investigação que preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2005), e no caso deste estudo, de compreender os diversos momentos ao longo da assistência à saúde prestada às usuárias portadoras de Ca de mama, assim como, sua relação com os processos organizacionais, administrativos e de consolidação do vínculo entre usuários e profissionais.

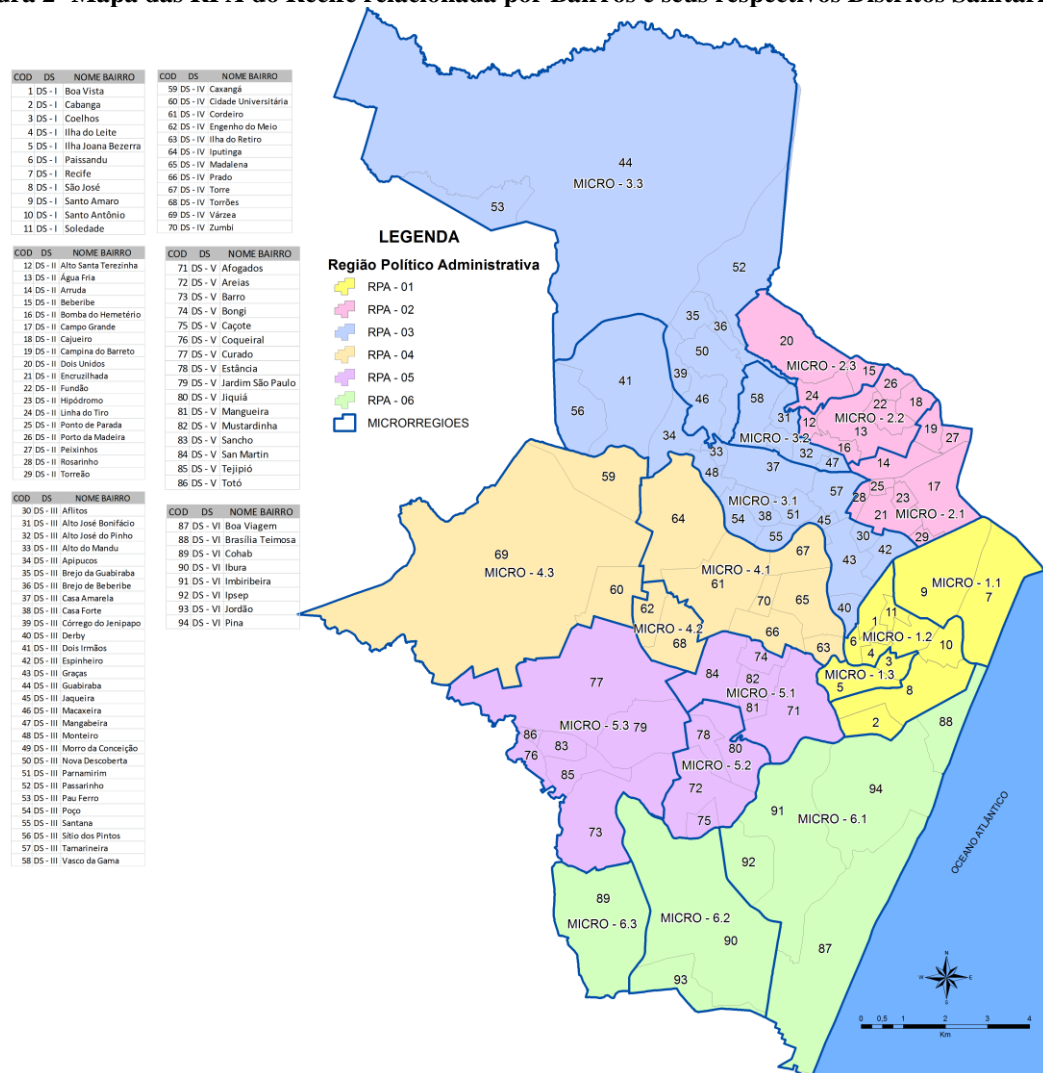
Em consonância com o exposto e por trabalhar o nível de intensidade das relações sociais, este estudo foi desenvolvido utilizando a metodologia da pesquisa qualitativa, visto que, a abordagem qualitativa só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. Adequa-se, por exemplo, ao estudo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, 2010).

## 5.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado no município do Recife, especificamente no Distrito Sanitário III (DS). O Recife, capital do estado de Pernambuco (PE), tem uma área territorial de 218,498 km<sup>2</sup> e, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2012, tem uma população de 1.555.039 habitantes. Seu território é subdividido em 94 bairros e, para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com semelhanças territoriais. Na estruturação e execução das políticas estatais de saúde, cada RPA corresponde a um DS.

**Figura 2- Mapa das RPA do Recife relacionada por Bairros e seus respectivos Distritos Sanitários.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife (2013).

O referido município foi selecionado segundo os seguintes critérios: a) redes que proporcionam continuidade na assistência (atenção básica e especializada) à população adstrita; b) distinta proporção de titularidade da rede pública e conveniada (filantrópica e privada); c) diferentes modalidades de gestão (municipal e estadual); d) distinta proporção da população coberta por Estratégia de Saúde da Família (ESF); e e) por ser sede de macrorregionais do estado, como descrito no Plano Diretor de Regionalização (PERNAMBUCO, 2011).

No DS III estão localizadas 25 Unidades de Saúde da Família (USF) que comportam 45 ESF, 06 Unidades Básicas Tradicionais (UBT), totalizando uma cobertura de atenção básica em 44%, além de 01 Ambulatório Especializado da Mulher (AMEM), dentre os quais, estão as unidades de vinculação das usuárias em estudo, além do Hospital Agamenon

Magalhães, no nível terciário, e que juntos formam uma rede de serviços e oferta de consultas para os usuários bastante diversificada, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Capacidade Instalada em consultas, DS III.

(continua)

Parâmetros de Cobertura Assistencial, conforme Portaria 1101/2002			
<b>Total de consultas habitante/ano:</b>	3		
Descrição das Ações	Parâmetro	Qtd. Mensal	Qtd. Anual
Consultas de Urgência e Emergência	15%	11.737	140.841
Consultas Médicas Básicas	63%	49.295	591.534
Consultas Médicas Especializadas	22%	17.214	206.567
<b>Total de Consultas Médicas Esperadas</b>		<b>78.245</b>	<b>938.943</b>
Demografia			
<b>Município:</b>	RECIFE		
<b>Distrito Sanitário:</b>	3		
População Residente			
Masculina			144.433
Feminina			168.548
<b>Total</b>			<b>312.981</b>
Capacidade Instalada			
ESPECIALIDADE	Profissionais Regulados	Oferta em Escala	
<b>Alergia e Imunologia</b>	1	240	
<b>Alergia e Imunologia infantil</b>	2	480	
<b>Cardiologia</b>	9	1.320	
<b>Cardiologia infantil</b>	1	96	
<b>Dermatologia</b>	8	1.960	
<b>Endocrinologia</b>	1	110	
<b>Endocrinologia infantil</b>	2	100	
<b>Gastroenterologia</b>	1	240	
<b>Geriatria</b>	1	240	
<b>Hansenologia</b>	1	200	
<b>Hebiatria</b>	2	720	
<b>Hematologia</b>	1	240	
<b>Mastologia</b>	1	240	
<b>Nefrologia</b>	2	384	
<b>Neurologia</b>	1	96	
<b>Oftalmologia</b>	9	1.460	
<b>Otorrinolaringologia</b>	1	240	
<b>Pequenas Cirurgias</b>	1	76	
<b>Pneumologia</b>	2	528	
<b>Pneumologia infantil</b>	4	704	
<b>Pré-natal de Alto Risco</b>	1	240	
<b>Psiquiatria</b>	3	720	
<b>Reumatologia</b>	2	420	
<b>Traumato-ortopedia</b>	1	240	
<b>Urologia</b>	1	240	

Tabela 1 – Capacidade Instalada em consultas, DS III.

*(conclusão)*

<b>TOTAL - Consultas Médicas Especializadas</b>	<b>Profissionais Regulados</b>	<b>Oferta em Escala</b>
	<b>59</b>	<b>11.534</b>
<b>Clínica médica</b>	7	2.320
<b>Ginecologia</b>	16	3.946
<b>Pediatria</b>	5	1.520
<b>TOTAL – Consultas Médicas Básicas</b>	<b>28</b>	<b>7.786</b>
<b>Nutrição</b>	4	860
<b>Odontologia Básica</b>	4	624
<b>Odontologia Especializada</b>	7	288
<b>TOTAL - Outras Consultas</b>	<b>15</b>	<b>1.772</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>102</b>	<b>21.092</b>

Fonte: Brasil (2002) e IBGE (2010).

O referido DS está localizado na região norte da cidade, com uma extensão territorial de cerca de 35% da área da cidade, sendo o segundo DS mais populoso, correspondendo a 312.981 habitantes, distribuídos em 29 bairros. Este estudo, como mencionado anteriormente, foi realizado no DS III, mais especificamente na Microrregião (MR) 3.3, por ser esta uma das áreas mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

### 5.3 Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2013 a agosto de 2014.

### 5.4 Seleção dos Casos – critérios de inclusão e exclusão

Foram selecionadas três mulheres participantes da pesquisa Equity-LA, incluídas na condição traçadora Ca de mama, portanto baseadas nos seguintes critérios: mulheres maiores de 18 anos, residentes e tratadas em Recife; com diagnóstico confirmado de Ca de Mama há pelo menos 2 anos antes da realização da pesquisa; que tenham acessado ou tentado acessar 2 níveis de atenção; livres de quaisquer limitações física ou psíquica que dificultassem a coleta dos dados e que estivessem estáveis (em alta hospitalar).

### 5.5 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Este estudo utilizou dados coletados a partir da pesquisa Equity-LA que, por sua vez, utilizou como técnica de coleta de dados entrevistas individuais semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa, realizadas a partir de um roteiro temático pré-estabelecido e destinado a

evidenciar aspectos relacionados à continuidade da assistência.

A realização das entrevistas para o estudo de caso sobre continuidade do cuidado, ocorreram entre setembro de 2010 a abril de 2012.

As entrevistas em profundidade foram conduzidas com as usuárias e ocorreram em seus domicílios ou em um espaço escolhido pela própria entrevistada. Tal entrevista teve o intuito de dar conta dos seguintes objetivos: reconstrução da sua trajetória assistencial; acessibilidade entre os níveis assistenciais; continuidade de relação, da gestão e da informação. Posteriormente, as entrevistas foram confrontadas com as informações contidas em prontuários e com as entrevistas com os profissionais.

Foram também realizadas análises de prontuários, observação sistemática e entrevistas semi-estruturadas com os profissionais referidos pelas usuárias, assim como os cuidadores por elas referidos, como relevantes para o seu tratamento. Contudo, para este estudo, procurou-se captar apenas os aspectos relativos a reconstrução do caso e adequação da atenção; além da acessibilidade ao longo do contínuo de serviços de saúde e a continuidade assistencial, como uma forma de corroborar com os achados nas entrevistas com as usuárias, escopo deste estudo.

## 5.6 Técnicas e Procedimentos de Análise de dados

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas textualmente. As entrevistas foram analisadas, inicialmente, com auxílio do Software Atlas-ti 5.0.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que de acordo com este, trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, permitindo assim classificar o discurso, para este estudo, nas respectivas categorias e sub-categorias:

- a) Continuidade da gestão;
  - acessibilidade entre os níveis assistenciais;
  - flexibilidade de tratamento;
  - coerência da atenção.
- b) Continuidade da relação;
  - Consistência da equipe;
  - Vínculo com o profissional.
- c) Continuidade da informação.



- Transferência da informação;
- Conhecimento acumulado.

A análise das entrevistas dos sujeitos desta pesquisa serviram para captar as práticas, formas de relatar opiniões e experiências das usuárias com propósito de lançar luz sobre os seguintes aspectos: a) os fatores que capacitam ou limitam a acessibilidade aos serviços de saúde; b) elementos que influenciam na acessibilidade; c) barreiras e oportunidades da continuidade entre níveis de atenção à saúde e o uso de mecanismos de continuidade; d) sugestões e estratégias de melhoria da rede de atenção à saúde do Recife. Elaborando assim a seguinte matriz de análise dos dados (Quadro 1):

**Quadro 1 – Matriz de análise dos dados**

<b>Continuidade da Gestão</b>		
<b>Dimensão</b>	<b>Elemento percebido</b>	<b>Causa</b>
Acessibilidade entre os níveis assistenciais	Consulta e solicitação dos exames de diagnóstico na atenção básica	Disponibilidade para consulta e solicitação dos exames na atenção básica
	Acessibilidade ao mastologista de referência para o território	Facilidade para o agendamento do especialista
	Qualidade do serviço prestado	Tempo decorrido entre a solicitação e realização dos procedimentos especializados
	Acesso gratuito aos tratamentos/medicamentos referidos	Adequação às disposições legais para garantia da acessibilidade aos tratamentos/medicamentos referidos
Flexibilidade de tratamento	Reformulação do tratamento quando necessário	Conduta de reformulação do tratamento quando necessário
Coerência da atenção	Percepção da existência de coerência no tratamento	Possibilidade de discussão e decisão ao tratamento mais adequado e oportuno ao caso.
<b>Continuidade da Relação</b>		
<b>Dimensão</b>	<b>Elemento percebido</b>	<b>Causa</b>
Consistência da equipe	Estabilidade da equipe responsável pelo cuidado	Mudança de profissionais nos diferentes níveis de atenção ao longo do tempo
Vínculo com o profissional	Direito de escolha do cuidador	Usuário teve o direito de escolher os profissionais responsáveis pelo seu tratamento
	Confiança no tratamento relacionada ao profissional	Boa relação e estabilidade com os profissionais
<b>Continuidade da Informação</b>		
<b>Dimensão</b>	<b>Elemento percebido</b>	<b>Causa</b>
Transferência da informação	Conhecimento prévio e amplo sobre o caso.	Inclusão e apropriação das informações produzidas ao longo da assistência para a continuidade do tratamento
	Informações recebidas pelas usuárias	Habilidade de escutar e repassar as informações sobre o seu tratamento
Conhecimento acumulado	Conhecimento do profissional quanto ao histórico clínico, contexto social das usuárias	Conhecimento pelos profissionais dos dados individuais das usuárias, seu histórico clínico e o contexto social

Fonte: Adaptado de Letelier (2008)

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E OPERACIONAIS

### 6.1 Aspectos Éticos

Este estudo é um recorte da pesquisa Equity-LA nº 223123, o qual foi construído de acordo com os itens da Resolução CNS nº 196/96, do Ministério da Saúde, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa Equity-LA foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM) e pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), possuindo cartas de anuência dos municípios investigados.

