



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**Ana Lúcia Montini Ribeiro**

**Gestão da integralidade do cuidado a usuárias com  
câncer de mama em acompanhamento na rede de saúde de  
Campinas, SP**

Orientadora: Profa Dra Maria da Graça Garcia Andrade

Campinas

2016

**Ana Lúcia Montini Ribeiro**

**Gestão da integralidade do cuidado a usuárias com  
câncer de mama em acompanhamento na rede de saúde de Campinas, SP**

Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde na área de concentração Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADORA: PROF. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO  
ALUNO ANA LÚCIA MONTINI RIBEIRO, E ORIENTADO PELA  
PROF. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE.

Campinas  
2016

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

R354g Ribeiro, Ana Lúcia Montini, 1987-  
Gestão da integralidade do cuidado a usuárias com câncer de mama em acompanhamento na rede de saúde de Campinas, SP / Ana Lucia Montini Ribeiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Maria da Graça Garcia Andrade.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Assistência integral à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Neoplasias da mama. I. Andrade, Maria da Graça Garcia, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Comprehensive care management to users with monitoring in breast cancer health network of Campinas, SP

**Palavras-chave em inglês:**

Comprehensive health care  
Primary health care  
Breast neoplasms

**Área de concentração:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Maria da Graça Garcia Andrade [Orientador]  
José Maurício de Oliveira  
Sílvia Maria Santiago

**Data de defesa:** 15-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

---

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ANA LÚCIA MONTINI RIBEIRO**

---

**ORIENTADOR: Prof. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROF. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE**

**2. PROF. DR. JOSÉ MAURÍCIO DE OLIVEIRA**

**3. PROF. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca  
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: DATA DA DEFESA 15/02/2016**

---

Dedico esse trabalho...

Ao meu esposo Rafael, pela grande contribuição que, como professor de enfermagem dedicado e querido, tem trazido para a formação de inúmeros profissionais de saúde.

Ao meu avô Aluizio, que certamente me acompanha torcendo pelo meu sucesso, como sempre fez durante a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu esposo e meus familiares, por sempre terem acreditado em meu potencial e me incentivado a não perder boas oportunidades.

À equipe do Distrito de Saúde Sul e do CETS, por possibilitar e incentivar os profissionais da saúde estarem constantemente qualificando sua formação.

À equipe do Centro de Saúde Parque da Figueira, por ter sido compreensiva durante minhas ausências e por ter mostrado que acredita na constante melhoria da qualidade dos cuidados em saúde oferecidos.

Aos professores que participaram da qualificação do projeto, por terem trazido importantes contribuições para este trabalho.

E, especialmente, à minha orientadora, Profa. Maria da Graça Andrade, pela disponibilidade, dedicação e paciência. Obrigada!

## RESUMO

As políticas de saúde vigentes preconizam que o cuidado em saúde deve ser realizado de forma integral e, no contexto das redes de saúde, a responsabilidade pela coordenação desse cuidado cabe à Atenção Básica. O presente estudo buscou compreender como está ocorrendo a coordenação do cuidado a pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama, atendidas no SUS de Campinas-SP, com foco no papel esperado da Atenção Básica. Para isso, foram realizadas entrevistas com profissionais e gestores do serviço público de saúde, assim como com usuárias dos serviços, buscando reconstituir seus itinerários terapêuticos ao longo do processo de cuidado. Os resultados mostraram que, embora os fluxos de atendimento estejam correndo satisfatoriamente em relação ao tempo de espera e ao acesso a consultas, exames e procedimentos, a coordenação do cuidado ainda apresenta muitas fragilidades, especialmente quanto à manutenção do vínculo com o usuário pela Atenção Básica e no que diz respeito à comunicação entre os diversos serviços da rede de saúde. O maior envolvimento de todos os níveis de atenção na coordenação do cuidado, com comunicação efetiva entre os serviços e o investimento na Atenção Básica como protagonista desse processo são desafios a serem considerados na construção do cuidado integral e de qualidade.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Atenção Básica; Câncer de Mama.

## **ABSTRACT**

Health policies in effect advocate that health care should be carried out in full and in the context of health networks, responsibility for coordinating that care lies with primary care. This study sought to understand how is going the coordination of care for patients with known or suspected breast cancer, treated at SUS of Campinas-SP, focusing on the expected role of primary care. For this, interviews were conducted with professionals and managers of the public health service, as well as users of services, seeking to replenish their therapeutic itineraries throughout the care process. The results showed that although the service streams are running satisfactorily in relation to the waiting time and access to appointments, tests and procedures, coordination of care still has many weaknesses, especially the maintenance of the link with the user by Primary and with regard to communication between the various health services network. The greater involvement of all levels of care in the coordination of care, with effective communication between services and investment in primary care as the protagonist of this process are challenges to be considered in the construction of comprehensive care and quality.

Keywords: Comprehensive Health Care; Primary Care; Breast cancer.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

CS – Centro de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IT - Itinerário Terapêutico

LC – Linha de Cuidado

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Fluxograma de rastreamento do câncer de mama em mulheres atendidas no SUS de Campinas-SP.....	32
--	----

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Atenção integral à saúde.....	15
1.2 Gestão do cuidado: o papel da Atenção Básica e a cogestão entre os níveis de atenção .....	21
1.3 A política de atenção ao paciente com câncer .....	24
1.4 Assistência à saúde da mulher com câncer de mama: dados relevantes e aspectos do cuidado .....	28
1.5 Câncer de mama: relevância e ações de controle no Brasil:.....	29
1.6 Atenção a pacientes com câncer de mama no Município de Campinas.....	31
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	35
2.1 Objetivo Geral.....	35
2.2 Objetivos Específicos .....	35
<b>3. SUJEITOS E MÉTODO</b> .....	35
3.1. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	38
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
IT de <i>Orquídea</i> .....	38
IT de <i>Hortênsia</i> .....	42
IT de <i>Camélia</i> .....	46
IT de <i>Tulipa</i> .....	51

IT de <i>Rosa</i> .....	55
IT de <i>Petúnia</i> .....	56
IT de <i>Margarida</i> .....	62
4.1 A luta pelo acesso ao cuidado integral .....	64
4.2 A comunicação entre os serviços da rede de saúde.....	70
4.3 Coordenação do Cuidado Integral: de quem é esse papel?.....	76
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>86</b>
<b>7. ANEXOS E APÊNDICES</b>	
ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido para usuárias.....	91
ANEXO II - Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde e gestores.....	94
APÊNDICE I - Roteiro de entrevista - Usuárias .....	96
APÊNDICE II - Roteiro de entrevista - Profissionais de saúde .....	98
APÊNDICE III- Roteiro de entrevista – Gestores .....	100

## APRESENTAÇÃO

O interesse pelos aspectos do cuidado a pacientes com câncer de mama, especialmente o cuidado em rede, surgiu de minha experiência como enfermeira no Ambulatório de Especialidades Policlínica 2, em Campinas. Neste serviço, atuei como enfermeira de referência em saúde da mulher, especialmente nas áreas de patologia cervical e mamária.

Havia em mim uma certa inquietação sobre a forma como aquelas usuárias chegavam ao serviço e também quanto ao percurso que seguiriam após a conclusão da etapa que cabia à Policlínica 2. Muitas chegavam sem o devido esclarecimento sobre o motivo de estarem ali. Outras já chegavam em estágio avançado de neoplasia maligna, cervical ou mamária e, após confirmação diagnóstica, eram rapidamente encaminhadas para tratamento. Algumas permaneciam em seguimento conosco e, após um período que variava entre 2 e 4 anos, eram encaminhadas novamente ao Centro de Saúde de origem.

Em muitos casos, me preocupava o motivo de terem chegado tão tardiamente ao serviço especializado. Também pensava sobre o que aconteceria com aquelas usuárias após deixarem o serviço, seja para retornar à unidade de origem ou para complementarem o diagnóstico e realizarem tratamento em uma unidade de maior complexidade.

Especialmente, me preocupavam aquelas pacientes mais vulneráveis por sua condição socioeconômica e familiar. Muitas eram idosas, vinham desacompanhadas e tinham pouca instrução (algumas analfabetas).

Nos casos de maior vulnerabilidade, entrávamos em contato telefônico com o Centro de Saúde de origem para pedirmos apoio na condução do caso. Entretanto, percebi que a gestão do cuidado dessas pacientes era realizada, na maioria das vezes, sob a forma de ações pontuais. Não estava claro quem era o responsável e não havia segurança de que a usuária não se perderia no caminho. O contato entre os serviços não era uma rotina. Em síntese, a usuária parecia estar caminhando por conta própria e não havia uma continuidade na gestão do seu cuidado ao passar de um serviço a outro, ou seja, não se percebia que houvesse alguém “olhando” para ela.

Posteriormente, passei a ocupar posição de gestão na mesma unidade e, olhando desse novo ângulo, comecei a refletir sobre o papel do gestor em todo esse processo.

Dessa experiência, surgiu meu interesse em desenvolver um estudo que respondesse a algumas das questões sobre a gestão da integralidade do cuidado. Embora considere que todos os tipos de câncer devem merecer especial atenção dos profissionais e gestores da saúde, escolhi colocar foco no câncer de mama por seu impacto epidemiológico na população feminina e pela diferença que um cuidado apropriado pode trazer para o desfecho da doença e o bem estar da paciente.

## **1. INTRODUÇÃO**

A trajetória do Programa de Saúde da Família - PSF, desde sua criação em 1994, vem sendo caracterizada pela busca do fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, como integralidade e cuidado ao indivíduo considerando sua inserção na família e na comunidade.

No ano de 1998, o PSF ganha uma nova configuração, considerando o conjunto de atores institucionais nos âmbitos nacional, estadual e municipal, destacando-se seu papel como norteador de sistemas locais de saúde, assumindo então a configuração de estratégia de reorientação assistencial. A continuação dessa trajetória consolidou a Estratégia de Saúde da Família - ESF como eixo estruturante da política de saúde. Em março de 2006 foi publicada a Portaria nº 648, que retoma o papel do antigo PSF na organização da Atenção Básica, reforçando os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, vínculo e participação popular. Já a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, revê as normas e diretrizes da ESF, que aparece como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, favorecendo a reorientação do processo de trabalho e visando aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2011; Gomes & Pinheiro, 2005).

### **1.1 Atenção integral à saúde**

Dentro da ESF são priorizadas ações voltadas para o paciente e sua família, sempre buscando o cuidado integral e estabelecendo uma nova forma de relação entre usuários, gestores e profissionais, por meio de uma interação democrática no cotidiano de suas atividades. O conceito de integralidade pode ser visto como um compromisso ético, de responsabilidade, sinceridade e compromisso entre profissionais, gestores e usuários, buscando sempre a visão do paciente como ser real, com sua história e saberes (Gomes & Pinheiro, 2005).

Deve-se considerar que as políticas de saúde têm, crescentemente, apontado para uma mudança na relação entre profissional e usuário, que

começa a ser considerado como detentor de saberes, com direito a participar ativamente das decisões sobre sua saúde. Ainda, tem se considerado que a pessoa deve ser vista além da doença e reconhecido que a saúde do indivíduo reflete as condições da sociedade na qual está inserido, assim como as relações familiares e o trabalho, sendo que esses aspectos devem fazer parte do atendimento integral.

Falando sobre integralidade, conceito de grande importância na questão do cuidado em saúde, Fontoura & Mayer (2006) citam o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que coloca algumas diretrizes, tais como o atendimento integral, a descentralização e a participação popular e englobam, dentro do atendimento integral, as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, com ênfase na prevenção. De forma geral, a integralidade é definida como a atenção ampliada às necessidades do indivíduo e a valorização do cuidado. A definição é complementada com a Lei 8.080/90, para a qual integralidade é “a integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos”.

Surge então o questionamento: efetivamente, o princípio da integralidade é colocado em prática no cotidiano dos serviços de saúde do SUS, especialmente na Atenção Básica, onde seria esperado que esse aspecto fosse uma de suas principais marcas?

É possível considerar que embora exista uma política já bem estabelecida, norteadora da assistência ao usuário do SUS, o cotidiano dos serviços de saúde nem sempre corresponde ao que é preconizado nas normas, diretrizes e consensos. A assistência a saúde é composta em sua maioria, quando não em sua totalidade, pela atuação de pessoas (profissionais da saúde) e o resultado final está diretamente ligado à disposição do profissional, seja individualmente ou em equipe, de adotar uma postura realmente interessada, acolhedora e disposta a ouvir, transmitindo seus conhecimentos profissionais em benefício do usuário e também aceitando o aprendizado que pode resultar desses momentos.

Ao apresentar uma necessidade de saúde e procurar por atendimento, surge para o usuário um ponto de extrema importância, que compõe um dos vários aspectos do cuidado integral. Pode-se dizer que é um ponto de partida, mas também uma questão que estará presente em diversas etapas a serem



percorridas por esse usuário na busca pelo atendimento de suas necessidades de saúde: o acesso. Ao falarmos sobre a entrada do usuário no sistema de saúde e sua capacidade de alcançar os recursos que poderão atender suas necessidades, temos que falar sobre acesso. Mas este não é apenas sua entrada no sistema, a questão do acesso persiste nos mais diversos momentos além do primeiro atendimento, compreendendo conseguir exames diagnósticos, consultas com especialistas, tratamentos, medicações e informações. Acesso consiste na oferta da assistência, em tempo oportuno e obtendo o que é necessário (Cecílio *et al*, 2014).

Neste trajeto, muitas podem ser as dificuldades enfrentadas pelo usuário na busca por assistência: restrição do acesso, problemas no acolhimento, grande demanda, falta de profissionais na Atenção Básica, oferta reduzida de consultas e exames na atenção especializada, falta de comunicação entre os distintos serviços e níveis assistenciais e grande intervalo entre as consultas. A fragmentação da assistência oferecida, quando se considera os diversos níveis de atenção, juntamente com a frágil comunicação entre os profissionais de diferentes serviços que atendem o usuário também favorecem o surgimento de barreiras para o acesso (Sousa *et al*, 2014).

Quando analisamos o processo pelo qual o usuário passa ao buscar assistência em saúde, podemos perceber que o acesso aos recursos necessários pode envolver diversos atores e, muitas vezes, o próprio usuário é um dos principais deles.

Cecílio *et al* (2014) trazem algumas considerações sobre esses aspectos. De acordo com os autores, o acesso pode estar sujeito a ações, critérios e fluxos de caráter não só governamental, mas também de natureza profissional, clientelística e leiga. A regulação leiga é realizada por pessoas que estão passando por um problema de saúde, assim como seus familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas de sua convivência, que recorrem aos recursos de atendimento em saúde disponíveis, tanto no SUS como na saúde suplementar. Esses indivíduos, por sua vez, podem ter o controle de alguns recursos econômicos que permitam o acesso a bens de saúde, como consultas, remédios e exames. Além disso, buscam informações sobre saúde em fontes diversas, como a internet. De posse desses conhecimentos, o indivíduo produz suas próprias referências e cria alternativas para o que já é

formalmente estabelecido, tanto em relação aos conhecimentos em saúde como aos fluxos dos serviços. Já a atuação profissional envolve uma rede de contatos pessoais interprofissional, encaminhamentos alternativos, o poder relativo ao cargo que se ocupa e as ações que são possíveis a partir dele, ou seja, o “poder do carimbo”.

Na discussão sobre acesso, é importante considerar que ele pode sofrer diversas influências, por diferentes interesses e com variadas formas de atuação. Especificamente no caso do usuário, essas ações surgem quando, dentro de sua percepção, suas necessidades de saúde não estão sendo satisfeitas.

Os caminhos trilhados pelo usuário na busca por assistência nem sempre obedecem os fluxos oficialmente estabelecidos. A compreensão dos itinerários terapêuticos, ou seja, dos comportamentos em relação ao uso de serviços de saúde, dos arranjos para o alcance da integralidade, dos percursos que o usuário faz dentro da rede de serviços é ainda pouco explorada, porém com grande potencial para trazer importantes contribuições para o planejamento de ações em saúde e a formação de profissionais (Cabral *et al*, 2011).

Falando sobre o acesso dentro dos diversos aspectos desse processo de busca por atendimento, no caso de algumas doenças, como o câncer, existe inclusive legislação específica que assegura o acesso ao tratamento. Nesses casos, o acesso adquire uma importância ainda maior, por ser um determinante para a condição do paciente, especialmente no que se refere ao diagnóstico e tratamento precoces. Em vista disso, dispõe-se desde novembro de 2012 da Lei nº 12.732, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para início do tratamento de neoplasia maligna a partir de sua confirmação em laudo anátomo-patológico.

A despeito do avanço nas normas legais, o acesso aos recursos tecnológicos compreendidos de forma ampla não contempla todo o universo das necessidades de saúde, considerando o usuário como ser individual e complexo, em especial quando diante da experiência do câncer. Faz-se necessária uma discussão mais aprofundada sobre a relação entre usuários e profissionais de saúde envolvidos nesse contexto e sobre a forma como está sendo construído o processo de cuidado ao paciente.

O cuidado eficaz e resolutivo pode estar muito mais ligado à postura do profissional e à sua capacidade de interagir com o usuário, percebendo suas reais necessidades, do que apenas dependente de recursos de maior densidade tecnológica.

Como grande desafio, pode-se dizer que hoje um dos pontos-chave para a saúde consiste em dar continuidade ao processo iniciado com o usuário durante a consulta, proporcionar um atendimento integral, onde haja espaço de escuta e percepção das necessidades de saúde, sem recorrer ao consumo por ações desnecessárias. Ao mesmo tempo em que a participação de múltiplos atores, com seus distintos interesses e práticas, pode não estar perfeitamente alinhado no processo de cuidado, o sistema de saúde também interfere na atuação dos profissionais, pois a finalização do cuidado depende dos recursos disponíveis, principalmente quanto às tecnologias e serviços de média e alta complexidade. Todavia, a interminável demanda por esses recursos está diretamente relacionada com a forma com que é feita a gestão do cuidado (Cecilio, 2009; Mendonça *et al* 2011).

Um ponto a ser destacado dentro da discussão que envolve a atenção integral, especialmente pensando no papel da Atenção Básica, envolve o vínculo estabelecido entre o usuário e os profissionais que cuidam de sua saúde. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB define vínculo como construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, carregando em si um potencial terapêutico (Brasil, 2012).

Embora se possa almejar a normatização do vínculo, ele está muito mais ligado às pessoas que o constroem; não às regras, e sim a quanto as pessoas estão abertas e dispostas a isso. Uma forma de atendimento mais livre de tensões produz melhores resultados do que a que está amarrada a ferramentas e à lógica instrumental, pois a rigidez da prática gerencial pode interferir na capacidade de ver e sentir o outro enquanto ser humano singular (CECILIO, 2009).

Um atendimento em saúde que preza pelo cuidado integral pode constituir um grande desafio para os serviços e seus profissionais. Em serviços de atenção secundária, em que não há uma população adscrita, a questão do

vínculo ainda pode ser mais comprometida e, conseqüentemente, a capacidade de intervenção do profissional, sobretudo quando não há comunicação efetiva deste com a Atenção Básica (Mendonça *et al*, 2011).

O seguimento do sujeito inserido em seu território, em seu meio social e cultural, ao longo de um período de tempo, tende a ser muito mais desafiador do que o acompanhamento de um paciente restrito ao ambiente hospitalar ou até mesmo restrito aos momentos de atendimento em serviços especializados. Nesses dois últimos casos, a intervenção provavelmente será pontual e em um momento de grande fragilidade e submissão do indivíduo. A atuação profissional na Atenção Básica, por outro lado, envolve aspectos mais amplos, tanto em relação à sua duração como à diminuição do poder de controle do profissional sobre o paciente. Lidar com isso exige certamente maior articulação, envolvimento e flexibilidade dos profissionais envolvidos. Entretanto, sem menosprezar a importância da tecnologia dos serviços hospitalares e especializados, pode permitir intervenções de cunho mais integral e efetivo (Cunha, 2004).

A questão do vínculo envolve muitas variáveis, até mesmo para quem é atendido apenas na Atenção Básica. Existem fatores como a cultura, a história de vida e as relações humanas, considerando que as relações entre profissionais e usuários são também relações humanas, sujeitas a afinidades, antipatias, compatibilidades e divergências. Para um usuário que percorre vários pontos de uma rede de saúde, a diversidade de aspectos envolvidos aumenta, já que se multiplicam os contatos com diferentes serviços e profissionais.