Solicitou-se a todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa.

### 6.2 Aspectos Operacionais

A viabilidade deste projeto ancorou-se no fato deste se associar a um dos objetivos específicos de uma pesquisa já concluída intitulada Equity-LA financiada pelo **Sétimo Programa Marco (FP7): Cooperação, Saúde** e coordenada pela professora Maria Rejane Ferreira da Silva membro deste centro de pesquisa.

A propriedade dos resultados gerados por este trabalho é de seu autor. Os resultados encontrados nesta pesquisa poderão ser devidamente publicados em um periódico indexado, independente da confirmação ou não da hipótese da pesquisa.

## 7 RESULTADOS

Apresentaremos a seguir os resultados do estudo sobre a continuidade assistencial prestada a três mulheres portadoras de Ca de mama e usuárias da rede de serviços de saúde de Recife. Os resultados apresentados constituem-se em produto obtido sob a perspectiva de cada uma destas mulheres e evidenciada a partir de seus relatos. Optou-se por realizar a apresentação dos mesmos e no tópico seguinte, a discussão dos resultados, com a intencionalidade de dar mais fluidez ao texto. Neste sentido, estruturou-se a apresentação dos resultados a partir dos elementos percebidos e suas causas, com posterior desencadeamento das análises, na continuidade da relação, continuidade da informação e na continuidade da gestão, como verificaremos mais adiante.

### 7.1 Histórico das Usuárias

Por se tratar de um estudo de caso em profundidade, os instrumentos de coleta de dados da pesquisa subsidiaram um aporte substancial de detalhes da trajetória assistencial das três mulheres, além de informações sobre o seu contexto sócio-demográfico, sendo este, fator importante para composição das análises a respeito do impacto de cada fase, ao longo da trajetória de cada uma destas mulheres. Faremos uma breve descrição das características sócio-demográficas das três usuárias. Todas elas residiam no DS III, pertencentes a microárea 03 do referido DS.

#### 7.1.1 *Usuária 01*

A senhora de 68 anos, tinha três filhos e residia com as suas duas filhas. O terceiro filho era casado e morava em outra residência, todos no bairro da Guabiraba, comunidade de Bola na Rede. Sua residência era própria e localizava-se no final de uma ladeira sem pavimentação e de difícil acesso para veículos. A usuária teve diagnóstico de Ca de mama em 2008 e rapidamente iniciou seu tratamento, por se tratar, segundo a mesma, de um estágio avançado da doença. Trabalhava como faxineira antes de ser aposentada por invalidez, em decorrência da sua enfermidade, onde passou a receber um salário mínimo da Previdência Social e ainda a importância de R\$ 80 de aluguel de sua casa própria, pois a mesma precisou alugá-la ao longo do tratamento para facilitar seu deslocamento.

Eu trabalhava, mas depois que eu adoeci, fui operada e tirei esse seio, a mastologista me encaminhou para o benefício. Ela escreveu tudinho lá no papel, ela escreveu. Eu tenho aqui o laudo tudinho (Usuária 01).

A usuária utilizava o transporte coletivo como meio de locomoção, enfrentando um percurso viário difícil e demorado pelos itinerários das linhas de ônibus de seu bairro, havendo congestionamento das principais vias da cidade, o que aumentava o tempo de deslocamento da população em geral.

No decorrer de seu tratamento entre 2008 e 2010, ocorreram dois episódios que limitaram a sua locomoção. O primeiro episódio ocorreu um ano após o início do tratamento. Devido à gravidade de sua enfermidade e o aparecimento de metástase no fêmur, a usuária, durante uma consulta de seguimento, teve diagnóstico de Síndrome de Compressão Medular (SCM), o que a deixou impossibilitada de deambular. Necessitou ser internada e passou por tratamento para reabilitação locomotora, onde foi prescrito o uso de colete ortopédico. A mesma voltou a deambular, entretanto, após um ano, ela sofreu um acidente doméstico, no qual fraturou o fêmur e precisou ser internada para submeter-se a cirurgia e em decorrência da fratura, novamente a usuária ficou impossibilitada de deambular.

O difícil acesso de sua residência associado a impossibilidade de se locomover, obrigou a usuária a alugar sua casa e deslocar-se para outra casa alugada e de melhor acesso. A partir daí, a mesma passou a utilizar táxi para se deslocar aos serviços de saúde, exceto para a atenção básica, da qual recebia atendimento domiciliar.

No início de fevereiro de 2008, a usuária procurou a USF para consulta por causa das alterações encontradas em sua mama. A partir daí, no intervalo de aproximadamente 25 dias, a usuária passou por quatro unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade. Queixava-se de dor na mama esquerda que irradiava para as costas. Naquela ocasião, foi examinada pelo médico de família e encaminhada ao mastologista de referência no território da unidade do segundo nível assistencial. Logo em seguida, ela foi encaminhada à Unidade de Mastologia do hospital de terceiro nível, onde foi atendida e em seguida foi referenciada para o Serviço de Mastologia do hospital de referência oncológica.

Não foram encontrados registros em prontuário sobre todos os encaminhamentos derivados de cada uma das unidades por onde ela passou. Mas, segundo os relatos da usuária e dos profissionais, o tempo percorrido do primeiro encaminhamento até o acesso ao hospital especializado em Ca, foi em torno de 1 mês.

De acordo com a usuária, a gravidade de seu caso foi o principal motivo para garantir a rapidez de seus encaminhamentos.

Começou assim em 2008, eu fui para a médica da família, aí eu mostrei a mama a ela. [...] Aí ela, examinou, pelo toque, aí ela disse assim: a senhora não está bem. Aí ela pegou, fez uns exames, marcou, aí marcaram e eu fui encaminhada para a ginecologista aqui em Casa Amarela [...] Foi rápido. Porque a mastologista do hospital disse que já estava muito grave, já. Foi. Já estava grave. Porque ela disse que tinha que tirar a mama porque já estava grave mesmo (Usuária 01).

De acordo com a usuária, a agilidade no resultado de exames para o diagnóstico e os exames pré-operatórios, facilitou a sua entrada no hospital de referência oncológica e a rápida marcação da cirurgia.

O que facilitou operar no hospital foi que eu fiz o exame com quinze dias eu recebi a biopsia, não é?! Com quinze dias eu recebi, quando eu recebi, ela já marcou a minha cirurgia, dia 3 de Abril. Foi rápido (Usuária 01).

Os exames para rastreamento do Ca de mama, mamografia e ultrassonografia (USG), foram solicitados ainda na atenção básica, conforme o protocolo. A usuária, os profissionais da atenção básica e a oncologista concordaram que estes exames foram solicitados e realizados rapidamente, tanto na atenção básica quanto no hospital, o que diminuiu o tempo de espera para a cirurgia.

Após o diagnóstico, houve a indicação do tratamento cirúrgico, quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) pela mastologista do hospital de referência oncológica. Ela foi internada e no dia seguinte foi submetida à mastectomia radical na mama esquerda com esvaziamento ganglionar da axila esquerda.

Após a alta hospitalar a usuária foi encaminhada para a oncologia clínica do mesmo hospital, onde após trinta dias iniciou a QT e após seis meses da cirurgia, iniciou a RT.

Eu fui para Doutora, fui consultada aí ela passou para eu fazer o exame de sangue para ir para quimioterapia (Usuária 01).

Durante um ano a usuária foi atendida sem intercorrências. Contudo, após este período, constatou-se através da cintilografia óssea, metástase em fêmur. Aproximadamente um mês depois, foi registrado em prontuário que a usuária relatou dor intensa, difusa e dificuldade de locomover-se. Desconfiando da gravidade, a oncologista optou pela internação da usuária e solicitou uma consulta com um neurologista. Após a consulta ela foi diagnosticada com SCM, onde era imprescindível a realização de uma ressonância magnética (RM) para avaliar a gravidade do caso e as possíveis abordagens. Segundo a oncologista, o resultado da RM era necessário em menos de 30 dias, período no qual se poderia decidir qual a conduta a ser adotada com relação à RT. Houve um atraso na realização do exame e isto impossibilitou a realização da RT.

[...] Ela foi operada, ela fez a cirurgia da mama, ela fez quimioterapia, ela fez radioterapia da mama. Quando ela fez a Síndrome da Compressão da Medula ela não fez a radioterapia por conta do período que já estava com a paralisia dos

membros inferiores. É, mas ela teve a avaliação do neurologista, ela fez a fisioterapia motora (Oncologista- usuária 01).

[...] A ressonância magnética, especificamente a dela, na época demorou, demorou quase um mês para ser feita. E isso atrapalha, porque ela só vai fazer a radioterapia se tiver menos de um mês de compressão. Se eu demoro um mês para fazer o exame, quando eu fizer o exame, que for para a radioterapia já passou um mês e eles não vão mais indicar o tratamento (Oncologista- usuária 01)

A usuária necessitou de fisioterapia e realizou sessões no próprio departamento de fisioterapia do hospital de referência. Ressaltando que o apoio familiar também foi considerado como um facilitador na recuperação dela. Sua filha aprendeu com a fisioterapeuta os procedimentos que deveriam ser realizados. Terminada esta etapa, sempre com a ajuda da filha, a usuária voltou a deambular.

Porque todas as vezes que ela precisou das especialidades ela teve a assistência. A gente encaminhou para o radioterapeuta, mas o radioterapeuta demorou a ter a consulta, a consulta da radioterapia demorou, era ela internada e a consulta demorou [...]. Mas assim, a gente teve coisas que ela teve bem ágil. O neurologista, ele veio logo, ele providenciou logo, [...] ela tinha que ter o colete, ela teve o colete. Ela tinha que ter a fisioterapia motora, ela teve, mas também foi capengada, porque a fisioterapeuta vem uma vez e eu acho que não pode ser só uma vez por semana. Aí é quando entra a família, porque é quando eu digo assim, dentro das limitações, a família tem que saber atuar, aí a filha dela por ser uma pessoa atendida, supria isso, tanto que ela voltou a andar. Então, ela aprendeu, viu como é que era feita a fisioterapia, nos dias em que a fisioterapeuta não vinha ela assumia a função da fisioterapeuta, entendeu? (Oncologista-usuária 01).

A oncologista optou pela internação da usuária como medida para facilitar a consulta com especialistas e a manutenção de seu internamento foi também para evitar que a usuária, com a pouca mobilidade, se deslocasse desde sua casa para o hospital.

[...] Ela ficou internada quase dois meses. Ate porque a gente estava na recuperação, e mesmo interna ela estava fazendo a quimioterapia, a gente fazia a quimioterapia dela e mantinha o internamento aguardando exatamente a ressonância magnética, aguardando a avaliação da radioterapia. Eu a mantive internada até para facilitar isso aí, porque se eu desse alta, aí ela tinha que vim do ambulatório, ia ser mais complicado, para ela vir (Oncologista-usuária 01).

No seu período de internação, a pedido da oncologista, a usuária foi visitada por um ortopedista de outro hospital, especializado em trauma. Ele realizou medições para definir o tamanho e tipo de colete mais indicado para ela. A usuária afirmou que a prótese foi concedida gratuitamente e que seu uso melhorou as suas dores nas costas.

[...] Foi ela mesmo que falou com... Esqueci até o nome do médico, que veio me olhar, lá mesmo no hospital, veio me olhar. Aí, passou, primeiro ela foi a ele, aí ele veio me olhar e passou o colete. Eu recebi de lá, de graça mesmo, no outro hospital. A oncologista comunicou com ele, aí ele veio, tirou a medida, aí quem me consultou lá foi o médico, o moço mesmo, enviado por ela, e o rapaz de lá do outro hospital, ele veio, tirou a medida e no outro dia ele chegou com ele, aí melhora, mas sempre tenho dor (Usuária 01).

Mesmo com a SCM e o posterior uso do colete, a usuária se deslocava ao hospital por transporte coletivo, onde pagava meia passagem e referia que tinha condições de pagar por este valor.

Aproximadamente um ano depois, a usuária foi readmitida na emergência do hospital de referência por ter sofrido um acidente doméstico: uma queda da própria altura em sua residência. No referido serviço, durante a avaliação médica, constatou-se uma fratura de fêmur esquerdo, onde foi necessária a realização de processo cirúrgico. Nesta ocasião, foi realizado um exame anatomopatológico do fêmur esquerdo, onde revelou-se um tumor: carcinoma metastático, invadindo o tecido ósseo, o que impulsionou a oncologista a reiniciar a RT. Desta forma, a usuária ficou internada por dois meses para a realização de novo tratamento. Após este período, o quadro clínico dela apresentou uma melhora, entretanto, ela não voltou a deambular. Segundo a oncologista, a usuária provavelmente não conseguiu mais deambular por medo de acidentarse novamente. A partir daí, a usuária ficou impossibilitada de continuar utilizando o transporte coletivo, enquanto seu meio de deslocamento.