Deve ser considerado que a Atenção Básica não pode se eximir da responsabilidade sobre o usuário, independentemente do nível de atenção no qual ele esteja sendo atendido. Quando há falta de resolutividade da Atenção Básica, além de se impor uma grande demanda à atenção especializada, há prejuízo em seu papel de promotora do vínculo e coordenadora do cuidado à saúde dos usuários sob sua responsabilidade (Mendonça *et al*, 2011).

Neste ponto, contudo, devemos questionar: quão amplo é o verdadeiro poder da Atenção Básica em articular o vínculo quando se trata de um usuário que está, de forma dinâmica, se deslocando entre vários serviços em busca da

assistência de que necessita? Existem ferramentas adequadas que permitam que isso seja feito?

Entramos aí em outro dos pilares da Atenção Básica e dessa discussão: o acolhimento. Este ponto sem dúvida gera inúmeras discussões entre profissionais da saúde e gestores, tanto na formulação de políticas e estratégias para a prestação de assistência sob uma perspectiva mais humana e acolhedora, como em relação aos desafios que isso traz. O usuário, certamente, deseja ser acolhido em suas necessidades, especialmente quando se trata de doença, dor e incerteza.

Em relação ao acolhimento, é esperado que ocorra quando o problema de saúde do usuário é considerado também como problema do profissional de saúde e a prioridade é a prestação de assistência de qualidade, humanizada, resolutiva, que permita o acesso universal. Para que o resultado desejado seja alcançado (resolução do problema apresentado pelo usuário), o serviço deve contar com recursos humanos e tecnológicos adequados (Fontoura & Mayer, 2006).

Entretanto, podemos observar que o acolhimento, na maioria das vezes, transformou-se em um setor dentro do serviço, um local, uma sala ou consultório, quando na verdade o acolhimento está muito mais ligado à postura do profissional e da equipe, uma postura acolhedora e interessada em “colocar para funcionar” tudo aquilo que estiver a seu alcance em termos de conhecimentos, tecnologias e serviços disponíveis para resolver ou amenizar o problema do usuário.

Diversos autores apontam que a criação do vínculo está ligada à confiança, sensibilidade e compromisso. Este tipo de relação entre profissionais e usuários mostra-se especialmente benéfica quando este último percebe que o profissional respeita suas crenças e valores, demonstrando capacidade de ter empatia, ouvir e explicar. Isso influencia inclusive na adesão ao tratamento e diz respeito não apenas ao paciente, mas também à sua família.

## **1.2 Gestão do cuidado: o papel da Atenção Básica e a cogestão entre os níveis de atenção**

Diante da diversidade que envolve o usuário inserido no sistema de saúde, suas diferentes necessidades, as inúmeras possibilidades de atendimento e a movimentação que ele faz dentro dessa trama, surge um questionamento: quem está olhando para tudo isso e cuidando para que ele não se perca em algum ponto ou não lhe falte o necessário em determinada etapa?

Entramos então em um tema essencial deste estudo: a gestão ou coordenação do cuidado e quem são os responsáveis por ela.

A gestão do cuidado em saúde pode ser definida como o provimento de recursos e tecnologias de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa e o momento de vida pelo qual está passando, objetivando acima de tudo proporcionar-lhe uma vida mais feliz e produtiva, com autonomia e segurança (Cecilio, 2011).

Partindo desse conceito, certamente podemos concluir que esse resultado não é alcançado com a participação de um ator apenas. São necessários vários atores ou, mais especificamente, a utilização de variados recursos e tecnologias de cuidado disponíveis na atenção à saúde e isso envolve, muitas vezes, mais de um nível de atenção.

Quando se fala em gestão do cuidado, automaticamente temos que trazer a discussão sobre as linhas de cuidado. A linha de cuidado (LC) pode ser comparada a uma linha de produção, sistêmica e dinâmica, que tem como centro o usuário e suas necessidades. Inicia-se em qualquer ponto onde o usuário tenha contato com qualquer serviço de saúde e, a partir daí, são disparados mecanismos para garantir o cuidado de acordo com as necessidades do indivíduo. Ela implica na responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário, e esta prática está longe de fazer parte do cotidiano no modelo de assistência atual. Muitas vezes, não há disponibilidade do profissional em assumir seu papel de cuidador considerando seus saberes, assim como não há o desejo do usuário de restabelecer sua autonomia (Malta & Merhy, 2010).

A LC envolve a equipe multiprofissional de saúde, já que um paciente pode ser visto por diversos profissionais e cada qual irá aplicar seus saberes. O desafio aqui é tornar esse cuidado mais solidário e menos fragmentado, garantindo a integralidade da assistência. Há nesse ponto um importante papel

da coordenação do trabalho em equipe, que pode implicar no uso de ferramentas como capacitações e educação permanente. É fundamental que os profissionais conversem entre si e o coordenador da LC deve estar atento para que haja interação também com outros serviços. A gestão da LC não se encerra quando é estabelecido o projeto terapêutico. O trabalho continua durante todo o processo que o usuário irá percorrer, visando garantir a integralidade do cuidado e evitar que ele se perca no caminho (Malta & Merhy, 2010; Cecilio, 2009).

Surge então uma questão polêmica: a responsabilidade pela gestão do cuidado.

A nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB coloca a Atenção Básica como ordenadora das redes de atenção, gestora e coordenadora do cuidado ao usuário. De acordo com a PNAB, a Atenção Básica deve ser a responsável pelo acolhimento e resolução dos problemas de saúde, assim como pela continuidade dos cuidados ao usuário, mesmo que ocorram ações em outros pontos da rede (Brasil, 2012).

Afirma-se que é competência da Atenção Básica coordenar a integralidade em seus vários aspectos, articulando as ações de promoção à saúde, realizando a gestão do cuidado integral ao usuário e coordenando as redes de atenção. Neste ponto, a AB é destacada por seu papel de coordenadora ou gestora do cuidado em saúde, devido à posição de centralidade que ocupa nas redes de atenção.

Mas cabe perguntar se no cotidiano da assistência a Atenção Básica está realmente tendo esse alcance ou se, na maioria das vezes, já é considerada uma vitória quando o usuário consegue ter acesso aos outros níveis de atenção? A coordenação de redes assume múltiplas características de acordo com os contextos locais do SUS. É importante que esses arranjos funcionem em uma perspectiva de redes de serviço integradas e que possam propiciar a integralidade que os usuários necessitam. Os investimentos na Atenção Básica são necessários para que sua capacidade regulatória possa ser ampliada e também possa se legitimar perante os usuários enquanto centro de comunicação. Existe uma imagem ilusória sobre a harmonia dos cuidados, quando na verdade os usuários, de forma singular, vão criando os mais

diversos mecanismos para terem acesso ao sistema e obterem o que dele precisam (Cecilio *et al*, 2012).

Um dos principais desafios para o papel de coordenadora do cuidado que é esperado da Atenção Básica inicia-se ainda no momento em que o usuário precisa ser encaminhado para um serviço especializado. A limitação de vagas para atendimento nos serviços especializados em contrapartida com as expectativas e a pressão da população por esse tipo de serviço destaca-se como um importante entrave na linha de cuidado. (Aguilera *et al*, 2013)

No contexto desse conjunto de questões envolvendo acesso, atendimento integral e coordenação do cuidado, cabe interrogar como está a assistência aos pacientes portadores de câncer.

### **1.3 A política de atenção ao paciente com câncer**

A Portaria 874 do Ministério da Saúde, de maio de 2013, instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção às Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Nela estão previstas ações de rastreamento e de diagnóstico precoce, visando a detecção oportuna dos casos de câncer, além do monitoramento e controle de qualidade dos exames utilizados para essas ações. É previsto o acompanhamento e avaliação dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde e, ainda, pretende também avaliar a acessibilidade, o tempo de espera para início do tratamento e a satisfação do usuário (Brasil, 2013).

A integralidade do cuidado ao usuário com câncer é destacada na Portaria, através das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma a garantir a continuidade do cuidado. O atendimento multiprofissional deve ser realizado de forma compatível com cada nível de atenção e de acordo com a evolução da doença.

Nesse contexto, a Atenção Básica aparece como responsável pela promoção da saúde, atividades educativas, rastreamento, diagnóstico precoce e seguimento dos casos alterados de acordo com o que compete a esse nível



de atenção, além de *coordenar e manter o cuidado dos usuários, mesmo quando referenciados para outros pontos da rede de atenção*, e participar do cuidado paliativo de forma integrada com os serviços de atenção domiciliar.

Cabe ao componente da Atenção Especializada a contra-referência e o apoio técnico aos serviços de atenção básica e atenção domiciliar, de forma a aumentar a resolutividade dos mesmos, enquanto aos serviços de Atenção Hospitalar cabe o diagnóstico definitivo e o tratamento da neoplasia, inclusive ofertando e dando suporte ao tratamento ambulatorial e domiciliar, articulados com a rede de atenção que integram.

Em abril de 2014, a Portaria nº 483 redefiniu a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidado. Ela salienta a necessária articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção, além de realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção (Brasil, 2014).

Reitera como papel da Atenção Básica a coordenação do cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da rede, e a atenção especializada aparece com a responsabilidade de prestar apoio matricial às equipes da atenção básica, realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Estabelece, ainda, que é de responsabilidade da Atenção Básica e especializada organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção e também manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado.

Certamente, o tempo e o resultado das ações realizadas na assistência ao paciente oncológico são de grande importância no produto final de todo o processo. Entretanto, a forma como esse usuário é conduzido dentro dessa rede de recursos e possibilidades também tem um grande impacto no resultado final e diz muito sobre a real qualidade da assistência oferecida. Falando agora

especificamente sobre pacientes com câncer e portadores de doenças crônicas, a Atenção Básica surge repetidamente como coordenadora da linha de cuidados para o usuário.

É interessante observar que existe um avanço relativo às políticas que estão sendo desenvolvidas, envolvendo a assistência a pacientes portadores de câncer e doenças crônicas em geral. À Atenção Básica ainda cabe fortemente a coordenação do cuidado, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica; entretanto, começa-se a notar um crescente envolvimento dos outros níveis de atenção nessa responsabilidade, principalmente através do aprimoramento dos meios de comunicação entre os serviços e do papel no esclarecimento e orientação de seus usuários. Essa corresponsabilização de outros níveis de atenção dentro da linha de cuidado não tira a importância da Atenção Básica como ponto central na rede de assistência, mas começa a definir importantes elementos de apoio nesse processo que, se for bem sucedido, trará enormes benefícios aos usuários.

Podemos ponderar que, apesar dos distintos níveis de atenção terem funções que lhes são particulares, a maioria delas está interligada; ou seja, as ações vão se mesclando entre os níveis de atenção, fazendo com que eles sejam interdependentes.

Torna-se necessário um aprofundamento da discussão sobre a responsabilidade da Atenção Básica pela coordenação do cuidado.

Ainda é possível considerar que sua relação com os outros serviços, no que tange à coordenação e integração ainda é frágil, embora seja reconhecido que um sistema de saúde bem coordenado, integrado e que proporcione a continuidade da assistência, certamente trará resultados positivos para a proposta do cuidado integral (Connil, Fausto & Giovanella, 2010).

Entretanto, não será pertinente a consideração de outros atores nesse processo, onde além da Atenção Básica como coordenadora do cuidado existem também cogestores do cuidado?

O conceito de cogestão traz as relações organizacionais horizontais e baseadas em consensos para a implantação de alianças e projetos, ou seja, com compartilhamento do poder de decisão entre gestores, trabalhadores e usuários. O poder institucional deve ser compartilhado, de forma que ele não fique apenas centralizado nas pessoas que fazem a gestão, mas possa ser

ampliado a todos os envolvidos, de forma que tenham participação ativa na tomada de decisão e elaboração de projetos (Campos, 2000).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS coloca que as organizações de saúde dependem, em certa medida, do intercâmbio que estabelecem entre si para o alcance de resultados, considerando que se ocupam de diferentes objetos e possuem diferenças na execução de suas atividades, especialmente no que diz respeito à complexidade tecnológica, formando assim um “mosaico” de serviços com diferentes realidades, mas que possuem conexões entre si. Considera que a gestão não é um lugar ou espaço, mas que todos fazem gestão e não apenas os especialistas e a ideia de cogestão é a de trazer novos sujeitos para esse processo (Brasil, 2009).

Uma vez inserido no sistema de saúde, o usuário pode ser atendido em diversos serviços, por diferentes profissionais, o que muitas vezes inclui a passagem por serviços especializados, de alta complexidade tecnológica e detentores de conhecimentos específicos para cada necessidade. Entretanto, a Atenção Básica também tem seu papel de “especialista” no que tange ao conhecimento do usuário e seu território existencial, no acolhimento e identificação de suas necessidades, na formação de vínculo, na elaboração de intervenções realistas para aqueles que estão sob sua responsabilidade. Então, por que não falarmos em cogestão do cuidado ao usuário dentro da rede? Não seria muito mais produtivo se a relação entre os serviços especializados e a Atenção Básica tivesse como um dos principais focos conduzir o usuário dentro da rede, de forma segura, bem orientada e com o atendimento oportuno de suas necessidades?

Existem alguns pontos amplamente estabelecidos nas políticas do SUS, incluindo a política de redes, que envolvem integralidade da assistência, equidade no acesso, respeito à diversidade, assistência com foco nas necessidades do usuário.

Quando falamos sobre diversidade, vamos nos aproximando de um dos pontos principais desse estudo: a assistência à saúde da mulher e, mais especificamente, à mulher que está passando pela experiência do câncer de mama.

#### **1.4 Assistência à saúde da mulher com câncer de mama: dados relevantes e aspectos do cuidado**

A assistência à saúde está sujeita a um modelo centrado no ato prescritivo e no procedimento, que valoriza acima de tudo a dimensão biológica, negligenciando muitas vezes os aspectos sociais, subjetivos e singulares do indivíduo (Malta & Merhy, 2010). Embora nos últimos anos esse modelo de assistência tenha sido muito criticado, quando adotado de forma exclusiva, e já possam ser percebidos alguns avanços na percepção das necessidades do outro de forma ampliada, a atuação profissional centrada no biológico ainda está fortemente arraigada, tanto nos trabalhadores como na visão dos usuários sobre o que é importante ser valorizado.

Quando se fala em saúde da mulher, a ampliação do cuidado além da esfera biológica deve ser considerada, uma vez que o bem estar feminino pode ser ameaçado por diversos fatores culturais, sociais, familiares e profissionais, podendo, inclusive, haver aumento de risco para alguns tipos de câncer. Neste ponto, a integralidade deve ser ressaltada como parte do conceito ampliado de saúde, fundamentado na Constituição Federal e na lei 8.080/90, como princípio basilar do SUS (Mendonça *et al*, 2011).

Existem políticas de saúde direcionadas a determinados grupos populacionais, voltadas para a transformação da determinação social relacionada com o sofrimento e adoecimento desse grupo. A partir de 1983, através da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a mulher passa a ser vista como indivíduo que requer ações de saúde específicas, e não apenas como reprodutora e nutriz, geradora da força de trabalho. Na atualidade, as doenças que afetam a saúde da mulher tiveram uma mudança de perfil e podem ser incluídos os problemas de saúde cardiovascular e aqueles relacionados ao uso do álcool e tabaco, dupla jornada de trabalho, assédio moral e sexual. Apesar disso, o foco da assistência ainda está na saúde reprodutiva e sexual. Existe um grande desafio quando se considera a necessidade da mudança da visão fragmentada do corpo humano nas ciências da saúde, um ponto fundamental para a construção de políticas de saúde e de formação de profissionais (Souto, 2008).

Em relação à atenção à saúde da mulher, cabe perguntar como está organizado o cuidado a usuárias em diagnóstico ou tratamento de câncer de mama. Entender como está acontecendo o cuidado em saúde para usuárias, especialmente considerando o papel que é esperado da Atenção Básica, é importante para que se possa identificar pontos fracos e fortes dentro desse processo e embasar a busca por melhorias na assistência oferecida.

Inicialmente, deve-se destacar que a oferta de cuidados para mulheres com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama não se restringe a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como mamografia, ultrassonografia, biópsia, cirurgia, radioterapia e quimioterapia; o surgimento do câncer de mama ou mesmo de sua suspeita traz consigo várias outras necessidades de suporte.

Proporcionalmente à radicalidade da intervenção, o tratamento do câncer de mama ocasiona a necessidade de atuação multidisciplinar, especialmente nas áreas de reabilitação física e psicológica, visando a preservação da qualidade de vida da paciente e sua reinserção profissional e social (Jammal, Machado & Rodrigues, 2008). O fato do cuidado a mulheres com câncer de mama abranger atuação multidisciplinar, especialmente das áreas de nutrição, fisioterapia, psicologia e assistência social, além da atuação médica e de enfermagem, traz consigo mais um desafio: evitar que esse cuidado se torne fragmentado.

Visto que todas as áreas citadas exercem papel fundamental na manutenção da qualidade de vida dessas usuárias e fazem parte da assistência integral, podemos questionar como está essa atuação na prática do cuidado, se existe e como está sendo feita.

Para isso, torna-se necessário um panorama da organização da assistência a mulheres com câncer de mama no país e, mais especificamente, no município de Campinas.

### **1.5 Câncer de mama: relevância e ações de controle no Brasil**

O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente e também a mais frequente causa de morte entre mulheres no mundo. No Brasil, essa situação não é diferente, sendo também o câncer que mais mata mulheres, exceto na

região Norte, onde o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar (INCA, 2013).

Quando falamos em um tipo de câncer tão relevante para a saúde pública, especialmente das mulheres, automaticamente questionamos o que é possível ser feito para diminuir o impacto negativo dessa doença.

As ações de combate ao câncer de mama têm sido amplamente focadas no diagnóstico precoce, através do incentivo à realização do exame de mamografia e à busca de informações com profissionais capacitados, uma vez que o tempo de diagnóstico é decisivo no prognóstico da paciente.

No Brasil, as estratégias de detecção precoce incluem: rastreamento por exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos, devendo essa prática ser considerada como parte da atenção integral à saúde da mulher, independentemente da faixa etária; rastreamento mamográfico a partir dos 50 anos, bianualmente; rastreamento mamográfico e exame clínico das mamas para mulheres a partir dos 35 anos que apresentem alto risco de desenvolverem câncer de mama. Por fim, é garantido a todas as mulheres o acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento em casos que apresentarem alterações nos exames realizados (Brasil, 2004).

Deve-se considerar que, além das possíveis dificuldades relacionadas à dinâmica dos serviços que prestam atendimento a essas usuárias, o acesso ao diagnóstico da doença enfrenta outras barreiras, como educação, condição socioeconômica, transporte, baixa motivação, idade e falhas na comunicação (Silveira et al, 2013).

Mesmo nos países com rastreamento bem organizado, o diagnóstico por imagem ocorre em aproximadamente 50% dos casos, sendo o restante diagnosticado após o aparecimento dos sintomas, o que aponta a necessidade de ampliação do investimento em ações voltadas para o diagnóstico precoce (INCA, 2013).

Apesar do conhecimento de que o diagnóstico precoce tem relação direta com o prognóstico e a sobrevivência dos casos de câncer de mama, em alguns países, especialmente os que estão em desenvolvimento, o rastreamento mamográfico ainda é uma alternativa financeiramente inviável. Nestes casos, o diagnóstico acaba sendo feito através do exame clínico, após o surgimento dos primeiros sintomas (WHO, 2013).

## **1.6 Atenção a pacientes com câncer de mama no Município de Campinas**

Em Campinas, as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama incluem: assistência direta médica e de enfermagem, exames laboratoriais e de alta complexidade, ações educativas, visitas domiciliares, encaminhamento a referências, encaminhamento a hospitais conveniados e campanhas especiais.

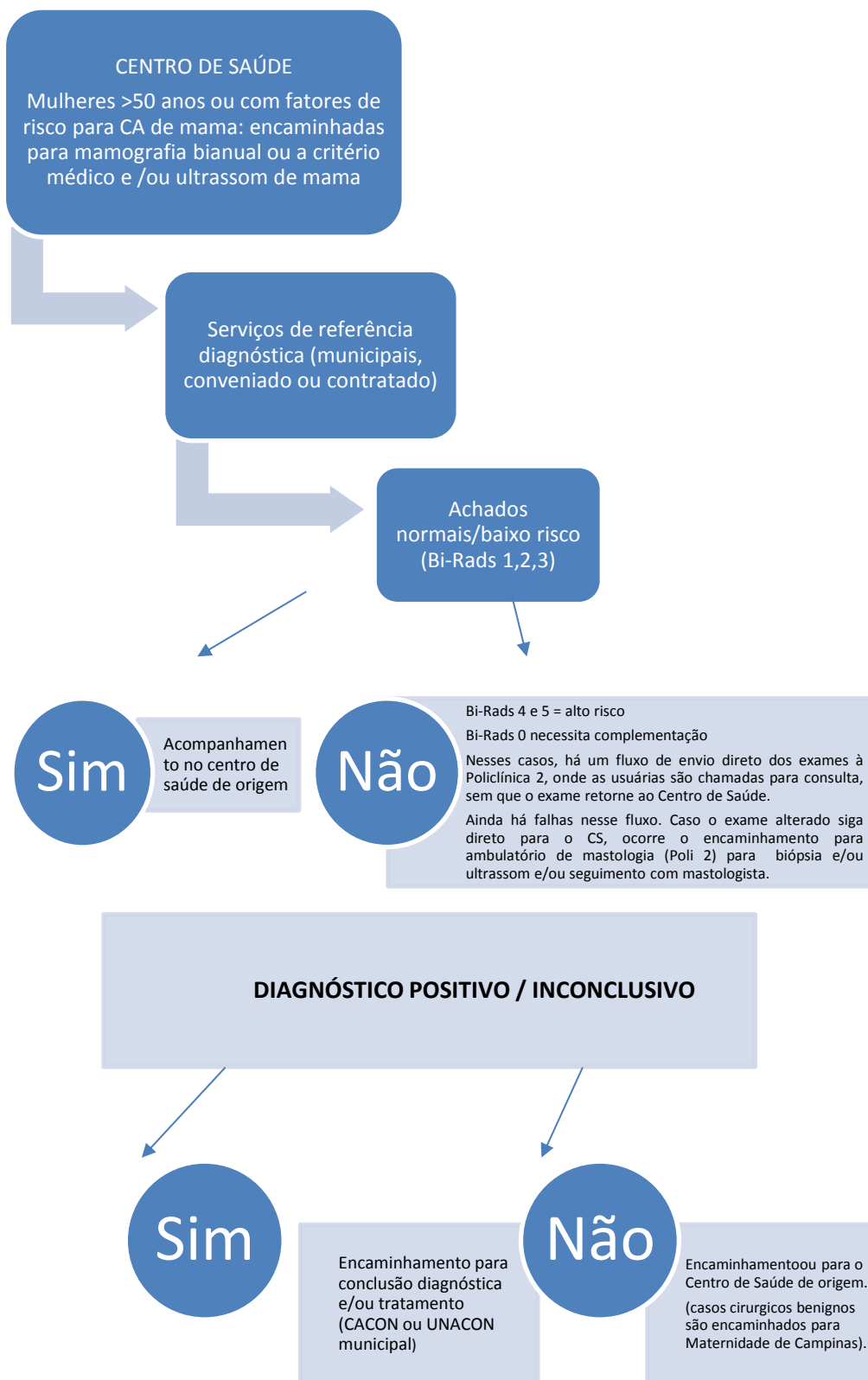
A rede de serviços que, além de outras demandas, atua no diagnóstico e tratamento de câncer de mama, é composta por 63 Centros de Saúde. Essas unidades atendem a população adscrita do seu território, facilitando assim o acesso, e possuem equipe composta por médicos ginecologistas, enfermeiros, equipe de apoio e, em várias delas, profissionais da saúde mental.

Ao passar por um Centro de Saúde, quando constatado risco para câncer de mama a usuária é referenciada para outro serviço, que fará o diagnóstico e tratamento. Os serviços de referência que atendem usuárias com esse perfil são: 3 Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), sendo 2 hospitais municipais e 1 hospital universitário conveniado; 1 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que é referência regional; 3 Ambulatórios Municipais de Especialidades (serviços secundários), além de serviços contratados (para ultrassonografia, por exemplo) em clínicas privadas.

Entre as ofertas dos Ambulatórios Municipais de Especialidades, destacam-se a realização de ultrassonografia, mamografia, biópsia mamária e atendimento com médico mastologista. Casos que necessitam de complementação diagnóstica e/ou tratamento, são referenciados para as UNACON's ou para o CACON.

No caso das UNACON's e do CACON, a oferta de procedimentos compreende, de acordo com cada unidade, o diagnóstico mamário (ultrassonografia, mamografia e biópsia), a terapia para os casos de câncer diagnosticados (cirúrgica, quimioterápica, radioterápica, oral) e também suporte de fisioterapia, nutrição, psicologia, entre outros.

**Figura 1: Fluxograma de rastreamento do câncer de mama em mulheres no SUS de Campinas-SP**





Fonte: SMS de Campinas, Folder informativo para profissionais da rede produzido para o Outubro Rosa 2012.

Observa-se que o caminho percorrido pela usuária do SUS nessa situação pode incluir diversas etapas. Sendo assim, deve haver alinhamento e boa comunicação entre as unidades, seja o Centro de Saúde, o Ambulatório de Especialidades, o CACON ou a UNACON, de modo que a usuária não fique "solta" nesse caminho, muitas vezes tortuoso, com impacto negativo em seu diagnóstico ou tratamento. A discussão sobre esse caminho percorrido pela usuária dentro da rede de cuidados leva à discussão dos Itinerários Terapêuticos, que têm sido muito relevantes em estudos recentes relacionados à gestão de serviços.

Itinerário terapêutico refere-se ao percurso que as pessoas fazem na busca por atendimento para seus problemas de saúde, envolvendo aspectos subjetivos, sócio-culturais e ligados às condições de atenção nos sistemas de saúde. Estudos sobre itinerários terapêuticos envolvendo a discussão sobre acesso e utilização de serviços, ainda que recentes no Brasil (Cabral *et al*, 2011), têm aumentado, com contribuições inclusive na esfera da atenção a pacientes com câncer (Conill *et al*, 2008; Peroni, 2013)

É importante ressaltar que, quando se trata de câncer de mama, esse itinerário envolve muito mais do que um simples percurso entre serviços de saúde. Ser submetida a um procedimento de diagnóstico ou tratamento para o câncer de mama pode causar grande impacto na vida da mulher e sentimentos ambivalentes entre o sofrimento e a luta para sobreviver. Em muitos casos, com medo do diagnóstico, a paciente demora a procurar atendimento, desconsiderando e até negando os sintomas. Especialmente para pacientes submetidas a quimioterapia, essa experiência pode significar a perda do controle sobre a própria vida (Anjos & Zago, 2006).

A experiência do câncer de mama é sentida e se expressa de formas diversas e particulares. É importante considerar que é uma vivência cheia de medos e angústias, pois a doença atinge uma parte do corpo que é símbolo de feminilidade para muitas mulheres. Junta-se a isso o fato de que, para cada caso, há uma forma de lidar, tornando delicado o manejo das diferentes

situações (Vieira *et al*, 2007). É um momento complexo: vivencia-se o medo da morte, da mutilação, de um futuro incerto. A depressão, a tristeza e a desesperança podem se instalar. Ninguém está preparado para perder a identidade e a autonomia. A interação social, o trabalho, a dinâmica familiar são afetados (Araújo & Fernandes, 2008).

Observa-se que, apesar de inúmeras e complexas, o campo das necessidades que envolvem a usuária em processo de diagnóstico e tratamento de câncer de mama não é totalmente desconhecido, visto que existem diversas abordagens voltadas para elas, como grupos de apoio, terapia, além de variadas pesquisas.

No entanto, podemos questionar se todo o processo que envolve o cuidado com essa usuária, desde o seu início na Atenção Básica, está ocorrendo de acordo com o que é esperado e preconizado pelos diversos fluxos, documentos, leis, normas e políticas que falam sobre o assunto.

A experiência do câncer de mama produz um grande impacto tanto na usuária como em seus familiares, ou seja, o processo de adoecimento por si só já é fonte de sofrimento, angústia e incertezas. Consideremos então que essa usuária também deverá enfrentar um percurso entre os pontos que compõem a rede de atenção à saúde.

A experiência dessa usuária poderá ser permeada por contratempos, por dúvidas, por desamparo, desinformação e episódios traumáticos, caso não haja interação adequada entre os envolvidos em seu cuidado. Em contrapartida, os resultados finais das intervenções podem ser mais adequados se a assistência for feita de forma integral e complementar. O sofrimento da usuária pode ser amenizado pelo apoio consistente dos profissionais responsáveis por seu cuidado e pela sensação de ter, juntamente com seus familiares, acesso às informações necessárias para que possa seguir com o máximo de autonomia e segurança possíveis.

Desta forma, a intenção aqui não é avaliar os resultados do tratamento oferecido, a eficácia das tecnologias, os procedimentos e medicamentos utilizados, e sim conhecer, a partir da visão de gestores, profissionais de saúde e principalmente das usuárias, como ocorre a gestão do cuidado a pacientes

com câncer de mama atendidas na rede de assistência à saúde no SUS em Campinas, no contexto das políticas atualmente vigentes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como está ocorrendo a coordenação da integralidade do cuidado a usuárias com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer de mama no município de Campinas/SP e o papel da Atenção Básica nesta coordenação.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1- Reconstituir o itinerário terapêutico de usuárias com câncer de mama, identificando elementos relacionados ao acesso ao diagnóstico e tratamento, à integralidade do cuidado e à sua coordenação.

2- Caracterizar o vínculo entre as usuárias e o Centro de Saúde de referência após o encaminhamento para o serviço especializado.

3- Analisar a comunicação entre os serviços da rede de saúde envolvidos na atenção às participantes do estudo.

## **3. SUJEITOS E MÉTODO**

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, envolvendo concepções e práticas acerca do processo de cuidado em saúde. A abordagem qualitativa explora a relação dinâmica entre o sujeito e o mundo - no caso, usuárias e profissionais de saúde envolvidos na linha de cuidado do câncer de mama -, considerando que existe um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser expressado em números (Minayo, 2007). Além disso, essa abordagem oferece uma variedade de perspectivas a partir dos atores envolvidos, partindo de significados sociais e subjetivos, trazendo a oportunidade de se verificar o conhecimento e a prática dos participantes, analisando as interações que surgem na experiência da doença (Flick, 2009).

As participantes do estudo são mulheres com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer de mama, atendidas no SUS Campinas e moradoras do Distrito de Saúde Sul.

A captação teve como ponto de partida o Ambulatório de Mastologia e Diagnóstico Mamário do Município onde, inicialmente, foi realizado um levantamento de usuárias submetidas a biópsia mamária e encaminhadas para conclusão diagnóstica e/ou tratamento durante o ano de 2014. A seguir, foram consultados os registros de biópsias e os prontuários deste Ambulatório, assim como relatórios do sistema de agendamento CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde do estado de São Paulo.

A partir dessas informações, foram selecionadas pacientes que haviam sido encaminhadas por Centros de Saúde do Distrito de Saúde Sul, o que compreendeu 5 unidades básicas, totalizando 9 pacientes.

Foi realizado então contato telefônico com as nove usuárias, com o objetivo de agendar uma conversa no Centro de Saúde ao qual estavam adscritas e fazer o convite para participação no estudo.

Foram incluídas no estudo mulheres com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama, em acompanhamento na rede pública de saúde de Campinas, com condições cognitivas de conceder entrevista e que aceitassem participar da pesquisa. Os casos que não apresentaram as condições anteriormente descritas foram excluídos do estudo.

Das nove pacientes contactadas, sete aceitaram participar e, em dois casos, a participação não foi possível devido a mudança de cidade e indisponibilidade de horário para a entrevista. Nas datas agendadas com cada usuária, foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo e, após aceite e assinatura do TCLE (Anexo 1), foi realizada entrevista semi-estruturada e audiogravada. Este tipo de entrevista traz uma maior flexibilidade e melhora a interação entre entrevistado e entrevistador, sendo por vezes semelhante a uma conversa informal, apesar de ter um roteiro pré-definido e devendo ser direcionada para os pontos de interesse (Apêndice I). A liberdade que é dada ao entrevistado, especialmente quando se trata de assuntos delicados, resulta em contribuições mais espontâneas, podendo haver informações inesperadas, de grande utilidade para o estudo (Boni & Quaresma, 2005).

A entrevista pretendeu reconstituir o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres na busca por assistência para seu problema de saúde, desde o momento inicial (consulta no Centro de Saúde, mamografia alterada), até a etapa na qual estão atualmente (quimioterapia, terapia hormonal, aguardando cirurgia, etc.). Para isso foram consideradas todas as percepções das usuárias sobre os atendimentos recebidos, exames e procedimentos realizados, dificuldades enfrentadas, tempo de espera, entre outras.

Buscando obter também a percepção dos profissionais e gestores de saúde dos serviços envolvidos no cuidado a essas usuárias, foi realizado contato com médicos, profissionais de enfermagem e coordenadores de 3 Centros de Saúde do Distrito Sul e do Ambulatório Municipal de Especialidades. Após aceite em participar da pesquisa, foi realizada entrevista semi-estruturada e audiogravada com os profissionais e coordenadores, em que foram abordadas questões relativas à integralidade, vínculo e coordenação do cuidado.

Como apoio, foram utilizadas anotações feitas em um *diário de campo*, no qual a pesquisadora registrou informações adicionais, acontecimentos e impressões durante o processo de coleta de dados.

As entrevistas com as usuárias foram transcritas e feita a reconstituição do seu Itinerário Terapêutico (Cabral *et al*, 2011; Conill *et al*, 2008; Peroni, 2013). Foi realizada então a análise temática de conteúdo (Moraes, 1999), considerando as categorias temáticas de interesse do estudo – integralidade da atenção, vínculo, gestão do cuidado e comunicação na rede de serviços.

O material colhido nas entrevistas com os profissionais e gestores foi transcrito e analisado de forma a se considerar uma triangulação das perspectivas dos distintos atores - usuárias, profissionais de saúde e gestores. A triangulação combina uma multiplicidade de materiais empíricos e observadores, permitindo maior riqueza e profundidade à investigação (Flick, 1998).

### **3.1. Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAEE nº 39844314.6.0000.5404) e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos I e II).

Para manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de flores, no caso das usuárias, e por letras, no caso de gerentes e profissionais de saúde.

## **4. Resultados e Discussão**

O material empírico permitiu obter informações sobre acesso, incluindo um panorama de tempo de espera para exames, consultas e tratamento, e foram identificados elementos relacionados à coordenação do cuidado, ao vínculo, ao papel da atenção básica e à integralidade.

Inicialmente será apresentada a reconstituição dos Itinerários Terapêuticos das sete pacientes incluídas no estudo, começando por dois casos (Orquídea e Hortênsia) que percorreram a rede de saúde em razão da suspeita de câncer de mama e, ainda que não tenha se confirmado a neoplasia, sua trajetória e seus relatos revelam situações expressivas para o propósito do estudo. Em seguida, são apresentados cinco itinerários de usuárias com diagnóstico confirmado de câncer de mama (Camélia, Tulipa, Rosa, Petúnia e Margarida). Neles, além do reconhecimento de vários aspectos de interesse para este estudo, encontramos um outro elemento, o *mix* público-privado na busca pela assistência.

### **Itinerário Terapêutico de Orquídea**

Orquídea tem 59 anos e desde os 3 anos de idade mora em Campinas. Ela tem 3 filhos e é viúva. Está sem trabalhar há 5 anos por motivo de saúde. Conta que teve a vida marcada por vários problemas familiares graves: sua

mãe faleceu de câncer de colo uterino, seu pai suicidou-se e seu marido faleceu com pouco mais de 40 anos devido a problemas com álcool.

Orquídea conta que atualmente está fazendo acompanhamento para dois problemas de saúde: hepatite C e nódulos nas mamas que estão em investigação (ainda não teve alta, pois não foi descartado o risco de câncer de mama). Ela lembra que passava regularmente em atendimento médico no Centro de Saúde e, no final de 2012 e início de 2013, passou a apresentar um sangramento em uma das mamas, além de dor nas costas. Na ocasião foi encaminhada para tratamento em um hospital do município. De lá foi encaminhada para outro serviço de referência. Ficou em acompanhamento por 1 ano, tendo alta desse serviço. Foi inclusive agendada uma consulta para reavaliação após a alta, mas ela estava em acompanhamento em outro serviço de referência devido à hepatite C e não compareceu.

Em 2014 ela retornou ao Centro de Saúde. Como ainda havia um nódulo suspeito e ela continuava tendo sangramento em uma das mamas, foi novamente encaminhada ao Ambulatório municipal de especialidades. Nesse serviço, a profissional que a atendeu considerou que o risco de câncer de mama não estava descartado, não concordou com a alta que havia sido dada e encaminhou-a dessa vez a um serviço oncológico público, onde ela mantém seguimento atualmente. No início de 2015, ela relata que fez biópsia mamária, que o exame apontou infecção e que uma cirurgia chegou a ser agendada, mas teve que ser adiada devido à baixa imunidade.

Orquídea conta que fazia acompanhamento no Centro de Saúde para problema de tireóide e também para depressão. Ao iniciar o acompanhamento em outros serviços para as mamas e hepatite C, perdeu contato com o Centro de Saúde. Nesse tempo, nega ter recebido qualquer contato de profissional da unidade para saber sobre ela. Refere dificuldades para manter acompanhamento em vários serviços, mostrando uma pasta com diversos exames e relatórios médicos, e por isso já chegou a perder consultas.

*Aqui era mais a doutora D que eu tinha que passar por ela, porque eu tô tomando Puran. Ainda era o doutor E por causa da depressão, como eles saíram também não tive contato com outros aqui, então eu preciso encaixar isso aí (retomar o acompanhamento) numa hora que*

*distanciar um pouco esse aí (problema mamário e hepatite), né? Senão fica muita coisa na minha cabeça e eu acabo perdendo. Janeiro mesmo eu já perdi a consulta e eles ficaram bravos lá (CACON).*

Orquídea diz que em diversas ocasiões se sentiu perdida, sem saber a quem deveria recorrer. Conta que em nenhuma das ocasiões em que foi encaminhada pela unidade de saúde a serviços especializados lhe foi explicado o motivo do encaminhamento. Ela refere dificuldades quando vai ao CS pois não sabe a quem procurar e, muitas vezes, não encontra quem possa dar as informações de que precisa.

*Não foi explicado nada, eu fui diretamente encaminhada lá (Ambulatório de Especialidades), aí foi feito o procedimento lá, então daqui eu não tive explicação. É muito difícil, eu chego aqui, pergunto pra um, pergunto pra outro, você fica perdida porque ninguém sabe de nada. Você vai no médico, você fica correndo no corredor...*

No CACON, ela refere a mesma dificuldade. Conta que se sentiu perdida e, como agravante, tem lembranças difíceis de experiências com doenças de familiares.

*Dentro do hospital é grande, não é pequeno... lá dentro foi difícil... Eu, minha mãe, meu pai teve internado ali, meu marido morreu ali, então eu tenho assim, um certo distúrbio, tem hora que eu não acho nada, eu preciso ficar perguntando pra uma pessoa, pra outra, às vezes vou lá na informação.*

Sobre sua trajetória pelos serviços, Orquídea refere que em vários momentos houve demora para conseguir o atendimento de que precisava, e acredita que isso acontece porque a população aumentou e tem muita gente precisando de atendimento, em vários lugares.

*Demora demais... É difícil, porque a gente sabe que o mundo cresceu, a população cresceu, então fica difícil não é só pra mim, como*



*no idoso, como no jovem, tudo fica difícil pra gente. Porque não tem assim, essa porta aqui é só pra pessoas de cinquenta e nove anos, aquela porta é só pra dezesseis, então é muito difícil, qualquer lugar é difícil, se você sai pra viajar você encontra uma dificuldade lá fora, né?*

Ela não recorreu a serviço privado quando teve dificuldade para conseguir os atendimentos de que precisava, conta que vive em uma situação financeira muito restrita e, por isso, não chegou a considerar essa alternativa.