Conseguia ir de ônibus. Pagando ônibus, meia passagem. Aí depois que eu fiquei assim... [...] eu não tenho condições. De entrar dentro do ônibus e me locomover, não tenho condição. Tenho que ir de taxi mesmo. De ônibus é melhor, porque a passagem era menos, quando a passagem custava pouco, eu ia todo dia (Usuária 01).

Ela caiu de mau jeito, em casa, caiu e fraturou o fêmur. Então ela tem o fêmur esquerdo fraturado. Aí voltou, se internou de novo. Fez a cirurgia do fêmur, mas aí ela, agora, não anda mais. Não anda, e aí eu não sei se ela não anda porque não pode, mas ela reconheceu que ela está com medo de andar (Oncologista-usuária 01).

A partir desta fase, a usuária passou a conviver com dores intensas, o que lhe obrigava a fazer uso constante de analgésicos mais potentes e eficazes para sua dor, porém ela não dispunha dos mesmos gratuitamente e nem dispunha de condições financeiras para comprá-los, o que lhe obrigava a utilizar analgésicos de baixa eficácia para sua dor.

Quando quebrei essa perna, esse remédio não chegou não, era dipirona direto, aqui as contas, era aquela agonia, mas a dor era toda hora (Usuária 01).

### *7.1.2 Usuária 02*

A senhora de 71 anos, residia no bairro da Macaxeira, com sua família composta pelo marido, que estava aposentado e por dois dos seus três filhos. Um deles, portador de necessidades especiais, o outro, pastor em uma igreja evangélica. Sua filha e cuidadora, era casada e morava com o marido e filhos no Alto do Mandú, bairro de Casa Amarela, sua residência ficava próxima a um importante corredor de transporte coletivo. A usuária era dona de casa e por ser idosa, recebia um benefício da Previdência Social de R\$ 545,00. Sua

residência localizava-se em uma rua sem saída e de difícil acesso, o que impulsionou a mesma a deslocar-se para a casa da filha durante o tratamento. Aos 22 anos de idade, a usuária realizou tratamento para a retirada de um nódulo benigno em sua mama esquerda. Nesta época ela era solteira e ainda morava na casa de sua irmã mais velha. Este nódulo foi retirado em uma cirurgia ambulatorial realizada no hospital de referência. Contudo, após este procedimento a usuária não obteve mais consultas de seguimento.

A usuária foi diagnosticada com Ca de mama em 2008, após procurar um serviço de saúde por sentir leves dores na mama enquanto tomava banho. Seu marido e sua filha - cuidadora - tomaram ciência de tal fato e insistiram para que a usuária fosse examinada por um profissional de saúde.

É a dorzinha que dá nas laterais do busto que a gente tem quando está tomando banho, a gente sente. Nunca tinha feito exame de mama. E quando fiz aí acusou esse caroço de quase 7 cm na mama direita (Usuária 02).

A filha da usuária conseguiu marcar rapidamente uma consulta com a ginecologista na UBT de referência no território. O período de espera entre a marcação e a consulta foi de três dias úteis. No dia marcado, a usuária foi acompanhada por sua filha. No decorrer do exame físico a ginecologista notou uma alteração na mama direita e solicitou uma mamografia e USG de mama e procedeu com o encaminhamento para o mastologista de referência no território. O tempo decorrido entre a solicitação dos exames e a sua realização foi de três dias úteis.

A mamografia e a USG foram realizadas em unidade conveniada ao SUS. A mamografia foi expedida em tempo hábil até a consulta com o mastologista, o que deixou a usuária bastante satisfeita, porém a USG não foi expedida na mesma época. Este resultado só foi resgatado um dia antes da consulta em hospital terciário de referência.

A porta de entrada foi a mamografia e ultrassonografia que eu fiz que acusou o nódulo, passados pela médica a ginecologista, sem eles não tinha descoberto o câncer e nem tinha feito a cirurgia (Usuária 02).

Isso foi tudo aqui. Que a doutora mandou já fazer e disse: vá com todos os exames. Porque aí ele vai encaminhar você para fazer o que deve ser feito. Quando ele olhou a chapa, ele disse: “É um câncer viu”. Aí encaminhou, anotou na folha do encaminhamento [...] (Usuária 02).

A usuária teve sua consulta com o mastologista de referência no território, relatou que não houve dificuldade para agendamento e na ocasião, só dispunha do resultado da mamografia. O mastologista confirmou a hipótese diagnóstica da ginecologista e a encaminhou ao serviço de mastologia do hospital terciário de referência oncológica e também solicitou exames pré-operatórios, recomendando a mesma, levá-los logo na primeira consulta.



Depois que trouxe o exame aí minha filha levou para esse médico. Ele examinou direitinho, apalpou meu busto que estava doente e deu o encaminhamento (Usuária 02).

A usuária relatou que foi bem atendida no hospital terciário e que não houve muita espera para a consulta. A mesma atribui a rapidez e o bom atendimento ao encaminhamento feito pelo mastologista de referência no território.

Eu acho que só atendeu mais porque estava com o nome dele, o carimbo. Ele disse: Diga que é um amigo. Aí, por conta da amizade de um médico com o outro aí acho que facilitou foi isso também. Foi rápido. A gente abriu o prontuário num dia, no outro ele estava atendendo e marcando a cirurgia (Usuária 02).

Ela dispunha dos resultados de todos os exames solicitados anteriormente, onde só foi necessária a solicitação do parecer cardiológico e da confirmação de seu tipo sanguíneo para a marcação da cirurgia.

Nesta etapa, a usuária encontrou barreiras para obtenção do parecer cardiológico, pois ela e sua cuidadora ao tentarem agendamento para o cardiologista de referência, perceberam que não seria possível tal consulta com brevidade, o que as deixou angustiadas e elas optaram por realizar a consulta cardiológica para emissão do parecer cardiológico em clínica privada. Deste modo, a usuária arcou com os custos do eletrocardiograma (ECG) e do parecer cardiológico a fim de agilizar sua intervenção cirúrgica.

[...] Eu disse: Só está faltando o do coração, Ele disse: Então faça o do coração. Como não tinha como fazer lá, a gente pagou uma clínica aqui. Para ser mais rápido. Porque nervosa né, preocupada. Aí eles não tinham na quarta, não tinha na quinta, só tinha na segunda [...] (Cuidadora -Usuária 02).

A cirurgia ocorreu sem complicações. A cuidadora relatou que já no hospital, a usuária foi consultada por um mastologista, a cirurgia foi realizada por outro e a alta hospitalar foi emitida por outro mastologista. Entretanto, as revisões ocorreram com o mastologista que realizou a cirurgia e por ele foi acompanhada até ser encaminhada à oncologia clínica, dois meses depois.

A usuária realizou sua primeira consulta com a oncologista clínica, onde foram solicitados os exames para avaliar seu estado de saúde e dar início à QT e RT. Desde então, seguiu em acompanhamento programado com a mesma profissional.

A oncologista ficou me acompanhando até agora. Eu tomei todas as quimioterapias lá no hospital. Eu fiquei tomando por seis meses [...] (Usuária 02).

Eles dão uma fichinha a gente, indicando as coisas que a gente não deve fazer. Raiva a gente não pode ter. Eles dão um papelzinho indicando tudo lá no hospital (Usuária 02).

Alguns meses após a cirurgia, a usuária apresentou um quadro de linfedema e necessitou do serviço de urgência do hospital de referência oncológica. Ela relata que houve

relativa demora no atendimento pelo médico de plantão, o que gerou um certo enfrentamento entre a usuária junto à sua cuidadora e o médico, contudo ela teve o seu atendimento e posteriormente foi liberada. Porém, no dia posterior os sintomas permaneceram e a mesma procurou novamente o serviço de urgência, onde foi atendida. Nestes dois episódios, a usuária relata que teve um bom atendimento pelos profissionais.

Eu não tenho o que dizer de nenhum deles. No outro dia o meu braço inchou demais, a mão estava inchando. Minha filha saiu daqui de meia noite, foi lá. Me atendeu muito bem, não tenho o que dizer de médico nenhum (Usuária 02).

Posteriormente, durante suas consultas de seguimento com a oncologista, estes episódios foram referidos e acrescidos de um terceiro que foi uma queimadura sofrida durante as atividades domésticas em sua residência, evoluindo com complicações, onde a usuária e sua cuidadora, novamente procuraram o serviço de urgência do hospital de referência oncológica, onde houve o atendimento e tratamento adequado, referido pela usuária.

Porque a gente sente vontade de fazer os serviços que a gente fazia. Aí a gente tem que fazer. Às vezes a gente precisa de um pouco d'água, aí a gente vai tirar. Eu me queimei, eu fui fritar peixe aí o óleo pipocou e bateu no meu dedo. Aí deu erisipela. Mas imediatamente eu fui no médico de lá na emergência do hospital, fui muito bem atendida duas vezes. Uma vez porque o braço inchou muito [...] Sim, aí eu tomei 5 benzetacil. Mas das injeções que ele passou eu tomei na emergência. As outras eu tomei aqui na policlínica (Usuária 02).

A usuária foi encaminhada pela oncologista à fisioterapia do hospital de referência para tratar do linfedema. Segundo ela, não houve problemas para acessar o serviço. Contudo, a usuária relatou que o tempo entre a sua chegada ao serviço e o final do atendimento na fisioterapia, durava em média, quatro horas. Para ela, essa demora é excessiva e decorrente da quantidade insuficiente de especialistas disponíveis na rede, o que ainda foi agravado quando uma das fisioterapeutas entrou de férias, pois não houve substituição. Um fator percebido pela usuária e que atenuou o tempo de espera foi a existência de estudantes em estágio, auxiliando no atendimento e contribuindo para dar mais celeridade, muito embora este não seja o objetivo pedagógico para o estudante neste local. Ainda neste contexto, a usuária refere que a demanda é tão grande que os estudantes muitas vezes não possuem intervalos para se alimentar por causa da alta demanda de atividades.

Aí deu esse problemzinho no braço, porque a gente sempre é trelosa de fazer o que eles falam para não fazer e a gente vai lá e faz e se prejudica. Aí começou a inchar e ela me encaminhou, a minha médica que me acompanha [...] E mandou eu fazer a fisioterapia no hospital. E cá também onde eu faço a fisioterapia. Não tem o que dizer de nenhuma (Usuária 02).

Demora tem demais. Agora mesmo, eu chego lá de 7h, às vezes 7:10h, 7:15h, quando eu venho sair é 11h, 11:30h, por causa que tem poucas meninas, às vezes vêm poucas moças para fazer a fisioterapia. E às vezes só é uma para atender,

porque a outra estava de férias. Tem estudante que ajuda. Quando não tem mais ninguém para fazer a fisioterapia aí ela vai ajudar a doutora que enrola o braço, que enfaixa o braço. Aí umas vão passando o creme, a pomada e vai botando as coisas necessárias para ir mais depressa. Elas são tão esforçadas que nem lancher direito elas não lancham. Levam, mas não tem tempo de comer (Usuária 02).

### 7.1.3 Usuária 03

A usuária 03, com 47 anos, residia com seu esposo no bairro da Macaxeira. Sua residência era própria e de fácil acesso, localizada em rua asfaltada, plana e próxima a uma Avenida que apresenta-se como importante corredor de transporte em sua região. Ela trabalhava como Agente Comunitária de Saúde (ACS) na Unidade de Saúde da Família (USF) próxima à sua residência. Recebia um salário base de R\$ 600,00 acrescido de gratificações e adicional por desempenho de equipe. Seu marido trabalhava na construção civil e não informou a renda. A usuária relatou que em 2003 passou por uma consulta com a ginecologista de referência no território e que foram solicitados os exames de rastreamento do Ca de mama, porém ela relatou que não deu a devida importância aos mesmos por não estar sentindo quaisquer alterações e que por isto, não realizou nenhum dos exames. A usuária procurou uma nova consulta em junho de 2005 e somente foi diagnosticada com Ca de mama em dezembro do referido ano, por conta das limitações em sua trajetória assistencial.

A trajetória desta usuária inicia-se a partir do momento em que a mesma percebe alterações em sua mama e decide compartilhar o achado com a médica da sua equipe da USF, em consulta informal durante o ambiente de trabalho.

Não. Nunca fui atendida. Quer dizer, por mim mesmo, eu nunca quis. Porque assim, eu sou muito assim com a médica. Quando eu preciso, ela me atende [...] Foi, eu não tinha uma ginecologista certa que eu fosse com frequência (Usuária 03).

Neste momento, foram solicitados exames de rastreamento e realizado o encaminhamento a ginecologista de referência no território, no segundo nível assistencial. Inicialmente, ela optou por aguardar pela regulação da vaga para consulta com a ginecologista, mas por saber da gravidade de sua enfermidade, ela decidiu não aguardar e procurou por demanda espontânea o serviço de referência em ginecologia de sua área. Ao adentrar ao segundo nível assistencial, a usuária relatou dificuldades para ser consultada e identificou como fator limitante, as faltas sequenciais da ginecologista em seus dias de consulta. Ela ressaltou que os médicos faltam muito ao trabalho. Somente após alguns agendamentos perdidos, ela finalmente conseguiu atendimento. Três meses após o seu encaminhamento. A usuária não recordava quantas vezes teve a sua consulta adiada por falta da profissional, nem houve registro em prontuário dessas faltas.