*O particular você precisa ter o dinheiro, eu como me afastei pelo INSS não ganho muito, então eu não tive nem essa oportunidade, foi tudo espera de posto, espera de médico, mesmo do (serviço oncológico público) ou dos outros lugares.*

Em relação ao Centro de Saúde, Orquídea conta que desconhece a equipe ou profissional que deve procurar em caso de necessidade. Ela diz que a equipe mudou muito e as pessoas que ela conhecia já não trabalham mais na unidade.

*Tinha pessoas que a gente conhecia, mas já mudou tudo, desde a recepcionista, a farmácia, tudo. Eu já não tenho mais contato com ninguém aqui porque eu não tô acostumada com o pessoal.*

Orquídea fala sobre as alternativas que buscou durante esse período para ajudá-la a passar pelas dificuldades. Procurou igrejas, leitura religiosa e fez uso de chás.

*Eu sou católica, até carrego livros pra ler, que é de salmos... já fui na igreja evangélica também, mas também fico na minha porque eu gosto mesmo da católica. Tomo muito chá, quando eu tô sem meu remédio, que é a Sertralina, eu faço chá de erva doce, chá de hortelã, eu faço um monte de chá, tomo chá.*

Por fim, Orquídea considera que a distância é uma das maiores dificuldades para ela, pois tem uma condição financeira difícil e precisa arcar com despesas de condução e alimentação toda vez que vai a um serviço de referência, além de depender dos filhos para levá-la. Ela vê o serviço oncológico público e outros serviços de referência do município como locais onde existe um atendimento completo, consultas, exames, procedimentos, tudo no mesmo local e que quando o paciente consegue acessar esse serviço, tudo fica mais fácil. Na opinião dela, o Centro de Saúde deveria ter também serviços especializados para que o paciente não tivesse que se deslocar até um serviço distante.

*Como o (CACON) já é um mundo, é o melhor lugar, o melhor hospital, eu acho assim, que a pessoa tivesse um atendimento mais próximo, né? Eu tiro os meus filhos do serviço pra me levar lá. É um lugar que você sabe que ali tem tudo, **ai você vai tratando uma coisa, vai descobrindo outra e você vai indo ali, você se infiltra ali dentro, acabou.** (...) Deveria ter assistência mais próxima pra que pudesse avaliar a gente melhor, uma ecografia, mamografia... Você vê, cria hoje posto pra quê? Não precisa ter (o Centro de Saúde) pra isso, cria funcionários pra quê? Devia ter tudo, como o (UNACON), ali é um lugar muito bom... A gente não tem uma situação financeira boa. Ai você vai juntar tudo, mais condução, você vai lá (serviço oncológico público), lá é caro pra você comer, você tem que levar uma bolacha, alguma coisa.*

Orquídea continua mantendo acompanhamento no serviço oncológico público e está aguardando a melhora de sua imunidade para realizar a retirada do nódulo mamário.

### **IT de Hortênsia**

Hortênsia tem 45 anos, é casada e tem dois filhos. Nasceu em outro estado e veio para Campinas aos 10 anos. Estudou até a quinta série do ensino fundamental, já foi cozinheira em um restaurante e atualmente trabalha na produção de material hospitalar.

Ela conta que fazia mamografia regularmente. Em 2013, o exame apresentou uma alteração, mas Hortênsia foi tranquilizada pela médica, que disse não se tratar de nada grave e que deveria apenas repetir o exame no próximo ano.

Em 2014 repetiu a mamografia e conta que ficou surpresa quando recebeu um telefonema do serviço onde foi realizado o exame, informando-a de que precisaria comparecer a uma consulta com especialista.

Hortênsia refere que a médica do Ambulatório Municipal de Especialidades tratou-a com muita atenção, conversou bastante, explicou sobre o problema e questionou se ela aceitaria ser submetida a uma biópsia mamária. Em poucos dias, foi realizado ultrassom de mamas e logo em seguida a biópsia.

Enquanto aguardava o resultado da biópsia, Hortênsia lembra que ficou apreensiva, chorou muito e buscou o apoio da mãe e do marido. Nesse período, ela recorreu ao Centro de Saúde, foi atendida por um médico que tentou tranquilizá-la, prescreveu medicação para ansiedade e orientou controle da pressão arterial.

*Eu fiquei muito apreensiva, nossa, fiquei assim que, meu Deus! Aí vim aqui (Centro de Saúde) e passei pelo médico, na época tava o doutor F e ele conversou bastante comigo tudo, deu um remédio pra eu tomar, falou 'toma esse remédio pra você porque eu sei que você vai ficar ansiosa', porque ele tinha visto a minha ficha. Falou: 'eu quero que você venha medir a pressão duas vezes por semana porque você tá muito ansiosa por causa desse problema que tá acontecendo com você, mas fica tranquila.*

*Ela diz que não chegou a ter maior contato com outro profissional do Centro de Saúde além do médico que a atendeu e não saberia quem procurar, pois foi atendida por profissionais diferentes quando procurou a unidade em outras ocasiões.*

*“Cada hora que vem aqui (Centro de Saúde) é um médico. O doutor F era um médico muito chegado, conversava com ele e tudo...”*

Dez dias depois, Hortênsia recebeu os resultados: eram nódulos benignos (dois na mama direita e um na esquerda) mas, como houve crescimento rápido de um ano para o outro e em um dos nódulos não tinha sido possível descartar totalmente o risco de malignidade, a médica recomendou cirurgia para retirada.

Conta que a médica do ambulatório municipal de especialidades disse que a encaminharia ao CACON, mas como era muito distante de sua casa, Hortênsia solicitou que a encaminhasse a um serviço mais próximo, o que facilitaria seu acesso, tendo a médica atendido seu pedido. As médicas da UNACON que a atenderam se colocaram à disposição caso ela precisasse procurá-las, o que não ocorreu.

*...a médica lá do (UNACON) falou assim pra mim: 'qualquer dúvida você pode voltar aqui, pode me procurar'... Muito boazinha....*

Hortênsia conta que mantém acompanhamento no Centro de Saúde para cuidar da pressão arterial e do diabetes e é atendida pelo médico que a apoiou no período em que estava aguardando o resultado da biópsia mamária. Ela considera que conseguiu na sua unidade apoio para o momento difícil que estava passando, apesar desse apoio estar ligado a apenas um profissional, pois, além de cuidar de problemas crônicos de saúde que já possuía, pode ser ouvida e ajudada a lidar com a incerteza e a ansiedade. Como agravante, durante esse tempo seu marido recebeu diagnóstico de câncer de próstata e sua mãe, de câncer de intestino (o marido passou por cirurgia e a mãe de Hortênsia faleceu recentemente).

*O doutor F tá me acompanhando, ele falou: 'de dois em dois meses eu quero você aqui comigo', Aí eu já fiquei mais tranquila, mas eu fiquei muito nervosa. Também venho (no Centro de Saúde) por causa da pressão, porque como eu tenho pressão alta, sou pré-diabética... Aí comecei a passar pelo médico, ele me deu remedinho, o remédio melhorou bastante. Também sou muito ansiosa, ele me deu remédio pra mim tomar pra ansiedade, então isso me ajudou. Fiquei muito*

*preocupada, sem mais sem menos dá uma coisa que você não tá esperando, a gente já fica com medo de falar assim, 'o câncer', né?*

Sobre esse período, Hortênsia diz que o que realmente a deixou preocupada foi não saber a gravidade da doença (se era maligna ou benigna), mas que foi muito bem orientada pelos profissionais que a atenderam sobre o que estava acontecendo, quais eram as possibilidades de encaminhamentos e tratamentos e esteve o tempo todo ciente do que viria a seguir dentro do fluxo de atendimentos, exames e consultas pelo qual passou.

*Eu fiquei assim um pouco assustada, chorei bastante no dia que eu fui lá na doutora G (Ambulatório Municipal de Especialidades). Ela falou pra mim que tinha que marcar uns exames, ultrassom, que já ia marcar logo em seguida uma biópsia, ia pedir tudo rápido pra mim. Ela disse: 'Quando você vier fazer a biópsia não vem sozinha, não é legal'. Pra minha surpresa, graças a Deus foi benigno, mas aí mesmo assim ela achou melhor eu tirar. Ainda bem que eu peguei uma médica muito boa, que conversa bastante com a gente, tenta entender, explicar, pra ajudar a gente.*

Hortênsia também fala que se admirou com a rapidez dos serviços pelos quais ela, seu marido e sua mãe passaram (considerando que todos os casos envolveram câncer ou risco de câncer). No seu caso, todo o processo entre a alteração na mamografia e o agendamento da cirurgia durou 6 meses. Porém, ela conta que foi esclarecida por uma médica do serviço de referência onde será feita a cirurgia de que, por tratar-se de um caso benigno, não haveria problemas com essa espera, mas que a cirurgia teria acontecido mais rapidamente caso fosse maligno.

Ela fala que conversa com algumas pessoas que se queixam do SUS, especialmente por causa da demora para conseguir exames, porém reforça que em todos os serviços por onde passou foi bem atendida e encaminhada rapidamente e, por isso, diz que o SUS a surpreendeu. Hortênsia acredita que

o paciente tem que agir caso não consiga o atendimento que está precisando, mesmo que precise recorrer a vários serviços de saúde.

*Às vezes a pessoa não vai no médico porque acha que não vai conseguir. Acho que você tem que ir atrás e confiar, tem que batalhar, não pode deixar. Se você deixou papel lá pra marcar e não ligaram pra você a gente tem que ir atrás. Se vou atrás e não deu, eu já pego, vou no (PS do Hospital Municipal), vou em qualquer lugar, a gente não pode ficar esperando.*

Por fim, faz uma avaliação positiva dos momentos em que ela e sua família necessitaram de serviços públicos de saúde e, especialmente, de seu Centro de Saúde, onde é paciente há vinte anos.

*O SUS me surpreendeu muito bem. As pessoas falam muito mal do SUS, eu não tenho o que dizer, não. Tem gente que fala muito mal do SUS, mas é porque às vezes não vai atrás e vai deixando. Faz vinte anos que eu venho aqui no posto, então não posso reclamar, porque toda vez que eu quero uma consulta, alguma coisa, eu chego aqui e eu consigo, tudo assim, sabe, numa boa.*

No momento da entrevista, a cirurgia de Hortênsia já estava agendada para o final do mesmo mês.

### **IT de Camélia**

Camélia tem 59 anos, natural de uma cidade próxima da região, é casada e mãe de três filhos, sendo que nenhum reside mais com ela. Aposentada, trabalhou durante 30 anos como cabeleireira.

Fazia uso de um plano de saúde e costumava utilizá-lo para consultas ginecológicas. Ela conta que o acompanhamento inicial de uma lesão detectada na mamografia foi interrompido, pois teve um grave problema de saúde na família e acabou priorizando essa situação.

*...em 2009 eu fui fazer o Papanicolaou e fiz mamografia, deu um grãozinho de arroz e o médico falou pra mim que não era nada (...) quando foi em 2013 eu fiz e esse grãozinho de arroz tinha aumentado... Que nesse intervalo eu tive uma netinha minha que agora tá lá no céu também, faleceu do câncer e aí, eu naquela confusão, naquela de acudir a minha nora (...) daí eu esqueci de mim, né? Aí quando eu fui procurar em 2013, que eu fui fazer o Papanicolaou e a mamografia, aí deu que tinha uma alteração... Aí eu fiz os exames, daí eu levei no (mastologista), daí ele falou pra mim que tinha aumentado, que era preciso fazer a biópsia...*

Após iniciar o processo de diagnóstico, a usuária relata que perdeu o convênio médico que possuía.

*...eu tinha o plano de saúde... aí eu fui, fui no doutor (A) e ele trabalha lá no (CACON) que eu fiquei sabendo, o doutor (A) fez a biópsia em mim, só que depois não quis mais me atender... Porque ele falou que o convênio não tava pagando ele.*

Nesse período, Camélia chegou a procurar um tratamento alternativo. Ela buscou ajuda em um local que realizava cirurgias espirituais e foi submetida a um procedimento. Conta que foi orientada a interromper o tratamento clínico, mas acabou decidindo mantê-lo.

*Fui no centro espírita... Eles põem a gente na mesa lá, que eles fazem (cirurgia espiritual)... é uma dor muito ruim que dá no seio, no pelote onde é o câncer, que se sente cortar eu não sei como, mas você sente cortar... Eles (do centro espírita) não queriam que eu fosse lá (voltasse no médico)... já tava marcado pra mim ir fazer a cirurgia ..., aí eles falaram pra mim esperar mais um mês que a cirurgia espiritual tinha corrido tudo bem. Falei: primeiro eu vou confiar na mãos dos médicos, né... Sei que tem um ser maior lá em cima, mas se ele não desse poder pros médicos....*

Camélia conta que procurou outro médico do convênio, conseguindo ser operada, mas, quando já estava fazendo as sessões de quimioterapia, o convênio encerrou suas atividades.

*...aí eu fui com o doutor B, que também é lá do (CACON), aí o doutor fez a cirurgia... que eu voltei pra tirar os pontos que eu fiz tudo, o doutor B não atendeu mais, (...) falou que não ia atender mais porque o plano de saúde não tava pagando ele e que ele não ia me atender mais, nisso eu tava na última sessão da quimio quando ele desistiu, aí de tanto eu pedir eles fizeram a última sessão da quimio...*

Camélia então conta que nesse momento interrompeu totalmente o acompanhamento. Recorda como foram os primeiros atendimentos pelo convênio, quando recebeu a garantia de que continuaria a ser tratada independentemente de qualquer circunstância.

*..foi uma beleza, me atenderam bem, como se diz, disseram que mesmo se o plano falisse ia continuar me tratando, foi completamente tudo ao contrário porque depois ninguém mais quis me atender (...) aí quando eu terminei de fazer a quimio, o plano tava pra arrumar pra mim pra fazer a radio ... quando eu tava quase pra eles me chamar... isso já tinha passado mais de um mês, (...) eles me ligaram dizendo que não ia atender mais porque o plano não tava cobrindo lá também...*

Após um período tentando recuperar seu tratamento pelo convênio, sem nenhuma orientação sobre o que fazer, resolveu procurar o Centro de Saúde do seu bairro. Camélia conta que já havia feito um tratamento anterior no serviço oncológico de referência devido a uma lesão de colo uterino, por isso tinha um entendimento de que aquele serviço poderia ajudá-la em seu problema de saúde.

*..eu fiquei parada, aí eu vim no posto, (...) eu sei que no posto de saúde a gente é encaminhado pra lá (CACON)... depois que eu vim aqui*



*no posto, aí eu comecei a caminhar, mas eu já sabia que o melhor pra mim que ia ser lá no (CACON).*

No Centro de Saúde foi recebida por uma enfermeira, que olhou todos os exames e relatórios médicos, sendo então encaminhada para o ambulatório de especialidades do município e, deste, para o serviço oncológico de referência. Camélia relata a espera pelo atendimento e como foi difícil ter que reiniciar tudo após já ter realizado quimioterapia.

*...falaram pra mim não me preocupar que logo ia me chamar, aí eu fui chamada depois acho que de um mês, um mês e meio mais ou menos eu fui chamada lá (Ambulatório de Especialidades), aí eu tive que passar por tudo, ... tudo de novo, mesmo operada, tudo, eu tive que passar por (mastologista), tive que mostrar todos os exames, aí ele mandou eu lá pro (CACON), aí lá ... demorou mais três meses pra me chamar, nisso eu acho que eu passei mais ou menos, quer ver? quase oito meses.*

Camélia conta que os médicos que a atendiam no convênio também trabalhavam no CACON. Ela acredita que por esse motivo, e também por ela já ter feito um tratamento anterior nesse serviço de saúde, seu acesso à continuidade do tratamento foi facilitado.

*... aí quando me chamaram lá, eu pensei: bom, agora eu já vou passar pra radio, né? Aí já vou começar o tratamento... Não, daí eu tive que passar num outro oncologista lá de novo, daí ela disse que só ia me pegar porque eu já fui, tinha sido já de lá do (CACON), já tinha feito o tratamento e os meus primeiros médicos eram chefes lá do (CACON)... aonde eles pegaram e começaram a me tratar...mas mesmo assim demorou mais três meses pra me chamar pra fazer a radio...*

Durante o tratamento radioterápico no CACON, Camélia recorda que viveu momentos de sofrimento por causa do inchaço, da dor que sentia e também da angústia e ansiedade causadas pela incerteza em relação ao rumo da doença. Ela conta que teve contato com profissionais de diversas áreas,

como médicos, enfermeiros e assistente social. Em alguns casos, a atuação desses profissionais foi em uma situação pontual ou motivada por uma queixa da paciente.

*Eu nunca passei pelo psicólogo... Assistente social eu passei só uma vez pra me dar o passe de ônibus pra mim poder ... ir daqui lá (...), tinha que pegar quatro ônibus... Eu sentia muita dor, o braço inchava, aí até que um dia eu tava conversando com a enfermeira lá, aí ela falou: 'nossa, mas você nunca passou pela fisioterapia aqui?' Eu falei: não, eu só tive fisioterapia depois da cirurgia, mas particular (convênio)... Aí ela pegou e me deu um livrinho de orientação.*

Camélia também traz a experiência de ter trocado seus conhecimentos sobre a doença, os tratamentos e a busca por atendimento com outras pacientes. Em momentos com amigas e na sala de espera do serviço oncológico, ela tentou transmitir a outras mulheres informações que ela acreditava serem úteis, e fala que a sala de espera poderia ser um local de esclarecimento de dúvidas, sob orientação de um profissional de saúde.

*Às vezes a gente acha falta de conversar pra saber se é assim mesmo, se tem perigo de voltar o câncer, né? Porque a dor é horrível e você fica com dor, essa dor não passa. Do ombro, do seio, vive inchado. Então eu acho que falta sim alguém pra conversar mesmo com a pessoa (.....) Eu tinha muita dúvida e sabe com quem que eu conversava? Com as minhas amigas... Quando a gente vai no (CACON) tem muita gente, né? Aí elas explicam pra gente se é normal essa dor que dá, o inchaço que dá...uma passando pela outra. Por isso que eu falo, tem falta assim, de ter...tem dez, quinze mulheres que têm câncer... ter uma reunião sabe, pra falar pra elas sobre o câncer, o que elas têm dúvida. Tem aquele monte de mulherada lá, que a gente fica esperando uma hora, uma hora e pouco pro médico chamar. Por que senão nesse intervalo não pegar vinte, trinta mulheres e por na sala pra tirar as dúvidas que elas têm?*

Camélia conseguiu concluir as sessões de radioterapia e hoje faz tratamento com hormônio. Ela está aguardando a cirurgia de reconstrução da mama. A espera está sendo difícil para ela, que compara sua situação à de outras mulheres que viveram esse problema. Conta inclusive que uma amiga se ofereceu para conversar com seu médico para ver se ele poderia ajudar Camélia a conseguir mais rápido a reconstrução.

*Eu acho falta do peito só, eu queria por logo, né? Pode ser até três anos (de espera), porque meu médico, ele falou pra mim que não é todos os casos que são rápidos, tem gente que opera e já põe na hora e tem gente que tem que demorar porque tem perigo de voltar. Ela (amiga) teve nos dois (seios), só que ela falava: 'ah, vou ver se meu médico atende você'... Ela era do (convênio). 'Porque ele é excelente, ele já tirou meu peito, ele já pôs os dois peitos. Foi tudo muito fácil, eu não sei por que tá demorando desse jeito'. Eu acho que demorou muito pra mim, né? Eu tive minha madrinha que teve... ela ficou com o mesmo problema que eu, ela tirou tudo também...ela já tá com seio e por que eu não?*

### **IT de Tulipa**

Tulipa tem quarenta anos, é latino-americana e casada com um brasileiro, com quem tem dois filhos. Está no país há cerca de 8 anos. Durante esse tempo trabalhou como faxineira e atualmente é dona de casa.

Ela conta que começou a ficar preocupada por uma dor que sentia nas mamas. Procurou o Centro de Saúde do seu bairro e, após ser examinada por uma enfermeira, foi localizado um nódulo. Isso causou uma grande ansiedade em Tulipa que, ao saber que poderia haver espera para realizar a mamografia e o ultrassom através da sua unidade, preferiu procurar um serviço particular.