Fui para o posto, marquei a ginecologista e fiquei me tratando lá. Eu fui de demanda espontânea. Porque eu vi a necessidade e na USF não tinha ginecologista. Tinha a minha médica, mas era clínica. Aí eu fui e procurei a ginecologista. Mas ela faltava muito. É outra coisa que eu acho errado. Os médicos faltam muito (Usuária 03).

Eu não sei as outras ginecologistas, mas eu sei que essa faltava. Só que eu insisti, vou voltar. Vou voltar para ela. Aí remarcava e voltava, remarcava e voltava. Até que eu consegui mostrar os exames para ela. E ela disse: vou encaminhar você direto para o mastologista (Usuária 03).

A ginecologista encaminhou a usuária ao mastologista da mesma unidade de referência no nível secundário de atendimento. Neste momento, ela identificou outro fator limitante para a sua consulta: o serviço de mastologia contava apenas com um médico, que estava entrando de férias e de acordo com a percepção da usuária, a gestão do serviço não providenciou outro profissional para dar continuidade aos atendimentos. Desta forma, ela não obteve êxito na marcação da consulta em tempo oportuno e optou por retornar à ginecologista. Esta profissional ressaltou a gravidade indicada pelo resultado de seus exames e a importância em dar sequência na definição do diagnóstico o mais rápido possível, pois havia suspeita de sério problema com a sua mama. Para a usuária, a indisponibilidade do mastologista em tempo oportuno foi a sua principal dificuldade para ter acesso ao diagnóstico. Diante da situação exposta, a usuária procurou uma clínica privada próxima a sua residência, sessenta dias após a primeira consulta com a ginecologista.

Pronto. A dificuldade que eu tive no SUS foi essa. Foi de querer um mastologista e ele estar de férias e não ter outro no lugar. É porque ele ia entrar de férias. Só tinha um mastologista. Eu acho um absurdo. Aí ia demorar muito, ele estava de férias. Aí foi quando eu fui lá e "tá de férias". Eu perguntei: Tem outro? E me disseram que não. Aí eu disse: não vou esperar não. Voltei para a ginecologista e ela me disse: você tem que ir rápido para o mastologista, porque os seus exames não deram coisas muito boas não. Aí eu fiquei muito preocupada e disse: não vou esperar não (Usuária 03).

Ela obteve informações de que o mastologista da clínica privada era bem conceituado enquanto profissional, pelos seus pacientes.

A usuária pagou pela consulta e durante o seu atendimento, recebeu a confirmação da gravidade de sua doença: o mastologista explicou de que se tratava de um Ca de mama e havia necessidade de uma intervenção urgente. Ele explicou para a usuária a sucessão de procedimentos a serem adotados e as opções de tratamento disponíveis, sugerindo uma retirada parcial da mama – quadrantectomia.

[...] Proximidade da minha casa e por uma coisa... Eu havia escutado que ele era um mastologista muito bom, um médico muito bom. Foi ele quem olhou o exame e disse: você precisa urgentemente fazer uma cirurgia. Ele até explicou tudinho. A gente vai fazer um quadrante. Só a parte que estava sendo afetada. Agora, que ele trabalhava no hospital eu não sabia, fiquei sabendo depois da consulta, o que facilitou muito para mim (Usuária 03).

A usuária informou que não dispunha de condições financeiras para o custeio do tratamento em rede privada e o mastologista a encaminhou ao hospital de referência conveniado ao SUS, onde ele também trabalhava. Ela identificou, enquanto facilitador da sua entrada ao referido hospital, o fato de ter sido uma usuária proveniente de consulta em rede privada e possuir um encaminhamento em mãos, propiciando o rápido início do tratamento e evitando que ela encontrasse dificuldades no acesso, como aguardar por marcação de consultas de madrugada, como muitas usuárias que aguardam a cota de marcação de consultas neste serviço. No mesmo dia em que foi encaminhada à oncologia ela foi consultada. A oncologista indicou de imediato o tratamento de QT antes da cirurgia. Assim como o mastologista, foi explicado a ela os efeitos colaterais do tratamento e neste momento, a profissional oncologista sugeriu a mastectomia total, diferentemente do que havia sugerido o mastologista.

Ele marcou, eu fui. [...] Eu acho que o que facilitou foi o médico. Ele foi a porta de entrada para tudo. Porque se não fosse ele, se eu fosse esperar pelo outro que estava de férias ou procurar em outra unidade, não sei se eu iria conseguir tão rápido como eu consegui com ele. Ele viu a necessidade, acho que ele sabia que eu ia ter dificuldade, Porque ali no hospital que ele encaminhou, você madruga para pegar uma ficha. Então eu fui encaminhada. Ele mandou eu fazer logo o meu cartão, porque também ele viu a urgência de fazer essa cirurgia. Tinha que ser rápido mesmo (Usuária 03).

No mesmo dia que ele marcou, eu estava lá. Aí me atendeu e me passou urgentemente para a oncologista, ela disse: você vai fazer quimioterapia. Aí me explicou todo o processo e aí começaram as quimioterapias, foram marcadas, tudo certo (Usuária 03).

Durante o tratamento de QT, a usuária utilizava como meio de transporte para deslocamento aos serviços de saúde, um carro particular de familiares, acompanhada sempre pelos mesmos. A partir do acompanhamento clínico de seguimento, a usuária voltou a se deslocar por transporte público. A USF e os serviços do segundo nível assistencial ficam próximos à sua residência. Já o hospital terciário situa-se mais distante e o acesso ao mesmo era por transporte público e uma parte percorrido a pé.

É distante. Para mim aqui onde eu moro, é bem distante. Depois que eu fiz o meu tratamento, eu já podia andar de ônibus. Hoje mesmo eu vou de ônibus. Então, eu desço na avenida e ando aquela rua todinha. Passa ali pelo Mercado... É distante. É, mas graças a Deus eu tinha meu cunhado que me levava e me esperava de carro. Mas para quem não tem, fica difícil. Mas sempre eu tinha alguém para me levar, me esperar e me trazer. Se eu fosse de ônibus, realmente, para a pessoa que fez quimioterapia e vir de ônibus, debilitada, cansada e assim, até a própria poeira que a pessoa está ali mais sensível, a imunidade já mais baixa... Tudo isso para quem não tem uma condução, é difícil. É porque do meu lado eu não tive, mas olhando para o lado geral, é uma dificuldade (Usuária 03).

A usuária realizou seis sessões de QT, entre março e junho de 2006. Ela refere ter sido devidamente informada da necessidade de monitoramento através de exames durante todo o processo, o que indicaria a continuidade ou pausa do tratamento até uma nova avaliação.

[...] Desde o começo eu sentia tudo, quando eu fui para lá para começar o tratamento... Porque depois que você começa, você não sabe como é, tanto faz você estar bem, como de repente... Teve um dia que as taxas estavam baixas, aí teve que voltar a tomar a medicação para depois voltar a fazer (Usuária 03).

Após as sessões de QT, sua cirurgia foi agendada para a semana seguinte. A oncologista chamou a atenção para a importância das reuniões clínicas que ocorriam no hospital para organização do fluxo das cirurgias e agendamento das cirurgias prioritárias.

Esta mastologista foi uma das que estavam na junta médica que eu passei e ela apenas me encaminhou, mas dizendo: essa aí tem que ser logo. Aí me botou na frente (Usuária 03).

As reuniões facilitam, não é? É o que a gente vinha fazendo, é bom. A mastologia tem toda a marcação da cirurgia, nesse tipo de reunião, para ver o recurso de quem está precisando realmente mais, ser prioridade (Oncologista – usuária 03).

A cirurgia foi realizada pelo mesmo mastologista que a atendeu pela primeira vez. Ela ficou internada durante oito dias e neste período, a mesma recebeu recomendações dos profissionais de plantão sobre a reabilitação. A usuária relatou que os plantonistas que lhe acompanharam durante a internação foram ótimos, que o tratamento foi muito bom e que se sentiu bem cuidada.

Fiquei 8 dias internada. Fui operada pelo mastologista que me atendia. Eu me internei na segunda-feira e na sexta-feira ia fazer a cirurgia. Assim, foi um tratamento muito bom do hospital, não tenho o que dizer de lá não. Desde o internamento, até o dia em que eu saí. Os plantões foram ótimos, enfermeira toda noite. Tinham um cuidado... (Usuária 03).

Após a alta hospitalar, a usuária relatou que recebeu visitas domiciliares da enfermeira da USF.

A enfermeira foi na minha casa e fez a visita quando eu cheguei da cirurgia (Usuária 03).

Após a cirurgia, a usuária prosseguiu com as consultas de seguimento, referindo que não precisou enfrentar filas nem houve demora no agendamento. O tratamento de RT foi iniciado em novembro de 2006.

A usuária relatou que ocasionalmente foi consultada por outra oncologista clínica, quando a sua oncologista de referência estava com tempo de espera para consulta aumentado. Contudo, ela relatou que preferia esperar um pouco mais para se consultar com sua médica de referência e que somente não o fazia quando as recepcionistas do setor a orientavam a marcar para um outro e assim, não esperar tanto.

Só quando ela estava com uma coisa que eu não pudesse esperar. Mas sempre tinha vaga para ela. Demorava, mas eu esperava. Se fosse possível, eu preferia a mesma. Quando realmente a recepcionista dizia: Vai esperar muito, vá para outro... Aí eu ia para outra oncologista. [...] Não. Bastava chegar de manhã e já marcava. Nunca tive que madrugar no hospital, pelo menos para marcar para oncologista não. Eu tenho que ir lá marcar. Mas eu nunca tive problema com marcação não. Sempre que eu chego lá... Agora, não é rápido. Às vezes, hoje mesmo eu vou hoje, hoje é outubro não tem, só tem lá para dezembro, janeiro... Dois meses, três meses (Usuária 03).

A usuária referiu seu comprometimento com as consultas de seguimento nos anos seguintes, ao qual foi bastante assídua, fato comprovado pela oncologista clínica.

De acordo com a oncologista, a programação das consultas de seguimento, estavam adequados ao protocolo do SUS. A oncologista ressaltou que a usuária teve acesso ao tratamento adequado para a sua enfermidade, assim como os exames específicos que lhe deram maior proteção e qualidade de vida tendo em vista o diagnóstico tardio.

As consultas eu estou indo sempre. Eu não deixei não. 5 anos que eu me trato lá e eu não perco uma consulta (Usuária 03).

Ela tem acesso a um seguimento programado e tem feito o papel dela de ter vindo, não é? Então, ela cumpre essas reavaliações periódicas (oncologista-usuária 03).

[...] Fazer os exames que são recomendados de seguimento. Nos primeiros dois anos, a gente fez de três em três meses, depois fez de seis em seis meses. Quando completa os cinco anos, fica uma consulta anual sempre com a recomendação “se houver alguma novidade é para vir antes”. Eu acho que em pagando o preço de ter um diagnóstico mais tardio, ela teve acesso ao tratamento adequado, no sentido da quimioterapia que devia ser feita, de ter análise de imunohistoquímica, de acesso a hormônio, de acesso a cirurgia adequada. Pensando em câncer de mama, nos subtipos histológicos que foi o que ela teve, ela fez o que precisava (Oncologista-usuária 03).

A usuária também foi acompanhada pela cardiologia e psicologia do hospital. O acompanhamento da cardiologia foi decorrente de algumas alterações sentidas pela usuária. O acompanhamento da psicologia foi resultante da mutilação provocada pela retirada da mama, que afetou a autoestima e sexualidade da usuária. A oncologista corroborou com a usuária em apontar estes, como os principais especialistas os quais a usuária recebeu acompanhamento.

Ela tinha algumas queixas de libido sexual, não é? de readaptação... teve algumas queixas de palpitação, mas não tinha dano cardíaco, não tinha nada, era mais a questão de ansiedade (Oncologista-usuária 03).

A usuária relatou que as consultas com a psicologia foram muito importantes para lhe dar segurança, ânimo, recuperação da autoestima, pois ela estava sentindo-se deprimida. Relatou que em princípio, só havia vagas para psicologia infanto-juvenil, porém ela percebeu que se tratando de usuária proveniente da oncologia, foi-lhes dada certa prioridade na consulta.

Ela me deu uma ajuda muito grande. E ela nem atendia adulto, parece que ela trabalhava mais com adolescente ou com criança. Mas, como ela me viu tão assim e

viu meu problema. Porque todo mundo tem uma certa prioridade quando fala em oncologia. Quando é o carimbo de oncologia o pessoal já sabe que a pessoa tem alguma prioridade. Aí ela arrumou uma vaga para mim, ela não tinha. Mas ela arrumou um encaixe e eu fiquei me tratando com ela (Usuária 03).

## 7.2 Continuidade da Gestão

A continuidade da gestão é a percepção pela usuária de que recebe os diferentes serviços de assistência de maneira coordenada, complementar e sem duplicações, aquela em que a usuária percebe ter um local e uma equipe específica que realiza os cuidados em saúde (REID et al, 2002). Apresentaremos neste tópico os resultados relacionados a continuidade da gestão, a partir das suas três dimensões: Acessibilidade entre os níveis assistenciais, flexibilidade no tratamento e coerência do cuidado.

### 7.2.1 *Acessibilidade entre os Níveis Assistenciais*

A acessibilidade entre os níveis assistenciais constitui-se na percepção pelas usuárias de que conseguem utilizar oportunamente e sem interrupções os serviços de saúde ao longo do contínuo assistencial e de acordo com as suas necessidades.

No que diz respeito ao primeiro elemento percebido “consulta e solicitação dos exames de diagnóstico na atenção básica” e a causa “disponibilidade para Consulta e Solicitação dos Exames na Atenção Básica”, a usuária 01 refere que antes de ter sido diagnosticada com Ca de mama, não costumava frequentar a USF. Ela relatou que antes do diagnóstico, nunca havia realizado exames para o rastreamento do câncer de mama. Afirmou que sabia da existência da mamografia, porém, ninguém a perguntou se havia realizado este exame. Quando o fez, descobriu que estava doente. Atribuiu a atitude de nunca ter feito o exame a necessidade de trabalhar para sustentar a família e por medo do possível diagnóstico.

Não... Antes eu ia, quando estava com uma dor de cabeça, assim, quando estava com um resfriado eu sempre ia ao posto. [...] Fazia, pré-natal eu fazia, todo mês (Usuária 01).

Não, perguntaram se eu fazia, fiz não. Eu tinha informação, mas eu nunca fiz. Quando eu fiz desse foi que eu descobri que tinha a doença. [...] E eu sei, sei lá. Eu não sei o por quê... Eu acho que era medo do resultado (Usuária 01).

Os exames para rastreamento do Ca de mama, mamografia e USG da mama, foram solicitados ainda na atenção básica, conforme o protocolo. A usuária 01, os profissionais da atenção básica e a oncologista concordaram que estes exames foram solicitados e realizados rapidamente.



A história dela foi tudo muito rápido. A médica da família encaminhou ela e rapidamente foi tudo resolvido. Cirurgias, consultas, exames, tudo, certo. A gente ficou surpreso, porque a intervenção foi muito rápida. A própria paciente relatou isso que foi tudo muito rápido e conseguiu marcar logo tudo cedo (Enfermeiro – usuária 01).

A usuária 02 relata que conseguiu a consulta na atenção básica em tempo oportuno e que foram solicitados os exames de diagnóstico durante a referida consulta.

A porta de entrada foi esse primeiro exame que eu fiz que acusou... da médica daqui do posto (Usuária 02).

Ela mandou deitar, ela olhou direitinho, mandou levantar os braços. E depois o médico também fez isso. Ela passou a mamografia e passou a ultrassonografia. Aí ela fez [...] (Cuidadora – usuária 02).

Isso foi tudo aqui. Que a doutora mandou já fazer e disse: vá com todos os exames, porque aí ele vai encaminhar você para fazer o que deve ser feito. Aí foi isso, que ela já foi com os exames (Cuidadora – usuária 02).

Percebe-se que a usuária 03, apesar de trabalhar na USF, somente obteve consulta informal na atenção básica, associando a isto, o fato de já ter realizado anteriormente e por demanda espontânea, um dos exames de rastreamento necessários e ter procurado também por demanda espontânea, o serviço de nível secundário.

Não. Nunca fui atendida. Quer dizer, por mim mesmo, eu nunca quis. Porque assim, eu sou muito assim com a médica. Quando eu preciso, ela me atende. Mas aí eu fiz o outro exame e eu disse para ela. Mas eu via que ela não podia resolver porque ela era clínica, o máximo que ela podia fazer era me encaminhar. Mas isso eu já tinha feito (Usuária 03).

No segundo elemento percebido “acessibilidade ao mastologista de referência para o território” e a causa “facilidade para o agendamento do especialista”, as usuárias 01e 02 relataram não ter encontrado barreiras para a consulta com o referido especialista. As usuárias associam a rapidez no atendimento à gravidade da doença.

[...]Aí ela pegou, fez uns exames, marcou... aí marcaram e eu fui encaminhada para a mastologista. Foi rápido. Porque ela disse que já estava muito grave, já [...] porque ela disse que tinha que tirar a mama, porque já estava grave mesmo (Usuária 01).

Depois que trouxe o exame, aí minha filha levou para esse médico de mama. Ele examinou direitinho, apalpou meu busto que estava doente e deu o encaminhamento (Usuária 02).

A usuária 03 encontrou dificuldades durante a sua trajetória ao mastologista de referência no seu território, ocasionada pela ausência do profissional por encontrar-se em período de férias e não haver substituição do mesmo no serviço, o que a impulsionou a procurar a consulta na rede privada.

Aí foi quando eu fui lá e "tá de férias". Eu perguntei: Tem outro? “Não tem outro”. Aí, eu disse: Não vou esperar não. Aí foi quando eu fui para o doutor particular (Usuária 03).

No terceiro elemento percebido “qualidade do serviço prestado” e a causa “tempo decorrido entre a solicitação e realização dos procedimentos especializados”, a usuária 01 refere que a solicitação e recebimento de seus exames ocorreram com brevidade e que tal fato também permitiu a agilidade na sua consulta no hospital de referência.

O que facilitou chegar no Hospital foi o exame de biópsia que com quinze dias eu recebi [...] quando eu recebi, ela já marcou a minha cirurgia [...] Foi rápido (Usuária 01).

A usuária atribuiu a agilidade no resultado dos exames para o diagnóstico e os exames pré-operatórios como facilitadores para o imediato agendamento de sua cirurgia, assim como a expedição da biópsia em curto intervalo de tempo.

O que facilitou operar no Hospital foi que eu fiz o exame e com quinze dias eu recebi a biopsia, não é? Com quinze dias eu recebi e quando eu recebi, ela já marcou a minha cirurgia, foi rápido (Usuária 01).

A usuária 02 refere que os exames solicitados ainda na atenção básica foram realizados rapidamente, numa clínica conveniada ao SUS. Contudo, a mesma refere que o resultado da USG não ficou pronto em tempo hábil até a consulta de retorno com a ginecologista da atenção básica, onde foi levado somente o exame de mamografia. Desta forma, a usuária 02 foi encaminhada ao mastologista de referência apenas com o resultado da referida mamografia.

O mastologista de referência no território, por sua vez, confirmou para a usuária 02 o diagnóstico de Ca de mama, orientou a mesma quanto às condutas que deveriam ser tomadas a partir daquele momento e encaminhou a mesma ao hospital de referência oncológica, solicitando ainda, outros exames necessários à cirurgia.

Aí ela fez a mamografia, num convênio que tem no SUS. Aí ela fez e acusou. Isso foi tudo aqui no posto. Que a doutora mandou já fazer e disse: vá com todos os exames. Porque aí ele vai encaminhar você para fazer o que deve ser feito [...] Aí disso, ela encaminhou para o doutor amigo dela que também, anotou na folha do encaminhamento o nome do doutor. Quando ele olhou a chapa, ele disse: É um câncer viu (Cuidadora – usuária 02).

Nesta fase, a usuária 02 encontrou barreiras quanto ao recebimento do resultado da USG, pois a mesma ainda não dispunha do referido resultado para levá-lo à consulta com o mastologista do hospital de referência, de acordo com a recomendação de todos os profissionais que a atenderam até o momento. O que impulsionou a cuidadora e fazer um apelo à clínica para expedição do resultado antes da consulta agendada, informando sobre a situação de saúde da usuária 02. Quanto aos exames laboratoriais, de acordo com a cuidadora, foram expedidos rapidamente, pois a mesma se comunicou diretamente com o laboratório e pediu brevidade na expedição dos resultados, pois se tratava de um caso de Ca de mama em estágio avançado, intervindo assim, no tempo de espera instituído pelo laboratório

responsável pela expedição dos referidos resultados, o que a deixou satisfeita com o tempo de espera.

Foi rápido, porque eu peguei o resultado. Falei até com o diretor do laboratório para fazer o exame de sangue dela. Por telefone, eu consegui. Eu entrei na internet aí eu consegui pegar o exame antes do tempo e com a maior facilidade. Eu falei com o diretor do hospital por telefone e disse: É a respeito de uma mastectomia que a minha mãe precisa fazer e ela está precisando muito desse exame. Então, gostaria da ajuda de vocês, da colaboração para que agilizasse, para que esse exame saísse antes da consulta. Então, foi rápido. Meu esposo foi lá e pegou (Cuidadora – Usuária 02).

[...]E falei: Minha mãe tá com uma consulta marcada. E comecei a chorar. Aí, eles conseguiram dar o resultado da ultrassonografia antes para andar as coisas e não perder a marcação. Porque se eu não tivesse ido tinha demorado muito. Porque às vezes quando é para resolver alguma coisa simples, ela não consegue. Eu tenho que entrar lá (Cuidadora – usuária 02).

Não obstante, a usuária 02 encontrou barreiras na expedição do parecer cardiológico pela impossibilidade de acessar o cardiologista de imediato, pois a agenda deste profissional estava cheia, o que impulsionou a mesma, junto à sua cuidadora a procurar uma consulta cardiológica em rede privada, pois ambas encontravam-se angustiadas com a gravidade da doença, deste modo, a usuária 02 arcou com os custos do ECG e do parecer cardiológico a fim de se submeter a cirurgia com brevidade.

Eu disse: só está faltando o do coração. Ele disse: então faça o do coração. Como não tinha como fazer lá, a gente pagou uma clínica aqui. Para ser mais rápido. Porque nervosa né, preocupada (Cuidadora – usuária 02).

A usuária 03 não encontrou dificuldades em relação aos procedimentos especializados, fato este que ela atribui em alguns momentos, ao seu conhecimento de como funciona a rede de saúde e à boa comunicação com os profissionais.

[...] Eu fiz no hospital. Agora eu prefiro fazer lá do que fazer aqui porque é mais rápido. O resultado sai mais rápido do que a mamografia lá. A doutora puxou no computador lá e disse: você fez aqui... (Usuária 03).

Antes da cirurgia, eu fiz tudinho de novo. (Usuária 03).

No quarto elemento percebido “acesso gratuito aos medicamentos referidos” e a causa “adequação às disposições legais para garantia da acessibilidade aos medicamentos referidos”, a usuária 01 relatou o seu impacto econômico pelo custo dos medicamentos que necessitou comprar ao longo do seu tratamento. Ela referiu que somente após alguns meses, conseguiu sua inclusão em programa governamental e a partir daí, passou a receber gratuitamente os referidos medicamentos.

Os gastos financeiros da usuária 01 com medicamentos se devem, de acordo com a mesma e com os profissionais cuidadores, à indisponibilidade de medicamentos para dispensação nos serviços, tanto medicamentos de baixo custo, como exemplo os analgésicos,

como os de alto custo e medicamentos de uso controlado, como a morfina. Após o tratamento de QT, a usuária necessitou fazer uso de antieméticos a fim de minimizar os efeitos do referido tratamento. Porém, nem sempre estes medicamentos foram fornecidos à usuária 01.

[...] Medicamento eu gastei muito dinheiro e ainda gasto dinheiro. Pronto, esse que eu chamo de tarja preta, eu ganhei lá no Hospital, sabe... esse aí, eu gastava, que ele é muito caro e ainda tem remédio que eu compro, só quem sabe é a minha menina, ela é quem vai comprar, ela é quem administra meu dinheiro (Usuária 01).

Tá saindo muito caro, né? A pessoa pagar, porque, eu pago aqui, setenta de casa, dezanove de luz, quanto é que sai? cinquenta de carro, o remédio que a doutora passa é caro...trinta e sete, agora não, que eu to ganhando, me inscrevi lá num projeto, um negocio de dor, to ganhando, e fora os que ela passou, que tem um remédio aí, que ela passou que eu não comprei ainda por conta disso aqui, que é um remédio que é controlado que é pra dor (Usuária 01).

Eu acho errado, sem ter condição porque com esse salário pra comer, para vestir, pra comprar as coisas da casa, porque com esse salário não compra nada; ou uma coisa ou outra, e aí pronto, eu acho esse negócio, assim, errado. Devia dar no mesmo canto que deu esse, devia dar esse também, mas esse aí é controlado, esse eu ganho, mas a dipirona eu compro (Usuária 01).

Pronto, é esse aqui oh, trinta e sete reais, tarja preta. Esse aqui, não é toda farmácia que tem, sabe [...] (Usuária 01).

Então, a questão de falta de medicamentos, a nossa população é pobre, não tem dinheiro para comprar remédio. Então, tinha que ter os medicamentos ao invés de você fazer, passar aqui a quimioterapia e o cara ficar vomitando lá, porque ele não tem o dinheiro para comprar o plasil (Oncologista – usuária 01).

Ela consegue pegar aqui a droga que é mais cara que é a morfina. Ela já pegou essa fase da morfina agora. Mas, primeiro ela teve que comprar. Porque a morfina custa mais que cem reais. Então ela vem aqui e o hospital fornece a morfina [...] (Oncologista - usuária 01).

A usuária 02, por sua vez, não relatou dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos referidos para a mesma. Quanto à usuária 03, apesar de referir que a dispensação dos medicamentos ocorriam no hospital de referência oncológica e que não houve dificuldades relacionadas a isto, observa-se que ela foi informada de eventuais faltas dos referidos medicamentos.

[...] Eu tomei tudo certo, nunca cheguei na farmácia para estar faltando. E ela sempre dizia: quando estiver faltando uma cartelinha, tu já vem porque aí tu não fica sem eles... porque às vezes falta (Usuária 03).

[...] Saía da consulta, já passava no salão e já pegava. Quando não, eu ia depois lá pegava a receita, que ela já tem muito bem organizado no computador (Usuária 03).

### 7.2.2 *Flexibilidade do tratamento*

Esta dimensão trata da percepção, pelas usuárias, de que ocorreram ou não algumas mudanças em seus planos de tratamento, a partir de necessidades surgidas pelas mesmas.