*...fazia assim, uns dois, três anos que eu já sentia essa dor, toda vez que ia menstruar meu peito ficava dolorido, aí quando ia no ginecologista ele apalpava e falava assim: 'aparentemente não tá*

*mostrando nada, não tô sentindo nada, nódulo nenhum... deve ser porque vai menstruar'... aí eu menstruava e passava essa dor, aí depois ficava o seio aqui dolorido, aí tinha vezes que assim, dava uma formigada, uma pinicada... Aí outra vez quando eu vim pra cá (Centro de Saúde), eu falei com a enfermeira... aí apalpou, aí ela achou um nódulo, só que a gente quando acha qualquer coisa assim no corpo da gente já fica desesperada, né? Eu fiquei desesperada, na época eu tava com trinta e oito anos, aí eu perguntei pra ela se era rápido aqui pelo posto pra fazer a mamografia, essas coisas... Ela falou assim: 'realmente você não tem quarenta anos ainda', e demorou um pouquinho, e com isso eu fui na (clínica privada) e fiz particular, fiz a mamografia e o ultrassom... só que na mamografia não deu nada, na ultrassom deu dois nódulos, parece que era um pouquinho, um e pouquinho centímetros assim... aí a ginecologista (da clínica) falou pra mim que não era pra mim ficar preocupada porque isso talvez ia ser algum nódulo, alguma coisa assim que pra ficar em paz, né?*

A usuária conta que a médica que a atendeu na clínica particular deu algumas orientações e pediu que ela fizesse acompanhamento por algum tempo. Neste período houve um aumento do nódulo e surgiu a necessidade de uma biópsia mamária.

Novamente, ela tenta recorrer ao serviço particular, mas devido ao tempo de espera para o procedimento e o custo do mesmo, foi orientada pela própria médica a procurar também o Centro de Saúde.

*... aí eu fui lá, ela passou pra mim uma vitamina pra mim tomar por três meses e retornar com seis meses... aí quando eu retornei eu já senti mesmo que já tava evoluindo assim, de um dia pra outro sabe... a médica de lá, da clínica, ela falou assim pra mim... procurar um mastologista, tem que fazer a biópsia... eu procurei a biópsia pra fazer a biópsia por particular, né? E também ela mandou vir no posto procurar .. na época ia demorar quase um mês pra fazer a biópsia particular e também era um pouco caro...*

Tulipa procurou o Centro de Saúde solicitando urgência no agendamento com o especialista, levando os exames que já havia feito e a carta da médica da clínica privada. Ao mesmo tempo, ficou aguardando o agendamento da biópsia no serviço privado. Porém, a vaga saiu mais rapidamente no serviço público, sendo a biópsia realizada no Ambulatório Municipal de Especialidades.

*...eu falei que tinha que ser rápido, aí eu fiquei aqui no (Centro de Saúde)...pra ser atendida, né? Aí eu também não desmarquei a outra (clínica privada)... quem sair primeiro eu vou, eu vou fazer... tava marcado no dia, pra fazer particular e um pouco antes, uma semana antes me ligaram que ia sair daqui (Centro de Saúde) pra fazer no (Ambulatório Municipal de Especialidades) então eu fui pra lá.*

A usuária depois foi encaminhada ao CACON, onde passou por cirurgia e quimioterapia. Ela considera que a descoberta da doença teria sido mais rápida caso os atendimentos tivessem sido realizados desde o início pelo Centro de Saúde.

*eu acho que se eu tivesse ficado aqui no posto, não ter ficado apavorada e sair aqui do posto... o tratamento ia ser mais rápido...a doutora (da clínica privada) errou comigo, porque ela mandou eu esperar seis meses, ela falou assim: 'ah não, tá no começo, não sei o quê, isso aí deve ser um nódulo', eu fiquei tranquila, mas de repente terminei de tomar o remédio e o nódulo evoluiu... talvez ele (ginecologista do Centro de Saúde) ia olhar o meu caso mais rápido, porque eu saí daqui no tempo de seis meses... se eu tivesse aqui tinha pedido pra fazer a mamografia ... ou eu podia trazer aqui o ultrassom, essas coisas, pro ginecologista. Talvez ele já tinha me encaminhado...*

Ela conta também que ao procurar pela primeira vez o Centro de Saúde foi orientada que haveria um pouco de espera pela mamografia, pois como sua faixa etária estava abaixo dos 40 anos, não era ainda considerada do grupo de maior risco. Também refere que ouviu comentários negativos sobre o Centro

de Saúde, que já havia tido dificuldades quando procurou atendimento anteriormente e que isso a incentivou a procurar um serviço particular.

*...ela (enfermeira do Centro de Saúde) falou assim: 'demora um pouco, demora mais de um mês como você não tem ainda quarenta anos ainda'... eu tava com trinta e oito anos ainda... toda vez que eu vinha vindo aqui eu não achava o médico, o dentista... 'ah, o postinho', as pessoas falam mal, né? ...mas eu fiquei assim, apavorada...aí eu sai do posto...*

Sobre a demora no agendamento, a paciente conta ainda que, após ter procurado o Centro de Saúde com todos os exames e a carta da clínica particular, houve agilidade nos agendamentos, especialmente do ambulatório municipal de especialidades para o CACON. Entre a saída do resultado da biópsia e o início da quimioterapia não se passaram nem 10 dias. Após passar por quimioterapia durante 7 meses, foi submetida à cirurgia.

*...ficou uns vinte dias pra me encaminhar pro (Ambulatório Municipal de Especialidades), pra fazer a biópsia uns vinte dias, depois que saiu o resultado, eu fiz dia vinte e três, no dia vinte e seis (julho) já saiu o resultado e eu já procurei, já me mandaram logo pro (CACON) e eu já comecei dia primeiro de agosto, eu já comecei meu tratamento e dia primeiro de agosto eu já comecei a tomar a primeira quimio...*

Devido à gravidade do caso e à grande ansiedade vivida pela usuária e sua família, seu marido chegou a entrar em contato com a Secretária de Saúde do Município e ela acredita que isso agilizou todo o processo.

*...aqui (Centro de Saúde) falou assim pra mim que demorava quase um mês, que tava lotado pra fazer a biópsia...nesse período meu esposo ligou na Secretária de Saúde... informou tudo como que tava, falou que aqui no posto ia demorar um pouco, pra ver se não encaixava mais rápido, ele entrou em contato, deu meu nome... aí ela (funcionária*

*da SMS) entrou em contato comigo, aí que foi mais rápido, acho que ela ligou aqui no posto pra colocar mais urgência...*

Tulipa chegou a pesquisar sobre tratamentos alternativos e a fazer uso de um chá que, de acordo com as informações que obteve, seria benéfico para seu problema de saúde. Porém, ela não interrompeu o tratamento clínico.

*... eu pesquisei foi graviola, daí eu tomei a folha, chá... fala assim... pra nódulos, pra câncer, pra essas coisas, né... câncer de mama, falava...*

Por fim, ela também considera que se houvesse tido um melhor esclarecimento no momento em que procurou o Centro de Saúde, talvez não acontecesse tanta espera e desencontros. Ela acredita que ter buscado atendimento ao mesmo tempo em dois serviços gerou atrasos e que o melhor teria sido fazer todo o processo pelo serviço público.

*..eu falei pra enfermeira aqui, se eu tivesse ficado aqui e conversado mais, tivesse uma atenção comigo, a enfermeira aqui, eu acho que ia ser muito mais rápido... eu perdi né, eu perdi seis meses, quando eu fui na (enfermeira) aí eu perguntei pra ela: será que é mais fácil (pagar serviço particular)? 'Se você tem condição de pagar você faz' ... e aí eu acho que foi erro da enfermeira.*

Tulipa continua em acompanhamento no CACON.

### **IT de Rosa**

Rosa tem 61 anos, é aposentada, casada, teve três filhos e mora com o marido e dois filhos. Veio de outro estado ainda jovem, com 21 anos, e reside em Campinas há 40 anos. Ela conta que teve todos os filhos nesta cidade e se considera campineira por ter construído toda a sua vida aqui. Rosa lembra que, ao chegar a Campinas, morou provisoriamente em outros bairros, mas acabou construindo uma casa e fixando-se no bairro onde reside até hoje. Até se aposentar, trabalhou como faxineira e empregada doméstica.

Rosa fazia exame de mamografia e Papanicolaou no Centro de Saúde de seu bairro regularmente. No começo de 2014, relembra que fez um exame de mamografia e foi orientada pela médica do Centro de Saúde a repeti-lo em seis meses. Quando retornou, a médica já não estava mais trabalhando na unidade e ela foi atendida por outro ginecologista, que solicitou mais exames. Quando os resultados chegaram, foi encaminhada a um serviço especializado (ambulatório municipal de especialidades) e conta que não sabia bem o motivo do encaminhamento.

A filha de Rosa (que é advogada e acompanhou a entrevista), considera que realmente não receberam uma informação clara sobre o que estava acontecendo:

*Explicado não foi, é que a gente tem meio que noção, que aqui é meio limitado, né?... são algumas coisas que são feitas aqui (Centro de Saúde), então a gente sabe que alguns exames são direcionados e aí direcionaram pra lá (Ambulatório Municipal de Especialidades). Explicação, assim, não teve...*

Ao saber que a mamografia tinha uma alteração, Rosa acreditou que era um problema causado por um acidente que havia sofrido.

*... eu pensava porque eu fui atropelada e bateu, a moto me bateu assim (mostra a mama) e mandou eu longe, eu achando que aquele devia ser da batida...*

A filha de Rosa conta que a mãe passou por diversos lugares para exames de mamografia, ultrassom e, por fim, biópsia mamária:

*... aí deu alteração e daí pra frente cada hora ela tava num lugar fazendo exame, até que fez a biópsia e constatou que era maligno...*

Ela conta que sua mãe gostou de ser encaminhada para atendimento em outro serviço, pois não estava satisfeita com o Centro de Saúde. Rosa fala que o prontuário da família foi perdido e chegou a ficar muito tempo sem



procurar a unidade. Conta também que teve dificuldades quando precisou agendar consulta.

*... essas crianças minhas aqui foram tudo criado aqui nesse posto... trazia pra vacinar, depois sumiu a pastinha minha... às vezes você tem que marcar uma consulta com a médica, a médica não está, você não pode marcar... só depois de dez dias eu ia marcar, entendeu? Chegava aqui, fazia o quê? Vou deixar pra marcar, né? No dia certo, porque 'ah, ela hoje não vai poder, não sei o quê'... (Rosa)*

De acordo com o relato de ambas, apesar de morarem no local há muitos anos, não se sentiam bem acolhidas na unidade e não saberiam quem procurar no Centro de Saúde em caso de necessidade. A filha diz sentir um clima de desconfiança dos profissionais em relação aos usuários.

*Foi algum tempo sem utilizar (o Centro de Saúde), aí quando a gente retornou é muito burocrático, eu não sei... elas nunca têm paciência para explicar, elas sempre estão suspeitando que você tá burlando alguma coisa, aqui é sempre assim... nós passamos por muitos lugares e sempre tem uma pessoa iluminada que te trata bem, que te explica direitinho porque é um assunto delicado, né? Mas aqui eu não sei o que acontece... Falou pra vim aqui é tenso, porque aqui é sempre muito difícil. (filha da Rosa)*

Em relação às informações prestadas, Rosa se lembra que ficou muito confusa em determinado momento, pois havia ido mais de uma vez a serviço público para realização de mamografia e, neste local, nunca havia conversado com nenhum médico, apenas com a técnica que realiza o exame. Ela conta que recebeu um telefonema de um profissional, dizendo ser seu médico e que precisaria vê-la para conversar sobre seus exames. Rosa não entendeu o que estava acontecendo, pois já havia sido encaminhada para o ambulatório municipal de especialidades, realizado todos os exames e estava no aguardo dos resultados.

*Lá no (UNACON) eu não vi médicos, só a moça fazendo minha mamografia, mas eu não vi médico nenhum. Aí um dia me ligaram: 'Dona, eu sou seu médico!' Eu falei: 'Meu médico? Eu nunca vi médico aí!'. Porque eu não tinha visto mesmo, só vi a moça lá fazendo mamografia. Aí eu falei assim: 'Moço, mas eu já fui no (Ambulatório de Especialidades), já fiz os exames, tô só esperando o resultado'. Eu falei: agora, como é que vai fazer? Agora eu tenho que ir lá, né? Não tem jeito de eu voltar pra trás.*

Rosa foi atendida no Ambulatório Municipal de Especialidades e, após o diagnóstico de câncer de mama, foi encaminhada ao UNACON para tratamento, sendo submetida a cirurgia (mastectomia radical) em agosto de 2014. De acordo com ela, após o resultado da biópsia, passaram-se cerca de 20 dias até o momento da cirurgia. Refere que a médica do Ambulatório Municipal de Especialidades entrou em contato por telefone com um médico do UNACON e conseguiu uma vaga mais rápido para ela, por se tratar de um caso grave.

Ela também conta que sentiu muita confiança nos médicos que a atenderam no UNACON, lhe deram atenção e sempre se colocaram à disposição caso ela precisasse de qualquer atendimento após a cirurgia, mesmo fora da data agendada. Foi entregue a ela uma carta do médico responsável, com informações sobre a cirurgia realizada e solicitando que ela fosse atendida a qualquer momento caso procurasse o serviço com alguma queixa. Entretanto, como a equipe já a conhecia, na maioria das vezes ela não precisou apresentar a carta.

*Às vezes nem precisava, os meninos me conheciam, né... Falavam: 'Vem Dona, eu sei... Eu vou cuidar da Dona'... Fiquei até conhecida... Muito legal, me trataram muito bem. O Doutor também foi muito jóia, operou e no outro dia de manhã ele foi me visitar pra ver como que eu estava, então eu gostei, viu?*

A filha de Rosa conta que a mãe passava por atendimento com o clínico geral e com a nutricionista no Centro de Saúde, pois estava com a glicemia

alterada. Ao descobrir o câncer de mama, Rosa interrompeu o acompanhamento. Ela estava aguardando o agendamento de exames pedidos pelo clínico e, quando o Centro de Saúde ligou para avisar sobre a marcação, informou que não poderia ir, pois estava fazendo tratamento no UNACON. Ambas dizem que esse foi o único contato feito pelo Centro de Saúde desde que Rosa foi encaminhada para diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Ao longo de todo esse percurso, Rosa diz não ter recorrido a nenhum tratamento alternativo ou assistência religiosa. Ela menciona que em seu estado de origem havia facilidade de encontrar benzedores, mas em Campinas é difícil.

Por fim, a filha de Rosa reforça que acha extremamente importante que as pessoas que procuram um serviço de saúde sejam atendidas com atenção e delicadeza, pois a procura só acontece quando há alguma necessidade. Caso contrário, há o risco da paciente não procurar o serviço mesmo que esteja precisando, por não ter sido bem recebida. Ela lembra de uma ocasião em que foi realizado um café da tarde para as pacientes do UNACON em comemoração ao “outubro rosa” e que ambas se sentiram muito acolhidas e valorizadas.

*Um dia eu fui com a minha mãe, que ela teve um retorno (no UNACON) e tava no outubro rosa, e aí serviram um café da tarde pra eles. Então eu acho que isso é bacana, tratar do problema com uma certa delicadeza. Aqui (Centro de Saúde) eu não sei realmente o que acontece, eu acho que todo mundo que procura aqui tá precisando de alguma coisa, então eu acho que aqui precisaria um pouquinho mais de cuidado. Tem gente que se fecha quando é mal tratado. Minha mãe, por exemplo, não gosta de vir aqui, ela até tem que retornar pra fazer exame de sangue.... como ela, pode ser que existam outras pessoas... E isso pode acarretar outras coisas, pode não ir mais em nenhum lugar. Se ela não vem aqui e ir em outro lugar, beleza, mas se não ir...*

Rosa está fazendo tratamento hormonal e ainda mantém acompanhamento periódico no UNACON.

### **IT de Petúnia**

Petúnia tem 67 anos, é aposentada e viúva há 17 anos. Mora com um filho, que recentemente voltou a residir com ela após ter ficado viúvo.

Petúnia conta que no ano de 2014 passou pelo ginecologista do Centro de Saúde e ele a encaminhou para realização de mamografia e ultrassom das mamas, exames que costumava fazer anualmente. Os exames mostraram que ela tinha um nódulo em uma das mamas, porém ainda muito pequeno. O ginecologista então explicou a ela o que deveria ser feito nesse caso, porém não explicou do que se tratava a alteração.

*Dona, eu tô vendo aqui um probleminha, mas eu não posso dizer o que é, eu podia fazer punção aqui mas eu não tenho aparelho, então eu vou encaminhar a senhora pra clínica. (Ginecologista do CS)*

Ela então foi então direcionada ao Ambulatório Municipal de Especialidades. Lá, passou por atendimento com mastologista e foi encaminhada para realizar biópsia no CACON. Quando o resultado ficou pronto, voltou ao mastologista e teve a confirmação: era um nódulo muito pequeno, porém maligno, sendo novamente encaminhada para o CACON. Petúnia lembra que achou tudo muito rápido: entre a primeira consulta com o ginecologista no Centro de Saúde até a cirurgia de retirada do nódulo passaram-se cerca de 3 meses.

Após a cirurgia, foi submetida a radioterapia; durante esse período, relata que não recebeu nenhum contato de seu Centro de Saúde. Como é diabética, manteve acompanhamento com a clínica da unidade e conversou bastante com essa profissional, que tentou tranquilizá-la.

*Eu conversei muito com ela quando eu tive isso, ela me deu muita atenção, ela falou muito, né? Porque a gente fica... quando fala pra gente (sobre o câncer de mama), parece que cai um negócio na gente, né? Quando o médico falou lá no (Ambulatório de Especialidades), nossa!*

*Parece que... entendeu? Ela (clínica do Centro de Saúde) falou pra mim: 'a senhora tenha calma, é uma coisinha... se a senhora tá falando que é um carocinho muito pequenino que nem um grãozinho de arroz, então a senhora não vai ter problema nenhum.'* Ela me explicou, deu um tranquilizante pra mim tomar e assim deu tudo certo. A gente conversando, a gente anima mais, então foi muito bom.

Apesar do bom vínculo estabelecido com essa médica, Petúnia não sabe quem deve procurar caso precise de alguma coisa do Centro de Saúde fora das datas agendadas para consulta. Sobre o CACON onde fez a cirurgia e as sessões de radioterapia, Petúnia diz ter sido muito bem tratada, lembra que os médicos que a atenderam conversaram muito com ela e que, no momento da cirurgia, conseguiram deixá-la tranquila.

*No (CACON) eu tenho as consultas já marcadas, que eu faço um ultrassom daqui dos braços. A doutora H, ela também é muito boazinha, conversa muito bem com a gente, sabe? Eu adorei lá, eu fui muito bem atendida. O médico brincou comigo, porque eu achava que nem tava sendo operada. Daí eu acordei e pra mim eu não tinha nem sido operada, ele falou assim: 'põe a mão aí na senhora que a senhora vai ver e vai pro quarto, já vai pro quarto', ele falou. Eu tinha sido operada.*

Petúnia conta que, durante o tratamento radioterápico, sua maior dificuldade foi em relação ao transporte, pois mora longe e depende de ônibus. Nega que tenha tido qualquer outro tipo de dificuldade, tanto em relação à espera como à falta de informações importantes ou necessidade de recorrer a serviços privados. Ela reforça que fazia mamografia anualmente e crê que, por conta disso, foi possível um diagnóstico rápido da doença.

Também relata que acreditava que iria perder toda a mama, entretanto apenas uma pequena parte foi retirada e ela só se convenceu após ver o resultado da cirurgia.

*Eu falei pro médico lá: 'olha, eu fiz muita oração pra mim e pra vocês aí, hein? Até pros instrumentos!', ele riu sabe, eu falei: 'até pro instrumentos eu fiz!' (risos), porque a gente não sabe na hora o quê que*

*ia fazer na gente, ele falou que era um quadradinho, né? A doutora falou, mas a gente não sabe, acha que vai arrancar a mama, cortando, você vê muita coisa lá, né? Eu sou católica, eu só fiz minha oração em casa mesmo, só em casa e ia à missa.*

Petúnia notou que outras mulheres que estavam sendo atendidas no CACON também estavam satisfeitas e lembra que, no início do tratamento, teve orientações em grupo sobre assistência social.