No elemento percebido “reformulação do tratamento quando necessário” e a causa “conduta na reformulação do tratamento quando necessário”, as usuárias 01 e 02 não referiram mudanças em seus planos de tratamento. Porém, a usuária 03 percebeu que houve uma mudança no tipo de cirurgia a ser realizada, ocorrida entre a consulta na mastologista de referência no território e o mastologista do hospital de referência oncológica onde a mesma submeteu-se a cirurgia.

Você precisa urgentemente fazer uma cirurgia. Ele até explicou tudinho. A gente vai fazer um quadrante. Só a parte que estava sendo afetada (Usuária 03).

[...] só que a mastologista disse: se a senhora tirar uma parte, o aspecto vai ficar muito feio. Tire logo tudo. Aí tirou logo tudo, que era melhor. Mas ele disse que se eu quisesse, tirava só uma parte (Usuária 03).

A usuária também referiu que devido a sua debilidade física apresentada após as sessões de QT, houve mudança no tratamento com a interrupção do total de sessões prescritas anteriormente.

Eu fiz quatro sessões de quimioterapia. Ela queria passar mais duas. Pelo amor de Deus, quimioterapia mais não, que eu ainda me lembro... Passou outras coisas, mas quimioterapia mais não, para mim não (Usuária 03).

### 7.2.3 Coerência da Atenção

Esta dimensão diz respeito a percepção por parte das usuárias de que há coerência entre os objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços, de acordo com os seus planos de tratamento e protocolos.

No elemento percebido “percepção da existência de coerência do tratamento” e a causa “possibilidade de discussão e decisão ao tratamento mais adequado e oportuno ao caso”, as usuárias 01 e 02 relataram que houve coerência em seus tratamentos.

A usuária 03 referiu que houve coerência nas etapas do tratamento adotados pelas equipes da mastologia e oncologia. Ela ressaltou que desde o início do diagnóstico esteve envolvida com as informações sobre os procedimentos ao qual seria submetida e dos resultados deles. A clareza nas informações dadas pela equipe sobre o tratamento adotado, também foram observadas pela usuária no decorrer do tratamento e nos encaminhamentos entre os serviços.

Médicos, eu não tenho o que dizer não. Até aqui fui bem orientada. Quando eu perguntava, sempre tiravam minhas dúvidas. A enfermeira foi muito boa também. Não tenho o que dizer dela. Quando eu precisei ela estava ali [...] conversava. Explicou tudinho a mim. Explicou que podia ter ânsia de vômito, que podia vomitar que eu ia sentir falta de apetite, mas que eu não deixasse de comer, porque isso ia ser importante para mim. Que a comida ia parecer uma bucha, tudo ela tinha falado. Que eu forçasse realmente. Tudo o que ela disse aconteceu. A gente sente uma falta

de apetite enorme, mas eu não deixava de comer não. Quando eu saí da cirurgia, a mastologista foi lá, viu. Ensinou os exercícios a gente, que a gente não deveria deixar de fazer (Usuária 03).

### 7.3 Continuidade da Relação

A continuidade da relação é a percepção pela usuária de consistência da equipe e da vinculação com os profissionais responsáveis pelo seu cuidado/tratamento, estabelecendo dentre outros aspectos uma relação de confiança no binômio usuário-profissional.

#### 7.3.1 *Consistência da equipe*

No elemento percebido “estabilidade da equipe responsável pelo cuidado” e a causa “mudança de profissionais nos diferentes níveis de atenção ao longo do tempo”, observa-se nas falas das Usuárias 01 e 03, o desejo de permanecer com o mesmo profissional ao longo do seu tratamento, além de defenderem a importância de se ter estabilidade na equipe profissional responsável pelo seu tratamento, considerando que esta tem a possibilidade de adquirir um conhecimento mais aprofundado tanto da condição clínica quanto do contexto social das usuárias. Ressaltam que quando ocorre a inserção de um novo profissional no decorrer do plano terapêutico, alguns aspectos relacionados ao histórico clínico e social de sua assistência são parcialmente perdidos.

Eu acho que é melhor sempre o mesmo, sabe por quê? Porque o mesmo ele já sabe, ela já sabe da minha situação, entendeu? Porque se chegar outro, como é que vai saber [...] (Usuária 01)

Porque sai um, sai outro, sai um, sai outro, eu sei lá, eu acho que deveria ficar a mesma, não é? Porque a outra que eu me consultei, ela já conhece já o problema, né?! E esses outros eu não sei, que eu nunca me consultei com eles, eu não sei (Usuária 01).

Se fosse possível, eu preferia [...] Porque veja bem, eu vou para aquela médica. Mas não é aquela médica que vai estar, já vai estar outra (Usuária 03).

A Usuária 03 ainda relata que por vezes a consistência da equipe é descontinuada pela superlotação da agenda de um determinado profissional ou pelo simples fato da saída dos profissionais por gozo de licenças, sem que ocorra a devida reposição destes neste período.

E eu acho que quando um médico tivesse férias ou licença médica deveria ter outro. Porque agora mesmo, o posto da gente tava sem nenhum médico. Um de férias e a minha médica da equipe está de licença médica. [...] Não tem a ginecologista que deveria ter. [...] É porque ele ia entrar de férias. Só tinha um mastologista. Eu acho um absurdo (Usuária 03).

Quando realmente ela dizia: “Vai esperar muito, vá para outro”. Aí eu ia para doutora. Fui para um médico que só fui uma vez mesmo e agora esse último, que foi o que ficou mesmo no lugar dela. Que é muito bom, também. Que eu fui para ele e vou continuar com ele (Usuária 03).

Já a Usuária 02, apesar de relatar a existência de uma estabilidade na equipe responsável pelo seu tratamento, refere não identificar qualquer dificuldade em relação ao seu tratamento quando da mudança do profissional.

Então, foi o mesmo médico [...] Foi sempre a doutora. (Usuária 02).

Acho que não mudava muita coisa não [...] Não ia fazer diferença não (Usuária 02).

Em contradição, observa-se tanto na fala da Usuária 02 quanto na da Usuária 03 uma falta de clareza na identificação dos profissionais responsáveis pelo seu tratamento.

Fato que talvez não ocorresse caso tivesse havido de fato consistência na equipe profissional.

É que eu não me lembro do nome dos médicos (Usuária 02).

Me parece que antes da doutora, eu passei por outra médica, outra oncologista. Que foi doutora... Eu não sei quem foi primeiro, se foi essa doutora ou foi a outra doutora. Eu sei que me tratei com as duas (Usuária 03).

Teve uma época que ela teve licença, porque ela teve bebê, aí foi com essa doutora. Eu não sei o que aconteceu, mas teve uma época que eu também fui atendida por um médico (Usuária 03).

Observou-se ainda, que a usuária 02 tinha o entendimento de que a mudança de profissional existente no serviço pudesse fazer parte da forma como se estruturava o referido serviço.

Eu penso assim, que é o sistema do hospital que faz assim (Usuária 02).

### *7.3.2 Vínculo com o Profissional*

No primeiro elemento percebido “direito de escolha do cuidador” e a causa “usuário teve o direito de escolher os profissionais responsáveis pelo seu tratamento”, percebe-se, a partir do discurso da Usuária 03, uma informalidade na garantia do direito das usuárias na escolha e manutenção dos profissionais responsáveis pelo seu tratamento ao longo da trajetória assistencial. Evidenciada a partir do estabelecimento de alguns beneficiamentos a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal com os profissionais responsáveis pelo processo de marcação das consultas e retornos. Demonstrando uma fragilidade contida no processo de marcação de consultas e retornos.

É porque sinceramente eu preferia médica mulher, eu me sentia mais à vontade. Mas ele me deixou tão à vontade que eu vou ficar com ele mesmo (Usuária 03).

Mas eu gostei mais da doutora, aí toda vez que eu ia, eu dizia que era para doutora. Mas tem muita gente para ela. Mas dá um jeitinho, eu dizia... Aí, as meninas começaram a marcar para ela. Aí eu fiquei com ela, até a minha alta (Usuária 03).

No segundo elemento percebido “confiança no tratamento relacionada ao profissional” e a causa “boa relação e estabilidade com os profissionais”, de forma geral, as usuárias referiram o estabelecimento de uma boa relação interpessoal com os diversos profissionais envolvidos no seu tratamento em todos os níveis assistenciais percorridos por elas.

Fui bem atendida, a Doutora, as enfermeiras cuidaram de mim e de todos os pacientes lá, a doutora, ela é excelente. É uma doutora muito boa, todos os médicos de lá me atenderam muito bem, muito bem a Doutora também (Usuária 01).

Eu não tenho o que dizer de nenhum deles. Outro dia o meu braço inchou demais, a mão tava inchando. Minha filha saiu daqui de meia noite, foi lá. Me atendeu muito bem, não tenho o que dizer de médico nenhum (Usuária 02).

Acho que quem não conhecer a enfermeira ali na área de oncologia [...] Sempre tava ali para dar uma força a gente, sempre foi muito boa com a gente, não só ela como as outras também, enfermeiras [...] A enfermeira chefe, também muito atenciosa quando a gente procurava ela para conversar, para tirar dúvidas. Uma pessoa muito boa também (Usuária 03).

Contudo, observou-se na usuária 01, que devido ao seu longo tempo de espera para a consulta com a oncologista, a mesma ficava angustiada e tomava uma postura introvertida, optando por não deixar fluir a comunicação.

[...] Aí eu ficava chateada e não perguntava mais nada a ela... (Usuária 01).

Observou-se ainda, no relato da usuária 03, o estímulo ao cumprimento das orientações dadas pelos profissionais referidos pelas mesmas como cordiais durante as consultas.

E que esta boa relação traz consigo um sentimento de confiança relacionado à adequação do projeto terapêutico traçado para as usuárias, e por conseguinte potencializa a vinculação destas com os profissionais.

Ah o que a doutora dissesse, eu trazia o exame de qualquer jeito. Se ela dissesse: "Vá fazer o exame aqui no hospital, eu quero que seja um exame daqui." Eu ia fazer no hospital (Usuária 03).

Tudo o que ele mandou eu fazer eu fiz direitinho, sem pestanejar [...] Segui tudo direitinho. Eu não pegava em vassoura, não fazia movimentos repetitivos. Tudo o que ela pediu, eu não fiz (Usuária 03).

Observa-se também, que a boa relação e confiança no profissional está em diversos momentos pautada na percepção das usuárias do respeito e do comprometimento dos profissionais com a condução da sua linha de cuidado.



Muito interessada em tudo. Ela sempre fez: Vá sentar na maca. Aí examinava tudo (Usuária 03).

Eu confio, né? Porque quando eu me sinto com alguma coisa, ela me examina. Mostrei o braço, ela logo encaminhou para fazer a fisioterapia. Eu não tenho o que dizer dela (Usuária 02).

Eu acho que na saúde, tanto o profissional que está lá, como o paciente, tem que ter certo equilíbrio emocional de conversar, de perguntar, de saber chegar (Usuária 03).

Desde o início, desde o momento que foi descoberto, eu ouvi: você vai procurar... Você vai se dar bem... Você, não pare o tratamento. Qualquer coisa a gente está aqui para lhe dar força... Elas foram muito amigas. A doutora, além de médica é uma pessoa muito amiga mesmo (Usuária 03).

#### 7.4 Continuidade da Informação

A continuidade da informação é a percepção pela usuária da transferência e acúmulo de informação nas diversas relações estabelecidas entre ela e os profissionais responsáveis pelo seu cuidado/tratamento, que dialogam com aspectos referentes à apropriação pelas usuárias das informações recebidas pelos profissionais e do conhecimento prévio e atual quanto ao histórico clínico e contexto social das usuárias.

##### 7.4.1 Transferência da Informação

Nesta dimensão correlaciona-se o conhecimento prévio e amplo dos profissionais envolvidos sobre a condição clínica das usuárias, com a capacidade destes na aplicabilidade das referidas informações no plano terapêutico, ou seja, analisar-se-á a apropriação pelos profissionais das informações produzidas ao longo da assistência para a continuidade do tratamento, percebidas pelas usuárias.

No elemento percebido “conhecimento prévio e amplo sobre o caso” e a causa “inclusão e apropriação das informações produzidas ao longo da assistência para a continuidade do tratamento”, de forma geral, as usuárias relataram uma boa apropriação das informações referentes ao seu tratamento por parte dos profissionais.

Porque ele já está com o meu prontuário, desde o início, tudo, já sabe tudo. Por isso eu acho que é mais fácil, tanto para mim quanto para eles. Porque ele já tem tudo (Usuária 03).

Ela sabe de tudo. Qualquer emergência que acontece, eu vou para ela (Usuária 03).

Mas a minha médica do posto tomou conhecimento, a enfermeira tomou conhecimento de tudo que estava acontecendo comigo (Usuária 03).

Tudo que eu falo, que eu preciso, da minha saúde, ela me explica. (Usuária 02).

Entende. Presta atenção (Usuária 02).

Contudo, a usuária 03 percebeu que havia uma fragilidade quanto à necessidade de troca de informações entre os profissionais. Apesar dos profissionais possuírem uma boa apropriação das informações referentes ao estado clínico das usuárias, o repasse destas informações aos demais profissionais envolvidos, por vezes não ocorreu, obrigando-as a uma recorrente contextualização dos fatos aos profissionais nas diversas fases da sua linha de cuidado e que o ideal seria haver um mecanismo institucional que garantisse o acesso de forma ágil e atualizada às informações.