*Mesmo a pessoa que precisa tirar a mama toda é muito bem tratada lá. As pessoas que tãõ lá, mesmo as pessoas que não tem a mama, a pessoa é alegre, feliz, sabe? Porque fala que tá sendo bem tratada, então por isso que eu falo, lá é muito bom. Eles dão cursinho lá, vem a moça explicar se a gente quer, se a gente precisa de tratamento psicológico, aí tem a assistente social que fala com a gente. Eu precisei da assistente social porque a gente tem que passar nela, pra ela explicar como vai tomar o remédio, como que vai ser e como que não vai ser.*

Petúnia mantém acompanhamento no CACON, agora com tratamento oral. Continua passando regularmente em consulta com a médica do Centro de Saúde para seguimento clínico, especialmente do diabetes.

### **IT de Margarida**

Margarida tem 45 anos, sempre residiu em Campinas; é casada, dona de casa e tem 2 filhas.

Ela conta que no ano de 2014 fez uma mamografia e o exame apontou um nódulo suspeito. Ela então foi encaminhada ao Ambulatório Municipal de Especialidades. Na ocasião, a médica do Centro de Saúde que solicitou o exame esclareceu sobre o risco de ser câncer de mama.

*Ela falou que podia ser uma coisa boa ou não, ela falou que por isso tava me encaminhando, pra ver o que é, pra ver se ia ser um câncer de mama ou não, mas explicou certinho pra mim.*

No Ambulatório Municipal de Especialidades, recebeu o diagnóstico positivo para câncer de mama. Ela conta que recebeu todos os esclarecimentos sobre os próximos passos do tratamento e a médica a encaminhou para um serviço oncológico mais próximo da casa dela. Lembra que tudo foi muito rápido e que o tempo entre a mamografia alterada e o início do tratamento foi em torno de 1 mês.

*Eu cheguei lá (Ambulatório de Especialidades), a médica me chamou, me atendeu, me explicou o fato que tava acontecendo e tal, ela falou pra mim aonde eu queria fazer o meu tratamento. Eu falei no (CACON). Aí, a partir do momento que ela soube que eu queria fazer lá, ela já fez já uma carta, já escreveu tudo os dados certinho e imediatamente ela já mandou pra lá, já marcaram o dia que era pra mim tá indo lá no (CACON). A partir desse dia eu comecei ir lá direto, até hoje.*

Margarida nega ter tido dificuldades de acesso ou falta de informações importantes durante todo o processo. No CACON, passou por cirurgia para retirada do nódulo mamário e fez quimioterapia. Conta que recebeu orientações para retornar a qualquer momento em caso de necessidade.

*Eles deram até o cartãozinho, aí a moça falou que o dia que eu me sentir mal, alguma coisa assim, pra correr lá.*

Durante esse tempo, Margarida fala que não recebeu qualquer contato do Centro de Saúde. Diz que precisa agendar uma consulta, mas desde que foi encaminhada não procurou mais a unidade. Conta que gosta de fazer caminhadas e que caminha sozinha, não sabendo se o Centro de Saúde oferece grupo de caminhada ou alguma atividade física.

Margarida refere já ter concluído as sessões de quimioterapia e feito alguns exames que estavam normais, por isso já se considera curada. Ainda não havia iniciado tratamento hormonal, mas tinha uma consulta agendada no CACON.

.....

Os itinerários apresentados trouxeram a experiência de busca das usuárias por atendimento a suas necessidades de saúde e os meios que utilizaram para isso. Percebe-se que, em determinado momento do percurso diagnóstico e terapêutico, todas as usuárias enfrentaram problemas, seja em relação ao acesso, ou ao vínculo com a atenção básica, ou, ainda, à comunicação entre os serviços que compuseram a linha de cuidado de cada usuária.

Na discussão dos temas centrais da pesquisa que se fará a seguir, procurou-se articular as percepções expressas pelos profissionais de saúde e pelos gestores dos serviços aos itinerários pesquisados.

#### **4.1 A luta pelo acesso ao cuidado integral**

A cidade de Campinas conta com uma ampla rede de serviços de saúde para atenção a pacientes com câncer, dentre os quais estão duas UNACONS, três Ambulatórios Municipais de Especialidades (Policlínicas), uma ampla rede básica com 63 Centros de Saúde, além de situar-se no município o CACON regional. Esta característica traz significativo reflexo para a questão do acesso, conforme expressam as usuárias, com a maioria relatando que todo o atendimento, desde as etapas iniciais de diagnóstico até a realização do tratamento, ocorreu de forma ágil e satisfatória. A questão da demora, da indisponibilidade de vagas e da distância surgiu ocasionalmente na fala das usuárias e dos profissionais e gestores, mas não como um fator limitante para o acesso.

Apesar disso, chama atenção o fato de que, em diversos momentos, houve a atuação das próprias usuárias, de familiares ou até mesmo a iniciativa de profissionais que as estavam atendendo para a construção de caminhos para o acesso, como ocorreu no IT de Tulipa.

Conforme afirmam Schimith *et al* (2014), em diversos estudos observam-se deficiências na complementaridade e, conseqüentemente, na integralidade



do cuidado quando o paciente é atendido em vários serviços de saúde, onde a organização hierarquizada do cuidado em rede, embora seja necessária, acaba encontrando na excessiva burocratização um grande obstáculo.

O presente estudo possibilitou a observação das dificuldades encontradas pelas usuárias quanto ao cuidado integral e ao compartilhamento do cuidado entre os serviços. Em alguns casos, elas buscaram por conta própria diferentes serviços de saúde de acordo com o que acreditavam poder obter para suprir as necessidades apresentadas. Isto ficou particularmente evidente nos itinerários de Camélia e Tulipa, que fizeram uso de serviços públicos e privados, e também para Hortênsia, que referiu procurar Pronto Socorro do Hospital Municipal quando tinha dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Gerhardt *et al* (2008) trazem exemplos de itinerários com elementos em comum com os apresentados neste estudo, onde usuários também procuraram os recursos de que necessitavam tanto em serviços públicos como privados, de acordo com o que cada serviço podia oferecer no momento. Buscaram, por conta própria, atendimento em hospitais de cidades próximas, serviços de urgência e emergência e procuraram alternadamente consultórios particulares e Unidades Básicas de Saúde. Os autores questionam como a Atenção Básica permanece desconectada nesse processo, visto que, antes de ser direcionado por um fluxo bem organizado pré-estabelecido, o paciente faz sua própria regulação, de acordo com sua necessidade de cuidado e alívio do sofrimento.

Merece destaque como a insuficiência na oferta de vagas, a demora para consultas e exames e a distância geográfica dos serviços não foram referidos como grandes obstáculos para o acesso nos IT's analisados, apesar de terem surgido situações onde usuários, familiares e mesmo profissionais buscaram outros caminhos quando o fluxo oficial estabelecido mostrou falhas. Os ITs de Tulipa, Hortênsia e Camélia sugerem a presença do que alguns autores chamam de *agir leigo* ou, mais especificamente, *regulação leiga* (Cecílio *et al*, 2014). Isso traz indícios de que, embora o resultado final em termos de acesso tenha sido satisfatório, o caminho para a obtenção da assistência ainda é irregular e muitas vezes imprevisível.

Salci & Marcon (2009) observaram que, apesar do sentimento de derrota em um primeiro momento, muitas mulheres encontram força para buscar ajuda,

especialmente quando o retorno dado pelos profissionais de saúde não é satisfatório. Os autores colocam que, em alguns casos, ocorre das próprias mulheres perceberem alterações suspeitas nas mamas, mas não ser dada grande importância a isso pelos profissionais que as atendem. Entretanto, após persistirem na procura por atendimento, a doença é por fim diagnosticada através da biópsia.

Os ITs mostraram também que, algumas vezes, foi necessária uma composição de serviços para dar conta do acesso a diagnóstico e tratamento, como ocorreu com Camélia e Tulipa. Nessas situações, os usuários conseguem o atendimento necessário não pelo funcionamento pleno do SUS e sim pela sua disposição de “ir à luta” e não aceitar os obstáculos apresentados. A fala de Hortênsia representa fortemente essa iniciativa:

*Acho que você tem que ir atrás e confiar, tem que batalhar, não pode deixar. Se você deixou papel lá pra marcar e não ligaram pra você a gente tem que ir atrás. Se vou atrás e não deu, eu já pego, vou no (PS Hospital Municipal), vou em qualquer lugar, a gente não pode ficar esperando.*

Cecílio *et al* (2014) ressaltam que a utilização dos serviços de saúde pelos usuários nem sempre obedece a uma rígida separação entre o público e o privado, podendo ocorrer uma composição da utilização de ambos os serviços na busca pelo cuidado integral.

Conill *et al* (2008) apontam alguns possíveis arranjos realizados por usuários na tentativa de preencher lacunas assistenciais quando necessitam dos serviços de saúde. Nessas situações, pode ser encontrado o chamado *mix* público-privado, ou seja, o uso simultâneo tanto dos serviços de saúde públicos como suplementares. O *mix* público-privado envolve a necessidade do usuário acessar determinados procedimentos, medicações e outros recursos tecnológicos, especialmente valorizados quando a doença ameaça a vida do paciente.

É possível aceitar que dentro de qualquer serviço de saúde poderá existir alguma espera para atendimento, ou que a solução mais adequada para determinado caso não seja exatamente aquela que atende as expectativas do

usuário. Entretanto, quando falamos de espera, os pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer merecem especial destaque, pois a espera nesses casos pode alterar negativamente o curso da doença, razão pela qual já existe legislação que regulamenta o tempo de espera para o início do tratamento.

Radaelli & Medeiros (2015) também trazem exemplos de usuários que utilizaram serviços privados pagos com recursos próprios quando o SUS não foi capaz de proporcionar a assistência de que necessitavam (especialmente biópsia e tratamento cirúrgico), mesmo tratando-se de casos de câncer. É importante pontuar a diferença existente entre os casos citados pelos autores, envolvendo município com 1.973 habitantes e apenas uma UBS, e o cenário encontrado em Campinas, que conta com ampla rede assistencial. Observa-se que a presença do *mix* público-privado tem ligação com as condições assistenciais do local onde vive o usuário, sendo que em Campinas surgiram situações pontuais de uso de serviços particulares, porém a dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento não caracterizou a situação da maior parte das usuárias participantes deste estudo.

Apesar da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, estabelecer um prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento após a confirmação do diagnóstico, isso não significa que a verificação da queixa apresentada pelo paciente e o processo de diagnóstico em si não devam ser objetos de atenção e de cuidado, feitos com rapidez e qualidade.

Mesmo considerando-se que uma parte crucial do acompanhamento de uma paciente com câncer de mama estar ligada ao diagnóstico e ao tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, é de suma importância ressaltar que o acesso não deve se restringir à realização desses procedimentos. Quando se fala em cuidado integral, é essencial compreender que o acesso abrange todo o suporte que a usuária nessa condição necessita.

O aspecto nutricional, por exemplo, é um importante fator a ser considerado na recuperação e qualidade de vida de um paciente que está em tratamento para câncer. Além de estarem mais propensos à desnutrição de forma geral, pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia frequentemente apresentam alterações de mucosa do trato digestivo que diminuem a tolerância aos alimentos. Por esse motivo, o suporte nutricional adequado, junto aos pacientes e aos familiares, tem muito a contribuir para o

bem estar do paciente, podendo inclusive ser um fator de diminuição do abandono de tratamento (Oliveira, 2007).

Nos itinerários terapêuticos apresentados, mesmo nos casos de mulheres já submetidas à quimioterapia e radioterapia, não houve referência ao recebimento de orientações nutricionais, relato de contato com nutricionista ou qualquer outro profissional que tenha dado orientações nesse aspecto.

A atuação multidisciplinar de outras áreas, como fisioterapia e serviço social, é referida pelas usuárias em situações pontuais, como o fornecimento do passe de ônibus para a ida ao local do tratamento ou exercícios para diminuir o inchaço dos membros superiores e, de forma geral, as mulheres entrevistadas não entenderam essas ações como necessárias para o cuidado integral.

Considerando também o câncer de mama como uma doença que afeta profundamente a identidade feminina, trazendo sentimentos de rejeição, baixa autoestima e inutilidade, com profundos reflexos nas relações interpessoais das mulheres afetadas (Silva, 2008), podemos questionar o porquê de não haver oferta mais expressiva de apoio psicológico para essas mulheres. Durante a realização das entrevistas, várias participantes demonstraram grande necessidade de falar sobre questões de autoimagem (algumas mostraram o local da cirurgia e falaram sobre o desejo da reconstrução mamária), da relação com o parceiro, do grande sofrimento psicológico que experimentaram, especialmente quando aguardavam o diagnóstico ou logo após a confirmação da doença. Porém, as próprias usuárias, em sua maioria, consideraram que a assistência recebida foi completa e de qualidade, pois tiveram acesso a atendimento médico e procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo satisfatório.

Radaelli & Medeiros (2015) verificaram, em seu estudo sobre o percurso assistencial de pacientes com câncer, que não houve oferta de assistência psicológica e nutricional durante o tratamento e que essa falta chegou a ser apontada pelos pacientes, os quais reconheceram no profissional enfermeiro o apoio mais expressivo que tiveram no que diz respeito a informações sobre a doença e ao suporte emocional.

Desta forma, chamou a atenção o fato de que, embora as participantes do nosso estudo expressem a necessidade de serem atendidas por uma

equipe multidisciplinar, não demonstram entender que isso faça parte de seu cuidado.

Além disso, na fala dos profissionais, a atuação multidisciplinar não surge com relevância, o que leva a crer que, tanto da parte das usuárias como dos profissionais, o foco do cuidado ainda permanece na esfera biológica, centrada no atendimento médico e em procedimentos.

Outro aspecto encontrado no presente estudo, que surgiu em quase todos os casos, foi a questão da crença, religiosidade e do conhecimento informal que o usuário traz, por meio de suas vivências e do ambiente sociocultural em que vive. Longe de serem desvalorizados, esses elementos podem ser aliados na superação de momentos difíceis do processo de adoecimento. Através dos estudos de Conill *et al* (2008) e de Salci & Marcon (2009) é possível verificar que, na maioria dos casos, a procura por atendimento médico surgiu antes da busca por práticas populares e apoio religioso, e que a combinação desses elementos foi harmônica.

Podemos compreender um pouco mais sobre o significado do cuidado integral através das distintas visões de dois participantes do estudo: o gestor de um ambulatório de especialidades e uma usuária.

Em sua fala, o gestor do ambulatório de especialidades relata os avanços já obtidos em relação a prazos e à melhoria da interação do serviço especializado com a Atenção Básica. Entretanto, coloca o cuidado integral com atuação multidisciplinar como uma meta a ser atingida, considerando que hoje, na maioria das vezes, o atendimento prestado está longe de ser dessa forma.

*Eu acho que um dos motivos da gente não conseguir talvez ser mais eficiente enquanto rede de atenção, aí eu não coloco só os serviços especializados, mas a rede toda dentro do SUS Campinas de fato tem pecado em falta de investimento. Existem situações, o câncer de mama é uma delas, que requerem investimento. Investimento pra todos os níveis da atenção, desde a prevenção, ao tratamento e ao acompanhamento. Tem o momento posterior dessa paciente que ainda abre lacunas sim, do ponto de vista do seguimento fisioterápico, da reinserção dessa mulher tanto no mercado de trabalho, o atendimento no ponto de vista psicológico pra ela, pra família. Acho que a gente tem um caminho muito*

*longo a percorrer, mas que o momento que a gente tá não deixa de ser importante porque ele é um capítulo dessa história. Pra gente poder avançar e progredir, a gente tem que passar por isso, e que bom que a gente tá conseguindo passar por isso e quem sabe identificando os pontos em que a gente tá vulnerável, porque eu acho que é onde a gente precisa crescer, onde a gente precisa aprimorar e a gente não pode parar de lutar pra conseguir a conquista de um atendimento integral, de um atendimento assim, verdadeiramente integral, não só integral do ponto de vista de uma fala, que não acontece na prática, mas assim de uma fala e de uma prática integrais. Acho que essa é a nossa busca. (Gestor R)*

Na fala da usuária Orquídea, podemos perceber que, para ela, a conquista do acesso ao cuidado integral surge representada pela entrada em um serviço que pode proporcionar, dentro dele mesmo, diversos recursos para o cuidado:

*É um lugar (CACON) que você sabe que ali tem tudo, aí você vai tratando uma coisa, vai descobrindo outra e você vai indo ali, você se infiltra ali dentro, acabou. (Orquídea)*

#### **4.2 A comunicação entre os serviços da rede de saúde**

Podemos pensar na importância da existência e da qualidade do contato feito entre os serviços de referência e a Atenção Básica. Esta não pode atuar sozinha como coordenadora do cuidado integral se não houver alinhamento com os outros serviços que atendem a usuária; caso contrário, informações importantes são perdidas no caminho e o cuidado permanece fragmentado.

Sobre esse aspecto, assim se expressaram alguns profissionais

*Quando tem alteração e tá em alteração grave, geralmente a (auxiliar de enfermagem) que é das especialidades, ela manda e-mail pra (agendadora do Distrito), solicitando uma vaga mais urgente. Toda a*

*questão de especialidade geralmente é a (auxiliar de enfermagem), eu não tenho contato com as especialidades. Telefone (para serviços de referência) nunca utilizamos, a gente nunca precisou, eu acho. (Enfermeiro L)*

*Normalmente o certo é a contra-referência, né? Mas nem sempre a gente tem. Eu particularmente nesse um ano e meio que eu tô aqui nunca acompanhei nenhuma (paciente) que teve e voltou.*

*(...) A comunicação médica não existe. Só faço encaminhamento e o paciente vai, nunca tive a experiência de ligar. (Médico A)*

Por meio dos relatos dos profissionais, pode-se observar que a comunicação entre os níveis de atenção funciona ainda de forma burocrática e ineficiente. Este ponto deve ser destacado como uma das possíveis dificuldades na coordenação do cuidado integral.

Em algumas situações, os profissionais expressam iniciativas de regulação do acesso que, conforme apontam Cecílio *et al* (2014) sobre a regulação profissional, ocorrem por meio de contatos pessoais.

*No (CACON) que eu conheci, eu acabava fazendo também esse meio de campo, eu tive duas pacientes daqui (Centro de Saúde) que eu acabei encaminhando diretamente. Ela chegou comigo com o diagnóstico de fora de Campinas, com o diagnóstico de BI-RADS 4. Aí eu consegui eu mesma encaminhar pro (CACON). Pra acelerar esse processo eu acabei conversando por meio pessoal, pra conseguir encaminhá-la. Eu consegui esse encaminhamento via residente, que é meu amigo pessoal. É assim mesmo, dependendo do grau a gente se preocupa mais e acaba indo procurar em outras formas o atendimento pra paciente. Mas fora isso, raramente eu tenho contato com o outro serviço de mastologia. (Médico M)*

Ainda que em situações específicas o contato pessoal possa propiciar maior agilidade para o atendimento, é possível questionar se uma comunicação eficiente entre os serviços, que funcionasse no cotidiano da rede, não poderia reduzir a necessidade do uso desse recurso e se essa prática não prejudica a

equidade, pois depende quase que exclusivamente da visão do profissional que está atendendo o caso no momento, em detrimento de outras pacientes que podem estar na mesma situação.

Por outro lado, de acordo com Lima & Rivera (2009), a rede de serviços é feita por pessoas e as esferas do diálogo, das micropolíticas e das relações vêm sendo consideradas como novas possibilidades além dos já existentes fluxos de atendimento em saúde. Os autores colocam a análise da interação entre os serviços como um possível caminho para diminuir falhas que possam estar ligadas à comunicação, considerando como atores envolvidos nesse processo os gestores, os trabalhadores e também os usuários.

Ao olharmos para o presente estudo, podemos considerar que, para além dos protocolos existentes, a rede de atenção é inteira permeada pela comunicação, ou seja, é “viva” e flexível, ocasionando o surgimento de novas conformações de acordo com a situação apresentada.

A consideração desse aspecto não busca defender a desorganização dos fluxos assistenciais e a extinção dos protocolos de atendimento, mas sim ampliar a visão para as relações humanas existentes por trás de todos esses processos e como, bem administradas, podem trazer benefícios à qualidade da assistência.