Eles perguntavam e eu dizia, mas acho que passar deles de um para o outro, acho que não. Acho que perguntavam tudinho a mim de novo (Usuária 03).

Informaram também a utilização de outras ferramentas de transmissão e fixação da informação aos usuários.

Eles dão uma fichazinha à gente, indicando as coisas que a gente não deve fazer. Raiva a gente não pode ter. Eles dão um papelzinho indicando tudo. Lá no hospital (Usuária 02).

Contudo, para as usuárias entrevistadas, a transmissão da informação pode vir a perder parcialmente sua eficácia devido à dificuldade apresentada por alguns usuários na exposição de suas dúvidas e angústias. Demandando assim, uma maior sensibilização por parte dos profissionais na identificação dos possíveis “hiatos” da comunicação, associando a técnica, à garantia do sigilo e da privacidade às informações.

Eu acho que eles deviam buscar mais para essas pessoas que não perguntam. Porque tem pessoas que têm dúvidas, mas têm vergonha de perguntar. Principalmente na parte sexual: Posso fazer sexo? Como vai ser? Entendeu? Assim, porque baixa a sua estima né. Então, se você ainda tem vergonha de perguntar e se você não pergunta, ela também não... vai atinar e dizer: o que é que a senhora está pensando?. Ela pergunta como está, como vai o tratamento, tem sentido alguma coisa? (Usuária 03).

Mas assim, tem coisas que eu sei que vou conversar com ela e vai ficar ali, não vai sair dali. E ela tem a técnica, ela estudou. Ela tem a técnica de ver o que é que se deve o que não deve. Apesar de que ela não falava, ela só me ouvia (Usuária 03).

Para mim mesmo, não fez diferença não. Mas acho que para outras pessoas mais tímidas, mais leigas nos assuntos de saúde acho que fica difícil (Usuária 03).

#### 7.4.2 *Conhecimento Acumulado*

Nesta dimensão analisa-se a acumulação do conhecimento pelos profissionais das questões inerentes ao contexto histórico-social no qual as usuárias estão inseridas e sua correlação ao tratamento nos diferentes níveis assistenciais.

Identificou-se, na usuária 03, uma satisfação quanto a referida dimensão durante a sua trajetória, onde a mesma percebeu que a profissional do hospital de referência oncológica demonstra domínio quanto ao histórico da usuária.

Não é porque é minha médica não, mas ela tem o histórico de todos os pacientes, ela gosta de trabalhar assim. Porque tem coisas que eles não dizem não (Usuária 03).

Eu disse: Eu não tenho condições de fazer isso particular. Ele disse: Não tem problema não. Vou encaminhar você para o hospital, que eu trabalho lá. Aí assim, foi a minha salvação (Usuária 03).

## 8 DISCUSSÃO

Conforme evidenciado nos resultados, as consultas na atenção básica de parte das usuárias, ocorreram em estágio avançado da doença e não houve acompanhamento sistemático das usuárias por este nível de atenção, ainda que estivessem em idade recomendada para rastreamento.

Entre os elementos que limitaram a acessibilidade aos serviços de saúde destacam-se os aspectos individuais, tais como, o medo do diagnóstico, a ausência do hábito de acessar os serviços de saúde para procedimentos de rotina e de prevenção, assim como, a responsabilidade socioeconômica individual de cada uma das usuárias, que limitava, em alguns casos, o tempo disponível para o cuidado com a saúde.

A precária condição financeira foi outro aspecto limitante, sobretudo na continuidade do tratamento de cada uma destas mulheres. A necessidade do tratamento do Ca de mama ocasionou um impacto importante na situação financeira destas usuárias, evidenciado pela elevação dos custos com habitação, alimentação, medicamentos e transporte. Estes dois últimos itens, foram revelados como impactantes ao longo do contínuo assistencial, devido à gradativa piora do estado clínico das usuárias durante o tratamento, assim como a inexistência, descontinuidade ou demora na disponibilização destes pela rede pública de saúde, limitando ou modificando a forma como as usuárias utilizavam os serviços de saúde.

A demora na entrega dos resultados dos exames também foi um aspecto presente em alguns momentos ao longo do tratamento das usuárias, produzindo stress, sofrimento e conflitos nos serviços de saúde, ocasionando por algumas vezes, uma arena de disputas entre usuário e serviço e fazendo-se operar os processos tecnológicos vivos em ato, uma relação de escuta e responsabilização em busca do controle do sofrimento e da produção de saúde (MERHY, 2006).

A gravidade da doença foi a principal razão para a celeridade dos exames e tratamentos (QT, RT) no terceiro nível de atenção.

Houve falta de planejamento no dimensionamento dos profissionais ao longo do tratamento, impulsionando-as a procurar a rede privada de saúde e desta forma, onerando ainda mais os seus custos com o tratamento. Neste contexto, houve um aumento de seus sofrimentos, pela sensação de não conseguirem enxergar a possibilidade de acompanhamento em tempo hábil, pois não poderiam arcar com os custos da rede privada de assistência e ao mesmo tempo, tinham a percepção que não dispunham de mais tempo para esperar pelos seus tratamentos. O temor após o diagnóstico, o imaginário de cada uma destas usuárias quanto ao

futuro e quanto à condução de suas vidas, lhes trazem um imenso desafio de superação. Lidar ainda, com as possibilidades e limitações ao longo de suas trajetórias em busca do tratamento e da cura de sua doença, lhes revelam a necessidade de serem ainda mais fortes e mais perseverantes. Tal situação pode levá-las a situações de ameaça da sua integridade psicossocial, provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento, quando consideram o câncer uma sentença de morte (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Observa-se que quanto à percepção sobre o seu plano de tratamento, as usuárias 01 e 02 referem que houve coerência entre os objetivos e o tratamento, ao passo que a usuária 03, apesar de corroborar tal percepção, cita algumas mudanças referentes a condução do tratamento, nos níveis secundário e terciário.

Não foram encontrados registros em prontuário sobre todos os encaminhamentos derivados de cada uma das unidades por onde as usuárias percorreram. De uma forma geral, após o diagnóstico e início do tratamento das usuárias, a coordenação do cuidado prestado ficou, de acordo com as mesmas, sob a responsabilidade dos profissionais do nível terciário, particularmente da oncologia. Onde, as mesmas referem que não houve dificuldades para a marcação das consultas para estes especialistas, exceto pela espera para a realização da consulta, o que gerou uma insatisfação das usuárias por relatarem uma falta de priorização na organização do atendimento e limitava seu acesso em tempo oportuno.

A importância em se ter estabilidade na equipe profissional responsável pelo tratamento, já evidenciada pela literatura (PARKER, 2010), foi observada no depoimento das usuárias, a partir do desejo expressado por estas de permanecer com o mesmo profissional ao longo do seu tratamento.

Esta estabilidade possibilita relações mais sólidas, pautadas na confiança, e comunicações mais francas e detalhadas entre profissionais e usuários, assim como, potencializa um compartilhamento mais aprofundado das informações referentes à condição clínica e ao contexto social no qual estão inseridos.

Por outro lado, a descontinuidade desta estabilidade foi constantemente evidenciada nas entrevistas com as usuárias, que relataram a existência de uma rotatividade entre os profissionais nos níveis secundário e terciário da assistência.

Fato que se por um lado demonstra que a ESF está cumprindo ao longo do tempo um importante papel na responsabilização e vinculação dos usuários a seus médicos, por outro, e em referência aos demais níveis assistenciais, ainda há um longo caminho a ser percorrido para redução da rotatividade destes profissionais (ROSA FILHO, 2008).

Esta prática, segundo a fala das entrevistadas, favoreceu a falta de confiança e de vinculação nas suas relações com os profissionais, induzindo-as a crença de que a rotatividade dos profissionais relacionados à condução do seu tratamento advém de uma política institucional da assistência em nível ambulatorial e hospitalar. Configurando-se, desta forma, em uma das perversões do “modo” como a assistência prestada está estruturada, podendo levar a erros e indução ao consumo de procedimentos, que ao final do plano terapêutico, muitas vezes, só o usuário consegue recuperar de forma ampla a história da sua peregrinação, fazendo deste o seu próprio “fio condutor” (MALTA et al., 2009).

Levanta-se também o pressuposto de que os trabalhadores e usuários não são “caixas vazias”, ao contrário, estes se utilizam de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto e/ou confortável, de acordo com seus valores e interesses. Sendo essencial preservar a autonomia destes atores para ampliar a qualidade do cuidado, sua capacidade e direito de decisão, de envolvimento, de compromisso e de vinculação (FEUERWERKER, 2005; HELMAN, 2003).

Uma vez que, nos relatos das usuárias, fica evidente que a eficácia do plano terapêutico ao longo da caminhada pela linha de cuidado, pressupõe a potencialização da existência de vínculo entre profissionais e usuários, articulando estas as ações necessárias e adequadas ao usuário, garantindo o acesso aos recursos disponíveis para sua assistência. Pois, cuidadores e usuários podem, e devem, participar mutuamente no acompanhamento da condução do plano terapêutico nos diversos serviços de saúde, criando ligações potentes entre as equipes e destas com os usuários (MALTA; MERHY, 2010).

Em suma, nos achados deste estudo relativos à continuidade da relação, apesar de identificarem-se vários fatores fortalecedores da efetiva vinculação entre usuários e profissionais, fundamentalmente observados nos discursos das usuárias que apontaram aspectos como o estabelecimento de uma relação de confiança nos profissionais e de interesse, destes, por seus pacientes, percebe-se que um dos grandes desafios para o estabelecimento da continuidade na relação, pautada nestes aspectos, consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário e, acima de tudo, centrada no vínculo e na responsabilização (MALTA; MERHY, 2010).

A continuidade da informação foi uma categoria bem observada nos relatos das entrevistadas e uma parte importante destes relatos foram corroborados pelos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

A usuária 01 relatou dificuldade para a exposição de suas dúvidas e angústias ante o profissional, suprimindo por vezes informações fundamentais para a adequada condução do seu plano terapêutico. Demandando desta forma a necessidade de uma maior sensibilização por parte dos profissionais na identificação dos possíveis “hiatos” da comunicação.

Por outro lado, estas também referiram como fragilidade à precariedade na transmissão das informações entre os profissionais nos diversos níveis assistenciais. Pois, apesar de afirmarem haver uma sequência e coerência das informações contidas nos encaminhamentos e prontuários compartilhados, assim como, uma boa apropriação pelos profissionais das informações referentes ao seu estado clínico, o repasse destas informações aos demais profissionais envolvidos, por vezes não ocorre, obrigando-as a uma recorrente contextualização dos fatos referentes a sua linha de cuidado. Onde, a partir da opinião destas, identifica-se também a necessidade de um modelo assistencial que garanta de fato o acesso às informações de forma ágil e atualizada.

Vários estudos já evidenciaram uma baixa frequência na utilização e no preenchimento adequado de instrumentos de referência e contrarreferência (COSTA, 2009; CUNHA; CUNHA, 2011; HARTZ, 2004), atribuindo como algumas das principais limitações, a falta de tempo para o preenchimento das informações, a diversidade de documentos a serem preenchidos e a demora na entrega dos resultados dos exames, dentre outros.

Por fim, para que se garanta a continuidade da informação se faz necessário a existência da integralidade da assistência, a qual só é possível com o funcionamento dos serviços em rede. E para que isto ocorra com fluidez, torna-se fundamental a institucionalização e cumprimento do sistema de referenciamento e contra-referenciamento dos usuários dentro de uma rede onde todos os serviços de saúde desempenham um grau de importância específico, complementar e de comprometimento e responsabilização com a melhoria de sua qualidade (COSTA, 2009 apud BRITO, 2011).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se através da descrição de toda a trajetória assistencial de cada uma destas usuárias, traçar uma análise sob a perspectiva dos diferentes tipos de CA e suas dimensões e identificar os limites e possibilidades da rede de atenção à saúde destas usuárias, onde revelou-se os desafios postos em suas longas e sofridas trajetórias.

Observou-se que todas as usuárias tiveram suas primeiras consultas na atenção básica já em estágio avançado da doença, mesmo possuindo USF em sua área adscrita. Porém, todas tiveram os exames de rastreamento solicitados por este nível de atenção e relataram brevidade nos encaminhamentos à rede especializada. Porém, ressalta-se o atraso para as consultas com os especialistas do nível secundário de atenção por motivo de férias ou superlotação de agendas, o que revelou-se às mesmas como fator de grande limitação para suas trajetórias assistenciais.

A indisponibilidade de medicamentos e/ou exames necessários ao tratamento também corroborou para maiores custos financeiros, maior instabilidade emocional, gerando uma dose maior de sofrimento durante o percurso assistencial.

As mulheres identificaram em suas trajetórias, a necessidade de utilizar-se de meios alternativos ao fluxo instituído de tempo de espera para resultados de exames a fim de garantir o recebimento dos mesmos em tempo hábil, pois não houve eficiência destes fluxos para os casos em questão. Foram momentos de enfrentamentos e perseverança, trazendo uma dose extra de aflição diante da gravidade do seu caso.

O vínculo com os profissionais foi bem avaliado pelas usuárias, porém mais evidenciados nos níveis secundários e terciários, ratificando a idéia da pouca utilização dos serviços da atenção básica.

A estabilidade da equipe de profissionais foi reconhecida por todas as usuárias como importante ao longo do percurso, para melhor construção de vínculo e conhecimento aprofundado das suas histórias clínicas.

A transferência da informação foi mais evidenciada pelas mulheres entre os níveis secundário e terciário de atenção, sendo pouco percebida ou não percebida na atenção básica.

Por fim, procurou-se com este estudo, a identificação dos limites e possibilidades do cuidado à saúde prestado a estas três mulheres portadoras de Ca de mama, com a riqueza de detalhes de quem está diretamente implicado: o usuário. E que por muitas vezes e em muitos estudos, é reduzido ao papel de sujeito que não participa de forma efetiva das informações produzidas sobre ele, nem de julgamentos realizados sobre seu cuidado, tampouco sobre a



tomada de decisões sobre as ações oferecidas (PINHEIRO, 2009), perdendo-se a possibilidade de melhorar substancialmente o cuidado prestado à saúde destas mulheres.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 7 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001**. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília, DF, 2001. Disponível em:  
<[http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13475](http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13475)>. Acesso em: 7 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Estabelece os Parâmetros de Cobertura Assistencial no Âmbito do SUS. Brasília, DF, 2002. Disponível em:  
<<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/diretrizes/federal/Portaria%20No%201101-2002-Parametros%20Assistenciais%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 7 nov. 2012.

BRITO, E. S. V. **A Continuidade da Assistência a Adolescentes Portadores de Diabetes no Município de Recife/Pernambuco**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.13, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

COELHO, B.; COUTO, G. A. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa de produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, 2009.

COSTA, B. L. C. As Mudanças na agenda das políticas sociais no Brasil e os desafios da inovação: o caso das políticas de assistência social à infância e adolescência. In: CARVALHO, ?. et al. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2003. p. 27-57.

CUNHA, E. P.; CUNHA, E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, ?. et al. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2013. p. 11-25.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de psicologia**, Campinas, SP, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.498-506, 2005.

ROSA FILHO, L. A. et al. Fatores Associados a Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde: Estudo de Base Populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de Serviços de Saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema de um sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004.

HAGGERTY, J. L. et al. **Continuity of care: a multidisciplinary review**. Montreal, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/63666400/HELMAN-Cecil-G-2003-Cultura-Saude-e-Doenca>>. Acesso em: 15 ago. 2013

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_Religiao\\_De\\_ficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control\\_cancer](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control_cancer)>. Acesso em: 5 maio 2013.

KESSNER, D. M. Assessing health quality – the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, London, n. 288, p.189-194, 1973.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAMB, G. S. Outcomes Across the Care Continuum. **Medical Care**, Massachusetts, v. 35, p.: 106-114, 1997. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Farno.unimaas.nl%2Fshow.cgi%3Ffid%3D15097&ei=lyTXU-nqJJDhsASknoCoCQ&usg=AFQjCNGMUo1d5aMKL2OgBeCCqlMr8oETNA&bvm=bv.71778758,d.cWc>>. Acesso em: 5 dez. 2012

LETELIER, M. J. **Diseño de un Cuestionario para Medir la Continuidad Asistencial desde la Perspectiva de los Usuarios**. 2008. Dissertation (Mestrado en Salud Pública) – **Universitat Autònoma de Barcelona**. Barcelona, 2008.

MACHADO, CV. Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2696, 2011.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18 n. 4, supl. 4, p. 3-11, 2009.

MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec., 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **The Primary Health Care renewal in the Americas: Redes Integradas de Servicios de Salud**. Washington, DC, 2008. Disponível em: <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=3083&limit=10&limitstart=10&order=name&dir=ASC&Itemid=2518&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3083&limit=10&limitstart=10&order=name&dir=ASC&Itemid=2518&lang=en)>. Acesso em: 5 dez. 2012

PARKER, G. et al. **Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme**. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, 2010.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 1997.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A Centralidade do Usuário na Avaliação em Saúde: Outras Abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem Multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc: UERJ: Abrasco, 2009, p. 37-52.

REID, R. et al. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, The Canadian Institute for Health Information, Provincial, Territorial Deputy Ministers of Health, 2002.

PERNAMBUCO. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, n. 1, p. 31, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2013

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Relatório do Plano de Referência da Assistência do Distrito Sanitário III**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2013.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista Medicina, Ribeirão Preto**, v. 36, p. 498-515, 2003.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of Family.Medicine**. Cleveland, v. 1, p. 134-143, 2003.

SHORTELL, S. M. et al.. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs**, Washington, DC, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TERRAZA, R. **Coordinación y Continuidad: Un Marco para el Análisis**. 2004. Tesina (Master de Salud Pública). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. 2004.

TERRAZA, R. et al. La coordinacion entre niveles asistenciales: una sistematizacion de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS, 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 26, p 94-101, 2012. Disponível em: <<http://www.consorcio.org/directori-professional/maria-luisa-vazquez-navarrete>>. Acesso em: 13 mar. 2013

VIACAVA, F et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 711-724, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANALISAR O ACESSO AO CONTÍNUO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: USUÁRIOS**

Nome:  
 Idade: Sexo  
 Data e lugar:  
 Hora de início/ de finalização: Duração:  
 Seguro privado:

### **1 RECONSTRUÇÃO DA TRAJETORIA ASSISTENCIAL**

- a) Quanto tempo faz que está doente?
- b) Como soube que tinha esta doença? Quem lhe diagnosticou? O que fez quando soube? Por quê?
- c) Como foi sua experiência com os serviços de saúde que utilizou para esta doença?

(Aprofundar na experiência de transição entre níveis assistenciais:

- Encaminhamento ao especialista - consultas externas, atenção urgente – depois de ser consultado pelo médico da atenção básica;
- Solicitação de exames diagnósticos;
- Hospitalização;
- Trâmites para obter os serviços)

### **2 ACESSO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS**

(Aprofundar nos seguintes aspectos à medida que o usuário vá narrando sua experiência com os serviços).

- a) O que lhe facilitou o uso dos serviços? Por quê? Que dificuldades você encontrou quando tentou utilizar os serviços de saúde? O que fez diante destas dificuldades?

(Aprofundar na opinião sobre localização dos serviços, tempo de espera, solicitação marcação de consultas, trâmites nos serviços, custos dos serviços)

- b) O que teria que melhorar para poder ter acesso e fazer uso dos serviços?
- c) Qual foi para você a porta de entrada aos serviços?

### **3 CONTINUIDADE DE RELAÇÃO, GESTÃO E INFORMAÇÃO**

- a) Você sempre foi tratado pelos mesmos profissionais para esta doença ou houve trocas? Por quê? O que acha disto?
- b) Como é a relação com estes profissionais? (confiança, interesse) O que teria que melhorar? Foram feitas perguntas sobre sua situação socioeconômica, seu estado de ânimo? Você recebeu apoio psicológico?
- c) O que acha da informação que os profissionais lhe dão quando o atendem? (compreensão, quantidade) O que teria que melhorar?
- d) O médico lhe entende quando você fala sobre sua doença? Por quê?

e) Você acha que o médico do PSF e os especialistas que lhe atenderam colaboram entre si? Por quê? O que teria que melhorar?

(Explorar contradições não tratamento, informação, exames diagnósticos)

f) O que acha da qualidade da atenção recebida? O que teria que melhorar?

g) O que você entende por coordenação /colaboração entre os médicos que atendem a um doente? Por que acredita que é importante? O que teria que melhorar?

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANALISAR O ACESSO AO CONTÍNUO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PROFISSIONAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de finalização: \_\_\_\_\_  
 Titulação: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Instituição: \_\_\_\_\_  
 Tempo trabalhando na instituição: \_\_\_\_\_  
 Lugar de realização da entrevista: \_\_\_\_\_

### **1 RECONSTRUÇÃO DO CASO E ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO**

a) Qual foi o profissional que fez o diagnóstico do (a) paciente? Quando? O que opina do diagnóstico que foi feito? Houve atraso não diagnóstico? Por que motivo?

b) Quais os serviços (exames diagnósticos, cirurgias/terapias, medicamentos, etc.) ofereceram os diferentes níveis assistenciais? O que acha dos serviços que foi oferecido? O que melhoraria? O paciente recebeu outros serviços (social, psicológico)?

(Aprofundar se houve algum serviço necessário que não foi proporcionado e/ou algum que foi proporcionado e que era desnecessário)

c) Acha que houve alguma duplicidade de exames diagnósticos?

d) Que função tem a atenção básica (médico do PSF) na atenção do (a) paciente? E a especializada? O que acha de como exercem esta função? O que melhoraria?

e) O que acha da qualidade da atenção que recebe o (a) paciente? O que teria que melhorar? Houve complicações evitáveis? Efeitos secundários de medicamentos?

### **2 ACESSO AO LONGO DO CONTINUO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

a) O que acha sobre o acesso da paciente aos serviços de saúde (exames, consultas do médico de família e do especialista, hospitalizações, etc.)?

b) Que fatores acha que facilitam este acesso? Que fatores o dificultam? Por quê?

(Se não mencionam dar exemplos: serviços disponíveis, acesso geográfico, horários de atendimento, tempo s de espera para obter um serviço e na sala de espera, e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia), custo dos serviços, prestações nos planos de saúde).

c) Que elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado a atenção? Como influenciam? Por quê?

(Se não os mencionam, dar exemplos: recursos e apoio comunitário, necessidades de saúde, conhecimento sobre os direitos e formas de ter acesso, etc.)



- d) Que sugestões têm para melhorar o acesso?
- e) Acha que o (a) paciente procurou a consulta oportunamente para sua doença? Por quê?

### **3 COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL**

- a) Que faz o seguimento deste (a) usuário (a)? Com que periodicidade? O que acha do seguimento que se faz ao usuário (a)?
- b) O (a) usuário (a) foi sempre tratado pelos mesmos profissionais ou houve trocas? Por quê? O que acha?
- c) O que acha da informação que os profissionais proporcionam aos pacientes? (compreensão, quantidade) O que teria que melhorar?
- d) O que acha da coordenação entre os diferentes níveis assistenciais que atendem ao (a) paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?
- e) Que elementos facilitam a coordenação assistencial? Que elementos a dificultam? Por quê? Como influi na qualidade da assistência?
- f) O que acha da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais que atendem ao (o) paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?
- g) Que informação clínica do (a) paciente é compartilhada pelos diferentes níveis assistenciais que o (a) atende? O que acha desta informação? O que melhoraria?
- h) Que mecanismos se utilizam para coordenar a prestação de serviços entre os diferentes níveis assistenciais que atendem o (a) paciente? O que acha? Como contribuem estes mecanismos a coordenação assistencial?

(Se não respondem, dar exemplos: circuitos de referência e contrarreferência, protocolos, planejamento da alta hospitalar, guia farmacológico compartilhado, grupos de trabalho inter níveis, postos de ligação entre níveis)

- i) O que dificulta a utilização destes mecanismos? O que os facilita? Por quê? O que melhoraria?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Nome da Pesquisa:** Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil

**Instituições:** Universidade de Pernambuco/UPE-FESNG/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / IMIP.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a igualdade no direito à assistência completa à saúde e sobre a qualidade dos serviços de saúde para conhecer melhor o Sistema Único de Saúde - SUS. Sabemos que há um esforço para melhorar cada vez mais a assistência à saúde da população, porém ainda desconhecemos muitos problemas que dificultam a entrada das pessoas nos serviços, bem como a continuidade da atenção prestada.

A assistência à saúde é um direito garantido por lei, e para assegurá-lo é necessário que o SUS esteja funcionando bem, desde unidades de saúde da família até os hospitais onde se pode ter uma assistência mais complexa. Portanto, é necessário que sempre haja pesquisas que procurem informações sobre o funcionamento da rede de serviços do SUS.

Os resultados de nossa pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o SUS. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde, e/ou participar de uma reunião onde serão debatidos temas importantes sobre a assistência em saúde, além de responder a um questionário. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa bem como a reunião será filmada para posterior análise.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;

2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;

3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do Entrevistado:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador:

Endereço e telefone para contatos futuros:

Maria Rejane Ferreira da Silva. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600; 21012613; Cel 81 94357517.

Idê Gomes Dantas Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012616.

Giselle Campozana. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012616.

Itamar Lages. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Fernando Antonio Gusmão. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Rua dos Coelhoos, Boa Vista. Recife/PE. Fone: 21224100.

Garibaldi Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012500.

Assinatura do pesquisador:

Raphaela Delmondes. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Ederline Vanini. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Alexsandra Nascimento. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

**ANEXO A – Carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco****GABINETE DO SECRETÁRIO****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e autorizo o acesso aos dados necessários a realização da pesquisa **“Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e no Brasil”**, a ser realizado sob a coordenação da Dra. Ma. Rejane Ferreira da Silva, docente da Universidade de Pernambuco e pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. O referido projeto de pesquisa conta com o financiamento da Comissão Européia/SICA-FP7.

Recife, 30 de setembro de 2009.

Atenciosamente,



**JOÃO LYRA NETO**  
Secretário Estadual de Saúde

mnn/09

PRAÇA OSWALDO CRUZ, S/N - BOA VISTA - RECIFE/PE - CEP: 50.050-210  
TELEFONE: (81) 3181-6433 / FAX: (81) 3181-6602  
e-mail: apoio.gab@saude.pe.gov.br

**ANEXO B – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife**

PREFEITURA DO  
**RECIFE**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**A U T O R I Z A Ç Ã O**

Declaro para os devidos fins, que estou ciente e autorizo o acesso necessário a realização da pesquisa **“Impacto na Equidade de Acesso e Eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e no Brasil”**, a ser realizado sob a coordenação da Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva, docente da Universidade de Pernambuco e pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. O referido projeto de pesquisa conta com o financiamento da Comissão Européia/SICA-FP7.

  
**TIAGO FEITOSA**  
Assessor Executivo

Recife, 30 de junho de 2009.