Tomando como exemplo o caso de Margarida, em que a médica do Ambulatório Municipal de Especialidades questionou onde ela preferiria fazer seu tratamento, podemos observar como um simples ato de comunicação entre o profissional e o usuário pode fazer a diferença, considerando que a facilidade de acesso, a diminuição da distância entre a residência do paciente e o local do atendimento influenciam no bem estar e diminuem as chances de abandono.

Sobre a questão da comunicação entre os serviços, o médico P (mastologista de Ambulatório de Especialidades), reforça a abertura que o serviço no qual trabalha tem para receber o contato de profissionais dos Centros de Saúde. Porém, de acordo com sua percepção, esse recurso não está sendo necessário, pois não há demora nos encaminhamentos, tanto do Centro de Saúde para o Ambulatório de Especialidades como deste para o CACON e UNACON.



*A gente tem uma porta aberta pra ligar caso a pessoa (médico do Centro de Saúde) não esteja conseguindo, tá com pressa, a pessoa pode ligar aqui... E com os centros terciários é uma relação muito boa, até bem rápido... sabe, a gente tá evitando esse negócio de encaixe porque como a rede tá funcionando direitinho, tá sendo rápido, então não tem porque ficar ligando e encaixando, não tem muito problema. Não tá tendo muita pessoa com suspeita presa lá no Centro de Saúde, faz tempo que ninguém me liga. (Médico P)*

Ele reconhece (a partir de sua experiência anterior como ginecologista em Centro de Saúde) que há dificuldades para a interação entre os serviços na prática do dia a dia, porém acredita que, se a comunicação acontecesse com mais frequência, até mesmo a qualidade dos encaminhamentos melhoraria, evitando encaminhamentos desnecessários.

*Às vezes chega bastante caso que nem seria pra ser encaminhados pra cá, não se tem indicação de mastologia e poderia ser resolvido se o médico do Centro de Saúde ligasse e discutisse o caso, né? Mas eu trabalhei em Centro de saúde também, então eu entendo o lado deles, eles se sentem às vezes inseguros, então vale mais eles encaminharem... vira e mexe aparece um ou outro aí com coisas que não precisariam estar aqui, mas aí você faz a contra-referência explicando: 'ó, não tem nada, sugiro seguir dessa forma'. Aí a pessoa fica segura e mantém o seguimento... Por conta da demanda, fazer uma comunicação dessa forma requer tempo, então você tem que ir lá telefonar, às vezes a pessoa não tá, você tem que telefonar de novo. Então é muito mais simples pegar um papel e dar pra paciente vir aqui comigo pessoalmente do que ir lá ligar, porque tem um monte de paciente pra atender, tem pré-natal. Eu lembro quando trabalhava como é que é, parar pra tentar ficar ligando... 'Ah, o doutor não tá aqui, liga depois, outra hora'. Então, faz o encaminhamento, a referência. Como a rede tá sendo marcada*

*com agilidade, em termos de uma semana, dez dias do posto chega aqui, então tá fácil, eu vou lá encaminho, não preciso nem falar com eles, vai lá e a paciente conversa com o médico, acho que por causa disso. (Médico P)*

A fala do Médico P reforça a percepção já demonstrada através dos relatos das usuárias: o papel desempenhado pela Atenção Básica ainda está distante da função que se espera desse nível de atenção, ou seja, coordenar a integralidade do cuidado a seus usuários. Ele expressa que o contato do Centro de Saúde com o serviço de referência poderia qualificar o encaminhamento e esta seria uma etapa importante da coordenação do cuidado. Porém, reconhece que há limites para que o profissional do Centro de Saúde tenha essa prática no cotidiano.

Carlos & Ferriani (2015) resgatam na literatura importantes pontos sobre os quais a rede de cuidados deve estar pautada, tais como: articulação, cooperação entre os diversos níveis de informação, troca de conhecimentos e recursos, conhecimento da existência e reconhecimento da importância do outro. O olhar multidisciplinar é trazido como uma estratégia para evitar que as ações sejam fragmentadas e desarticuladas.

Observou-se que o reconhecimento das usuárias em relação aos serviços especializados é muito mais expressivo quando comparado à Atenção Básica e o momento em que elas acessaram aqueles serviços parece ter sido um verdadeiro “divisor de águas” em seu seguimento. Isto é, de certa forma, compreensível, visto que quando se fala de câncer de mama a utilização de tratamentos e procedimentos de maior sofisticação tecnológica (quimioterapia, radioterapia, biópsias, cirurgias) é ponto fundamental no combate à doença.

Entretanto, não podemos deixar de lembrar que a atuação da Atenção Básica contempla inúmeros aspectos do cuidado a essa usuária que não podem ser separados da intervenção especializada. Cunha (2004) expõe a dificuldade em realizar o acompanhamento a longo prazo de uma pessoa que não está submissa e restrita às normas de um ambiente hospitalar ou de um atendimento especializado. Para isso, é necessária a utilização de diversas ferramentas, como a formação de vínculo, a aceitação dos saberes do usuário, o conhecimento profundo das necessidades do indivíduo e o reconhecimento

das limitações tanto do profissional como do paciente. Como consequência, o trabalho adequado desses fatores pode resultar em uma intervenção muito mais efetiva.

Esta é uma das dificuldades que aparece na fala dos profissionais entrevistados. A demanda de um Centro de Saúde em Campinas é grande e inclui o cuidado a diversas necessidades da população adscrita, como atendimento aos doentes crônicos, acolhimento à demanda espontânea e ações preventivas. Foi possível observar que os Centros de Saúde têm priorizado o encaminhamento rápido de pacientes com alterações mamárias e que também dispõem de ferramentas de vigilância desses casos. O ponto crítico é justamente após o encaminhamento para o serviço de referência, quando muitas vezes a usuária passa a caminhar sozinha e perde o vínculo com a unidade de origem.

A ferramenta de comunicação entre os serviços mais utilizada na rede ainda é a referência e contra-referência e a dificuldade de retorno desse instrumento com informações do serviço especializado para a Atenção Básica surgiu na fala dos profissionais. Radaelli & Medeiros (2015) também trazem a questão das falhas no retorno da contra-referência como uma deficiência que surge na comunicação entre os serviços, dificultando assim o papel da Atenção Básica na continuidade do seguimento ao paciente, que passa a ser a única fonte de informações sobre o que está ocorrendo no serviço especializado.

É possível pensar então em como a integração da Atenção Básica com os serviços especializados pode trazer benefícios ao seguimento do indivíduo, quando refletimos sobre toda a linha de cuidado. A identificação precoce de alterações sugestivas de câncer, o encaminhamento oportuno para diagnóstico e tratamento, a prevenção do abandono e contratempos durante o seguimento e o suporte às outras necessidades clínicas, sociais e psicológicas são pontos fundamentais do cuidado e, reconhecidamente, papel da Atenção Básica.

Os relatos das pacientes sobre a qualidade do atendimento oferecido nos serviços de referência e o reconhecimento dos profissionais da Atenção Básica de que o acompanhamento da usuária deve continuar após o encaminhamento, considerando outros aspectos do cuidado além do câncer de mama, permitem acreditar que a integração, a boa comunicação entre os

serviços e a co-gestão do cuidado seriam importantes estratégias para o oferecimento de uma assistência menos fragmentada na rede de saúde.

### **4.3 Coordenação do Cuidado: de quem é esse papel?**

Podemos começar essa discussão falando um pouco sobre a forma como é feito o atendimento ao usuário. Sem dúvida, é decisivo o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a paciente. Um bom vínculo pode ser estabelecido através de atitudes aparentemente simples, como olhar nos olhos e deixar que o outro perceba que está sendo ouvido naquilo que diz. Especialmente falando de mulheres com suspeita de câncer de mama, existe uma grande percepção desses aspectos na postura do profissional que as atende (Miranda *et al*, 2014).

Quase todas as usuárias participantes deste estudo nos dão exemplos de como o vínculo com o profissional de saúde pode ser um fator determinante do percurso dentro do sistema de saúde.

Elas mostraram grande capacidade de perceber atitudes dos profissionais que dizem muito sobre o tipo de vínculo que está sendo estabelecido. Surgiram relatos de como a conversa com determinado profissional aliviou um momento de ansiedade, mas também apareceram situações onde faltou uma referência a quem procurar e onde o clima de desconfiança afastou a usuária.

De acordo com Schimith *et al* (2014), estudos demonstram que o acolhimento, o respeito às particularidades do indivíduo e o vínculo com a equipe de saúde estão relacionados com a diminuição da procura por atendimento de urgência e abandono de tratamento. Neste contexto, a Atenção Básica surge como responsável pela formação desse vínculo.

Observamos também que, na maioria dos casos, houve uma avaliação muito boa do atendimento recebido nos serviços especializados, principalmente em relação à atenção e esclarecimento dados pelos médicos e à rapidez no agendamento da biópsia e início do tratamento. O relato de um profissional da Atenção Básica sobre o atendimento a pacientes que já foram encaminhadas para serviço de referência por alterações mamárias confirma essa percepção:

*Eu fico questionando sobre o tratamento mais por curiosidade do que pra discutir, mas a impressão que me dá é que elas sempre vêm muito bem orientadas em relação à doença: ‘ah, eu fui em outubro, vou voltar em junho, tô tomando isso, vou fazer tal exame’. Então isso é uma coisa que eu já percebi da maioria das pacientes. (Médico M)*

Certamente, é muito positivo verificar que o atendimento na atenção especializada está sendo percebido dessa forma pelas usuárias, pois também é seu papel ter um bom vínculo com quem está utilizando esses serviços.

Podemos, por outro lado, questionar por que essa percepção satisfatória não ocorre também sobre o atendimento recebido nos Centros de Saúde. Será porque a Atenção Básica é vista pelos usuários, conforme colocam Cecílio *et al* (2012), como “o lugar das coisas simples”? Podemos afirmar que, em certa medida, sim. Ao lado da grande valorização por parte dos usuários das consultas e exames especializados, o frágil ou mesmo ausente protagonismo da Atenção Básica em situações como o cuidado a pacientes com câncer somente reforça essa situação.

Uma usuária inclusive questionou a necessidade de haver tantos Centros de Saúde, defendendo unidades de maior complexidade mais próximas:

*Você vê, cria hoje posto pra quê? Não precisa ter (o Centro de Saúde) pra isso, cria funcionários pra quê? Devia ter tudo como o (UNACON), ali é um lugar muito bom... (Orquídea)*

Tal opinião demonstra ainda ser necessário um maior investimento na relação da Atenção Básica com sua clientela e com o cuidado de que necessita.

Em contrapartida, foi possível verificar que os profissionais de saúde têm opiniões variadas sobre a manutenção do vínculo após o encaminhamento da mulher para um serviço especializado.

*Eu acho que tem que fazer o seguimento, independente se ela fez a cirurgia ou não, toda a questão psicológica tem que manter, se tiver que fazer mastectomia de uma mama, tem que fazer a continuidade do acompanhamento da outra mama. (Enfermeiro L)*

*Acho que não encerra nunca (seu papel no acompanhamento da paciente). Acho que sempre é um acompanhamento, né? Mesmo que ela vá tratar essa patologia em outro lugar, eu acho que ela tem que voltar pra gente continuar o acompanhamento também conjunto. Eu acho que não tem um ponto final. (Médico P)*

*Eu acho que a partir do momento que a paciente já tá referenciada, ela já tá em acompanhamento com o especialista, mas na hora que a paciente volta pra gente falando: 'fui tal dia e passei isso, isso e isso', eu ainda fico me sentindo responsável, né? A partir do momento que passou pro outro, aí eu acho que em relação a isso meu atendimento com a paciente se encerrou e aí eu fico na retaguarda. Tudo que ela precisar a gente tá aqui, que é a porta, o primeiro lugar que a paciente procura é aqui com a gente. (Médico M)*

Apesar do reconhecimento por parte dos profissionais da manutenção do acompanhamento mesmo após a referência para o serviço especializado, por parte das usuárias não houve a percepção clara de que isso aconteça.

A Atenção Básica encontra diversas barreiras para desempenhar o papel a ela preconizado de coordenadora do cuidado. A falta de informações após o encaminhamento, as dificuldades na relação entre os serviços de distintos níveis de atenção e a ausência de sistemas de apoio que sustentem os fluxos de comunicação são algumas delas. Porém, existe o reconhecimento de que a organização dos sistemas de saúde através da coordenação da Atenção Básica pode ter um impacto benéfico na saúde das comunidades. (Rodrigues *et al*, 2014)

Através das narrativas das usuárias participantes deste estudo, foi possível observar que, após o encaminhamento a um serviço especializado para tratamento ou diagnóstico de câncer de mama, a perda de contato com o

Centro de Saúde ocorreu em grande parte dos casos. É compreensível que, após o surgimento da suspeita ou do diagnóstico do câncer de mama, o foco das preocupações da paciente seja totalmente voltado para essa doença. Entretanto, a integralidade da assistência em saúde para essa usuária não deveria ser perdida de vista. Certamente, é a Atenção Básica que tem melhores condições de compreender os vários aspectos relacionados a essa pessoa, que apresenta necessidades que vão muito além do câncer de mama, considerando que a própria experiência do câncer pode agregar outras necessidades, como de apoio psicológico, além do que as demandas clínicas (diabetes, hipertensão, cardiopatias, etc.) não deixam de existir.

Segundo as usuárias, ao passarem para outro nível de atenção não houve algum tipo de acompanhamento de sua trajetória pelos diversos pontos da rede. Nenhuma delas relatou o contato de algum profissional da unidade de saúde fora dos momentos de atendimento, exceto para avisar sobre agendamentos.

Um dos profissionais entrevistados referiu que houve oferta de assistência em saúde mental para uma usuária nessa condição, mas a mesma recusou.

*Por exemplo, tem uma paciente que tá em processo de diagnóstico, tá pra ser agendada a cirurgia. Assim que a gente recebeu o papel, entrou em contato, fomos atrás dela. Oferecemos a psicóloga, psiquiatra. Ela rejeitou, né? Não quis... (Médico M)*

Talvez, antes de se antecipar e propor automaticamente um novo encaminhamento (agora para a saúde mental), poderia ter sido oferecida escuta à usuária por alguém da equipe da unidade, permitindo melhor identificação de suas reais necessidades nesta fase da vida.

Podemos pensar, ainda, se existe nas unidades um instrumento eficaz que permita o monitoramento do usuário. Neste ponto, ter esse controle não caberia apenas ao Centros de Saúde, mas a todos os serviços que integram a rede de cuidados. Afinal, quem detecta que a paciente se perdeu no caminho? Quem sente sua falta se ela não comparece a uma consulta? Quem sabe de suas necessidades de saúde senão ela mesma? Os profissionais da Atenção Básica fizeram alguma referência a essa questão.

*Tem uma pasta, a gente vai colocando quando essa mulher vai ter que repetir de novo a mamografia e o ultrassom agendado, demora, o ultrassom é demoradinho. Mas aí tem essa pasta, a gente coloca o retorno da mamografia dessa mulher que tem que refazer. Veio alterado, aí refaz a mamografia em seis meses, aí já deixa o pedido, a gente já deixa feito o pedido, tem essa pasta que a gente deixa. Quando chega no mês, pego a vaga e é ligar pra paciente pra tá fazendo a mamografia de novo. A gente convoca, se for uma paciente que já tinha risco. Agora eu fiz uma planilha de mulheres de risco, criança de risco e grupo de risco, fica lá na sala dos agentes. Inclusive, as mulheres que foram encaminhadas pra mastologia, daí a gente tem que ligar periodicamente pra ver como realmente tá indo porque a partir do momento que ela é encaminhada a gente acaba perdendo se essa mulher não retorna pra gente, então pra não perder aí a gente faz, pelo menos a gente tem um controle nosso. A gente não tinha um controle total, eu te falei da pastinha, mas tem paciente que acaba não indo também... Aí acho que não é tão bem feito, a gente faz mais as que são de BI-RADS quatro. (Enfermeiro L)*

*As pacientes chegam, já a gente faz todo o rastreamento do câncer de mama das pacientes acima de quarenta anos uma vez por ano. Assim que o resultado da mamografia chega, eu vejo antes mesmo da paciente vir, exatamente pra gente tentar acelerar a identificação de qualquer mamografia suspeita ou que seja duvidosa. A Enfermeira montou uma planilha e as auxiliares colocam os dados na planilha. Então ela tem todas as pacientes que vieram, os exames que foram feitos e os resultados. Ela tem tudo no computador, o que a gente precisa saber a gente consegue nesse sistema. Então a gente acaba convocando as pacientes que tem BI-RADS 0 ou 3 pra conversar, a gente analisar o exame quanto à paciente e fazer a continuidade. A maioria das pacientes com BI-RADS 4 são direto direcionadas pros mastologistas, então elas não passam diretamente com a gente, só que a gente fica sabendo e acaba acompanhando, não tão diretamente, mas acompanhamento como está o*



*andamento na indicação da mastologia, aí a paciente faz o tratamento cirurgia, quimioterapia ou o que foi indicado e acaba voltando com a gente, principalmente pra gente continuar fazendo o rastreamento do câncer de colo de útero. Então a gente acompanha também se tá indo nas consultas, se precisa algum exame, por exemplo, tem paciente que chega aqui que precisa fazer um ultrassom de abdômen, cintilografia óssea e a gente acaba conseguindo pedir por aqui também. Então, a nossa atuação ela não é primária assim, ela não é basicamente nossa função, né? A gente acaba acompanhando também pra dar esse apoio junto com o serviço de mastologia. (Médico M)*

Na fala deste médico observa-se que, embora ele relate uma ação conjunta com o serviço especializado após o encaminhamento da paciente, considera que isso não é função da Atenção Básica.

É possível perceber que existe grande preocupação dos profissionais em fazer com que o processo de diagnóstico e encaminhamento, nas etapas iniciais que cabem ao Centro de Saúde, seja rápido e os casos de maior risco sejam priorizados.

Existe no município uma articulação entre os serviços públicos que realizam mamografia para que as mamografias alteradas (BI-RADS 4 ou mais) sejam diretamente encaminhadas para o Ambulatório Municipal de Especialidades e a paciente possa ser convocada imediatamente para avaliação com mastologista. O objetivo é economizar o tempo que levaria para o exame ser enviado novamente ao profissional solicitante do Centro de Saúde, para que então a paciente passasse por consulta e fosse encaminhada, como o médico M traz essa experiência em seu relato.

*Toda vez que a paciente tem BI-RADS 4 ou mais, ela é já referenciada pra mastologia. A maioria delas vai pro Ambulatório Municipal de Especialidades. Eles encaminham pra gente um comunicado falando: 'paciente foi encaminhada à mastologia de tal serviço por conta de BI-RADS 4o na mamografia', então a gente é informado disso. Depois que a paciente faz todo o tratamento, ela é referenciada pra gente logo após o tratamento pra continuar o rastreamento do câncer de colo de*

*útero. Meio que divide, lá fica a mama e aqui o câncer de colo de útero. Então eles acabam mandando um relatório do que foi feito, o tipo de cirurgia, qual tratamento foi proposto, se tá fazendo quimio, radio ou usando o Tamoxifeno e aí a gente acaba com isso sabendo exatamente qual foi o tratamento. Não chega a ser uma referência e contra referência, não sou eu que encaminho, né? Paciente já vai meio via o serviço de mamografia que acaba encaminhando, mas o serviço de mastologia acaba encaminhando um relatório com as informações que são pertinentes pro acompanhamento. (Médico M)*

Foi possível identificar a preocupação dos profissionais em fazer a prevenção do câncer de colo uterino, o que pode reforçar a ideia de que ainda existe uma visão focada nos aspectos reprodutivos da mulher em detrimento de outras necessidades. É interessante também observar que o cuidado com a prevenção do câncer de colo uterino, como aponta o Médico M, não foi visto como um cuidado conjunto prestado para a mesma pessoa, que apenas está sendo atendida em diferentes serviços; foi visto mais como uma “divisão” de tarefas, o que sugere a existência de uma visão fragmentada dos cuidados à paciente.

Alguns gestores municipais inclusive reconhecem que, em alguns casos, a Atenção Básica atua muito mais na triagem e agendamento de especialidades do que dentro das ações que seriam esperadas para este nível de atenção, embora haja um reconhecimento de seu potencial para as condições de saúde da população (Aguilera, 2013).

O processo de identificação de usuárias com perfil para participação neste estudo mostrou que, quando consideramos o total de casos por Centro de Saúde, o número não é tão grande. Sendo assim, é possível considerar que haveria possibilidade de, por meio de um cadastro detalhado das usuárias com câncer de mama, ser realizado um acompanhamento mais próximo de cada caso, que não perdesse de vista o conjunto das necessidades de saúde dessa mulher.

De acordo com o Enfermeiro L, foi possível verificar que existem ações de vigilância para esses casos, entretanto há o reconhecimento por parte do

mesmo profissional de que existem outras necessidades que devem ser avaliadas.

*Teria que ser vista a mama, o câncer de mama, os riscos, né? A gente tá fazendo mutirão agora todo mês, uma equipe faz CO (Papanicolaou) e a mamografia todo profissional ia pedir independente de ser ginecologista ou não... mas isso aí não estava fechado, não tem conseguido, a gente vai acabar entrando naquele ciclo... mas a gente tentou, né? Pra gente olhar, como é que fala? O integral, não só pra uma mama, um colo de útero, então... A gente tem os grupos, tem as psicólogas, tem os grupos de artesanato, enfim... Pra não deixar de se sentir mulher. Eu tô só com uma que eu sei que tá com a mama alterada que tem vindo aqui, que tem vindo no grupo, o resto realmente eu não sei, eu não consegui nem falar, 'vem pro grupo, tal', mas a questão psicológica a gente tenta abordar também. (Enfermeiro L)*

Especialmente na fala dos profissionais, surgiu a real preocupação de que a usuária com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama possa ter acesso à assistência necessária o mais breve possível. Surgiram também iniciativas, muitas vezes ligadas à criatividade da própria equipe, para que minimamente possa haver um controle do que acontece com essa usuária após ela ser encaminhada. Entretanto, através da fala dos profissionais da Atenção Básica e do conhecimento das inúmeras atribuições que esse nível de atenção acumula, fica claro que a co-gestão do cuidado com os outros níveis de atenção e o investimento na Atenção Básica para que ela possa realmente ser protagonista desse cuidado são medidas a serem seriamente consideradas, para que a realidade cotidiana dos serviços de saúde se aproxime cada vez mais do que é preconizado pelas políticas vigentes.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à saúde permanece amplamente relacionado à condição de usufruir de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Ainda não há um entendimento claro, tanto da parte de usuárias como de profissionais de saúde, sobre a atuação multidisciplinar como parte indispensável do cuidado integral.

Apesar do acesso, sob o ponto de vista da obtenção de recursos terapêuticos e dos prazos para consegui-los, ter sido visto como satisfatório pelas usuárias e pelos profissionais, ainda é um desafio para a construção do cuidado integral garantir a presença do suporte de nutrição, psicologia, fisioterapia e serviço social, entre outros.

Em meio a esse cenário, não é possível dizer que os serviços especializados ou a Atenção Básica estão efetivamente desempenhando a coordenação do cuidado. No caso de Campinas, existem iniciativas de ambos os níveis para melhora da qualidade e aproximação entre os serviços de diferentes níveis de atenção que prestam atendimento ao paciente. Podemos citar como exemplos o Projeto ICSAP (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária), que propõe a parceria entre serviços de urgência e emergência e hospitalares com a Atenção Básica, visando a continuidade do acompanhamento do paciente que passou por uma internação; Projeto Gestão da Clínica, voltado especialmente para portadores de doenças crônicas; capacitações e encontros entre a Atenção Básica e as especialidades (entre elas a mastologia), com o objetivo de discutir protocolos e melhorar o contato entre os serviços.

Não se pretende aqui trazer críticas à atuação da Atenção Básica e sim defender que o investimento nesse nível de atenção, seu empoderamento como real coordenadora do cuidado e o apoio dos outros níveis de atenção para que isso seja possível são as melhores alternativas para a construção da assistência integral dentro do SUS.

A fato de não haver sido encontrada uma ferramenta realmente eficiente para que a Atenção Básica faça o acompanhamento das pacientes em

diagnóstico ou tratamento de câncer de mama após serem encaminhadas para o serviço especializado leva a crer que talvez a manutenção do vínculo da equipe com essas mulheres seja a melhor forma de assisti-las durante esse percurso, identificando em cada momento necessidades que possam surgir e intervindo de forma oportuna. A consulta clínica, de enfermagem, odontológica, a participação em grupos, a visita do Agente Comunitário de Saúde podem ser oportunidades valiosas de fortalecimento do vínculo, relacionando-se assim com o seguimento do tratamento oncológico. Infelizmente, pelo contrário, observou-se o distanciamento das pacientes de seus Centros de Saúde após o início do seguimento especializado.

É inegável a sobrecarga da Atenção Básica quando pensamos que pacientes com câncer de mama constituem uma pequena parcela da demanda que um Centro de Saúde enfrenta em seu cotidiano, ao lado de doenças crônicas, doenças transmissíveis, aumento das arboviroses, atendimento à demanda espontânea diária (com casos de urgência e emergência), suporte a situações de risco social e violência, entre outros. Deste ponto de vista, deve haver o reconhecimento de que foi observado, tanto por parte da Atenção Básica como dos outros níveis de atenção, agilidade e responsabilidade com os casos de maior risco para câncer de mama. Este cenário foi composto por oferta razoável de vagas para consultas, exames e procedimentos e também por iniciativas pessoais de trabalhadores, que se dispuseram a mudar os processos de trabalho. Utilizando-se das possibilidades oferecidas por uma rede viva e dinâmica, traçaram estratégias de contato mais ágil entre os serviços para que os casos mais graves fossem priorizados.

Contudo, deve-se reconhecer que os limites estabelecidos pela sobrecarga da Atenção Básica não podem ser reduzidos sem que haja um real investimento nesse nível de atenção, especialmente no que diz respeito ao provimento de recursos materiais em quantidade suficiente e qualidade satisfatória, estrutura física apropriada e trabalhadores em número adequado e capacitados. A Atenção Básica precisa urgentemente ser valorizada em sua potência para que a mudança desejada no modelo assistencial possa ocorrer de fato nas redes de saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 47(4):1021-39, jul./ago. 2013.

Anjos, ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 14(1): 33-40, fev 2006.

Araújo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc. Anna Nery*. 12 (4): 664-71. Dez 2008.

Azevedo, SG. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(1): 4-5, jan. 2012.

INCA. Programa Nacional do Controle de Câncer de Mama. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> Acesso em 02/11/2013.

Boni V. Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC* Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80. janeiro-julho/2005.

Brasil. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para o seu início. Brasília, DF, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Controle do Câncer de mama. Documento do Consenso. Brasília, DF, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013.

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. –Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2009.

Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Área de Assistência à Saúde da Mulher. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Campinas, SP, 2009.

Cabral ALLV, Martinez-Hermáez A, Andrade EIG, Cherchiglia, ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4433-4442, 2011.

Campos GWS, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 745-749, 2004.

Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

Ferriani MGC; Carlos DM. O uso de mapas da rede institucional: estratégia para um olhar sobre o cuidado em saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol. 1. Atas CIAIQ, 2015.

Cecilio LCO; Andrezza RCG, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva* 17(11): 2893-2902. Nov 2012.

Cecilio, LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu) [periódico na Internet]*; 13(Suppl 1): 545-555. 2009.

- Cecilio, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface. v.15, n.37, p. 589-99, abr/jun 2011.
- Cecilio, LCO, *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014.
- Cecilio LCO, Carapineiro G; Rosemarie A, orgs. O mapas do cuidado: o agir leigo em saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014. 198p.
- Conill, EM *et al.* O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 13(5): 1501-1510, 2008.
- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S15-S27 nov., 2010
- Cunha, GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
- Flick, U. An introduction to qualitative research: Theory, method and applications. London: Sage. 1998.
- Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3.ed.Porto Alegre:Artmed, 2009. 405p.; 25cm.
- Fontoura RT , Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm; 59(4): 532-7. jul-ago 2006.
- Gerhardt TE , Rololi A, Riquinho DL. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica a alta complexidade nas redes de cuidado. In: Pinheiro R; Silva Junior AG, Mattos RA. (Org.). Atenção Básica e Integralidade: contibuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1ªed.Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 2008, v. 1.
- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu) 9(17): 287-301. Ago 2005.
- Jammal MP, Machado ARM, Rodrigues LR. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. O Mundo da Saúde. 32(4):506-510. São Paulo, 2008.



- Lima JC, Rivera FJU. Agir Comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica: *Interface*, 13(31): 329-342, 2009.
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Set*; 14(34): 593-606. Botucatu, 2010 .
- Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linard AG, Silva RM, SAMPAIO LL. Acolhimento e Vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev Rene*, Fortaleza, 12(1): 57-64. jan/mar 2011.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
- Miranda ACA, Feliciano K V O, Sampaio M A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 14 (3): 251-260 jul. / set., 2014.
- Moraes, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- Oliveira T. A importância do acompanhamento nutricional para pacientes com câncer. *Prática Hospitalar*. Ano IX. Nº 51. Mai/Jun 2007.
- Peroni FMA. *Tecendo redes: itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas, SP*. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2013.
- Radaelli RG; Medeiros CRG. Rede de cuidado em oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso. *Caderno pedagógico*, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 277-288, 2015. ISSN 1983-0882
- Rodrigues LBB *et al*. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):343-352, 2014.
- Salci MA, Marcon SS. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Esc Anna Nery Ver Enferm*; 13(3): 558-66. jul-set 2009.
- Schimith MD, Simón BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012.

Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, Simón BS, Brum DJT, Barrios SG, Leal TC. Interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde: o desafio da complementaridade. *J Nurs Health*. 4(2):165-76. 2014.

Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

Silveira LT, Carvalho ME, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.* 66( 4 ): 585-591. Ago, 2013.

Sousa FOS *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4):1283-1293, 2014.

Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília, v. 10, n.22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev. esc. enferm. USP* ; 41(2): 311. 2007.

World Health Organization (WHO). Breast Cancer: prevention and control.

<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>

## **7. ANEXOS E APÊNDICES**

### **ANEXO I**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIAS**

Projeto de Pesquisa: **Gestão da integralidade do cuidado a usuárias com câncer de mama em acompanhamento na rede de saúde de Campinas, SP**

**Pesquisadora: Enfermeira Ana Lúcia Montini Ribeiro**

**Número do CAAE: 39844314.6.0000.5404**

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou se quiser retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Este estudo considera a importância do cuidado prestado a você nos serviços de saúde dentro de seu processo de tratamento ou diagnóstico e considera que a forma como esse cuidado é oferecido tem grande impacto no resultado esperado por você e pelos profissionais que a atenderam.

O estudo tem como objetivo compreender seu percurso para conseguir atendimento nos serviços de saúde de Campinas, a experiência de atendimento para seu problema de saúde e como avalia a comunicação que os serviços têm com você durante seu tratamento.

#### **Procedimentos:**

Participando deste estudo você está sendo convidada a conceder uma entrevista, em que será solicitado que você fale sobre a experiência de busca e de atendimento para seu problema de saúde da mama, e as facilidades e dificuldades encontradas nos diferentes serviços de saúde utilizados. A entrevista terá duração estimada de 30 a 40 minutos e, para manter fidelidade às suas opiniões, será gravada.

As gravações em áudio serão mantidas em posse da pesquisadora até a conclusão do estudo e depois serão destruídas. Os participantes não serão identificados por seus nomes ou qualquer dado que permita seu reconhecimento.

#### **Desconfortos e riscos:**

As questões abordadas na entrevista não deverão ocasionar desconforto de qualquer natureza; ainda assim, você poderá deixar de responder uma ou mais questões ou

interromper a entrevista a qualquer momento, sem que haja prejuízo para seu atendimento nos serviços.

Caso você considere que a sua participação no estudo teve impacto emocional negativo e que necessita de atendimento para apoio psicológico, será encaminhada para assistência em saúde mental no serviço público de saúde que atende o seu bairro.

**Benefícios:**

Não haverá benefício direto para as participantes do estudo e nem pagamento pela participação.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:**

Para a realização da entrevista, a princípio será aproveitada a ocasião de seu deslocamento até o serviço de saúde onde está sendo atendida. Em casos excepcionais, poderá ser combinada a ida da pesquisadora até a residência da entrevistada. Se a participação no estudo exigir da usuária deslocamento para local fora do serviço onde é atendida ou fora da data agendada para atendimento, será feito ressarcimento das despesas com transporte público para a usuária e um acompanhante.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Lúcia Montini Ribeiro no Centro de Saúde Parque da Figueira, Rua Jerônimo Tognolo, 77 - Parque da Figueira - CEP 13040-245 – Campinas,SP. Telefones: (19)32771481 ou (19)32389484, de segunda a sexta, das 8:30 às 16:30. E-mail: al.montiniribeiro@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - CEP 13083-887 Campinas–SP; Telefone: (19) 3521-8936; Fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsabilidade da Pesquisadora:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento à participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi

apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pes  
exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento  
dado pela participante.

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO II**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES**

Projeto de pesquisa: **Gestão da integralidade do cuidado a usuárias com câncer de mama em acompanhamento na rede de saúde de Campinas, SP**

**Pesquisadora: Enfermeira Ana Lúcia Montini Ribeiro**

**Número do CAAE: 39844314.6.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se você não quiser participar ou se quiser retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Considerando a relevância do cuidado oferecido a usuárias em processo de diagnóstico ou tratamento de câncer de mama e como a gestão desse cuidado deve abranger as relações estabelecidas entre os serviços e entre esses suas usuárias, este estudo tem como objetivos compreender como está ocorrendo a coordenação do cuidado a usuárias com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama no município de Campinas e o papel da Atenção Básica nesta coordenação, com foco no vínculo, no itinerário terapêutico e na comunicação entre os serviços de saúde.

#### **Procedimentos:**

Participando deste estudo você está sendo convidado a conceder uma entrevista, em que será solicitado que fale sobre o atendimento a pacientes com suspeita ou com diagnóstico de câncer de mama nos serviços da rede de saúde. A entrevista terá duração estimada de 40 minutos e, para manter fidelidade às suas opiniões, será gravada em áudio. As gravações em áudio serão mantidas em posse da pesquisadora até a conclusão do estudo e depois serão destruídas. Os participantes não serão identificados por seus nomes ou qualquer dado que permita seu reconhecimento.

#### **Desconfortos e riscos:**

As questões abordadas na entrevista não deverão ocasionar desconforto de qualquer natureza; ainda, assim, você poderá deixar de responder uma ou mais questões ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem que haja penalização.

#### **Benefícios:**

Não haverá benefício direto para os participantes do estudo e nem pagamento pela participação.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a **pesquisadora Ana Lúcia Montini Ribeiro** no Centro de Saúde Parque da Figueira, Rua Jerônimo Tognolo, 77 - Parque da Figueira - CEP 13040-245 – Campinas, SP. De segunda a sexta, das 8:30 às 16:30. Telefones: (19)32771481 ou 32389484; E-mail: [al.montiniribeiro@gmail.com](mailto:al.montiniribeiro@gmail.com).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - CEP 13083-887 Campinas–SP. Telefone: (19)3521-8936; E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsabilidade da Pesquisadora:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento à participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pela participante.

Assinatura da Pesquisadora:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APÊNDICE I**

### **Roteiro de entrevista com usuárias**

-Idade; estado civil; escolaridade; ocupação.

-Serviço de saúde em que está sendo acompanhada no momento e motivo do acompanhamento (diagnóstico, tratamento, outros).

-Em relação ao cuidado para o problema de saúde das mamas, ele começou no Centro de Saúde do seu bairro ou em outro serviço? Qual profissional de saúde identificou que havia necessidade desse tipo de cuidado ou exames das mamas?

-Recebeu informações desse ou de outros profissionais sobre seu problema de saúde e quais seriam os próximos passos a serem dados?

-Identifica que houve alguma informação ou esclarecimento que não foi dado no início do seu acompanhamento? Houve problemas em razão da falta de informação?

-Como ocorreu seu encaminhamento para exames e tratamento?

-Ao ser encaminhada para um serviço especializado (para exames ou tratamento), você manteve contato com seu Centro de Saúde de origem? Caso tenha mantido, com quais profissionais e por quais motivos?

-Você identifica, no serviço em que está sendo acompanhada atualmente, profissionais em quem você tem confiança e aos quais possa recorrer quando necessário?

-Quais foram suas maiores dificuldades desde o início de seu acompanhamento até agora?

-Em algum momento você se sentiu perdida, sem saber qual o próximo passo a ser dado?



-Teve alguma dificuldade para conseguir agendar consulta, exames ou procedimento (fila de espera, distância da residência, outras)?

-Você chegou a recorrer a outros meios para o diagnóstico ou tratamento, fora do atendimento habitual do SUS em Campinas? Por exemplo: teve de fazer consulta ou exame particular; buscar contato com pessoas que pudessem ajudá-la a conseguir um “encaixe” ou agilizar a vaga da consulta ou exame; buscou tratamentos alternativos.

-De forma geral, o que você acha que poderia ser diferente nos serviços de saúde para que a assistência a outras pacientes com o mesmo problema seja melhor?

-Existe mais alguma colocação ou opinião que você considere importante colocar?

## APÊNDICE II

### Roteiro de entrevista com profissionais de saúde

-Formação profissional

-Serviço onde trabalha (CS ou centro especializado) e tempo de trabalho na unidade

-Que atividades tem desenvolvido junto a usuárias que tenham risco para câncer de mama? E em relação àquelas que estão em fase de diagnóstico ou tratamento de câncer de mama?

- Você avalia que a atenção ofertada às usuárias ocorre de forma integral? Poderia exemplificar com algum caso?

-Que ações desempenhadas por você contribuem para o cuidado integral dessa usuária?

-Fale um pouco sobre sua relação com os profissionais de outros serviços que participam do cuidado a essa usuária (serviços de diagnóstico, tratamento ou da atenção básica). Você tem alguma forma de comunicação com esses profissionais? Em que situação você sente a necessidade de fazer contato com eles? Quais meios são utilizados para esse contato (e-mail, referência e contra referência, telefone, outro)?

-E dentro de sua equipe, como é organizado o cuidado dessa usuária? Existe discussão de casos? Você conta com outros profissionais da equipe para desenvolver ações com essa paciente? Quem são esses profissionais?

-As usuárias nessa situação costumam procurá-lo em busca de orientações ou outro tipo de apoio além da consulta agendada?

-Em caso positivo, quais demandas essas usuárias trazem?

-Quando você considera definitivamente encerrada sua atuação junto a essa usuária?

-Tratando-se da melhora no cuidado oferecido a usuárias em diagnóstico ou tratamento de câncer de mama, considerando o seu serviço e outros que

participam desse cuidado, existe alguma sugestão, experiência ou qualquer colocação que você considere pertinente colocar?

### **APÊNDICE III**

#### **Roteiro de entrevista com gestores**

-Formação na área da saúde.

-Serviço no qual é gestor (centro especializado ou atenção básica).

-Função atual (coordenador de serviço ou co-gestor) e tempo na função.

-O que o serviço oferece para usuárias em risco ou já em tratamento de câncer de mama.

-Como é a relação do serviço com outros serviços da rede de saúde (atenção básica e especializada)? Existe interação entre os serviços? Quais as formas de comunicação mais utilizadas (referência e contra referência, e-mail, telefone, outras)?

-Avalia que, dentro da missão do serviço, a assistência ofertada às usuárias ocorre de forma integral? Poderia exemplificar com algum caso?

-As usuárias em diagnóstico ou tratamento de câncer de mama têm mantido vínculo com a unidade? Em caso positivo, a quais profissionais elas recorrem com mais frequência para o atendimento de suas necessidades?

-De forma geral, você considera que o seguimento dessas usuárias na rede está ocorrendo de forma satisfatória, em termos de espera, qualidade de atendimento, apoio às necessidades clínicas e psicossociais, orientação, educação em saúde e resolutividade?

-Que dificuldades você considera mais significativas no atendimento a essas usuárias?

-Existe alguma sugestão, opinião ou experiência que você considere importante na melhoria do cuidado prestado às usuárias nessa condição e que gostaria de colocar?