



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”- UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

**REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA: A BUSCA  
DA INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA  
DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

Natália Leite Rosa Mori

Botucatu - SP  
2013

**NATÁLIA LEITE ROSA MORI**

**REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA: A BUSCA  
DA INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA  
DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Botucatu, Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho” – UNESP, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmen Maria  
Casquel Monti Juliani

Botucatu - SP  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Mori, Natália Leite Rosa.

Rede de atenção ao câncer de mama : a busca da integralidade na  
organização do sistema de referência e contra-referência / Natália Leite Rosa  
Mori. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de  
Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Coorientador: Regina Stella Spagnuolo

Capes: 40602001

1. Mamas – Câncer. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Consulta médica –  
Avaliação. 4. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Câncer de mama; Referência; Sistemas de informação;  
Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é,  
senão, uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá  
(1910-1997)

*Ao meu avô, Carlos Mori*

*Que acreditou em mim até quando eu mesma não acreditava.  
Nunca serei “pouca coisa”, porque sempre serei sua neta.  
Saudades eternas.*

*Aos meus pais e irmão,*

*Que me dão motivos para me superar, estrutura para me apoiar e força para continuar. Saibam que cada conquista minha é consequência de uma vida inteira de ensinamentos, transmitidos por vocês.*

*Aos meus tios, Sandra e Jaime,*

*Que abraçam meus objetivos como se fossem seus. Agradeço por serem aqueles que de alguma forma sempre me regem, me guardam, me governam e me iluminam.*

*A minha família, em especial minha avó Antonia, que torcem pelo meu sucesso e vibram com minhas conquistas.*

*À Professora Dra. Carmen,*

*O meu mais sincero agradecimento pela oportunidade, pelos ensinamentos, pela confiança, compreensão, apoio e incentivo. Sua dedicação profissional é um exemplo no qual pretendo me inspirar e seguir.*

## ***Agradecimentos***

*Há algumas oportunidades na vida científica para aprendermos que a execução de ideias depende do trabalho em equipe, muito obrigada a todos:*

*Gestores, membros do colegiado Polo Cuesta, pela receptividade e colaboração em todas as etapas da pesquisa.*

*Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, Aguinaldo e Fernando, sempre prontos.*

*Aos funcionários da Seção de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, pelo auxílio sempre que necessário.*

*À Meire, bibliotecária, pela disponibilidade e correção das referências.*

*À professora Regina Stella, pelas sugestões e incentivo.*

*A professora Sandra, por me auxiliar sempre que possível e me guiar nas dúvidas e nos trajetos percorridos durante a realização de todo o processo envolvido pelo mestrado.*

*As professoras Carmen, Regina Stella, Marli e Silvana responsáveis pelas disciplinas nas quais realizei estágio docência; e as enfermeiras Danielle, Máira, Mirian e Patrícia, que atuaram em conjunto com as responsáveis neste processo. Agradeço com imenso carinho a oportunidade e a atenção que me concederam; levarei sempre os exemplos e ensinamentos que tive com estas experiências.*

*Aos meus amigos próximos, em especial Ana, Bruna, Jaaziele e Letícia, por estarem ao meu lado em todos os momentos de ansiedade, dúvidas e superações. Conquistas não são alcançadas sem suporte emocional e apoio; com certeza o de vocês fizeram toda diferença em mais esta etapa da minha vida.*

*A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para realização deste trabalho.*

## SUMÁRIO

|         |   |    |
|---------|---|----|
|         | <i>Lista de anexos e apêndices</i> .....                                | 10 |
|         | <i>Lista de siglas</i> .....  | 11 |
|         | <i>Resumo</i> .....   | 12 |
|         | <i>Abstract</i> .....   | 13 |
| 1.0     | <i>Interesse pelo estudo</i> .....                                      | 14 |
| 2.0     | <i>Introdução</i> .....   | 15 |
| 3.0     | <i>Objetivos</i> .....  | 27 |
| 3.1     | <i>Objetivo geral</i> .....   | 27 |
| 3.2     | <i>Objetivos Específicos</i> .....                                      | 27 |
| 4.0     | <i>Método</i> .....   | 28 |
| 4.1     | <i>A escolha do método</i> .....  | 28 |
| 4.2     | <i>Tipo de estudo</i> .....   | 28 |
| 4.3     | <i>Campo do estudo</i> .....  | 32 |
| 4.4     | <i>Amostra</i> .....  | 33 |
| 4.5     | <i>Coleta de dados</i> .....  | 34 |
| 4.6     | <i>Aspectos Éticos</i> .....  | 36 |
| 4.7     | <i>Referencial metodológico de Análise dos Dados</i> .....              | 36 |
| 4.8     | <i>Referencial teórico do estudo</i> .....                              | 36 |
| 5.0     | <i>Resultados</i> .....   | 42 |
| 5.1     | <i>Dados quantitativos</i> .....  | 42 |
| 5.1.1   | <i>Oriundos do Sistema de informação disponíveis no SUS</i> .....       | 42 |
| 5.1.2   | <i>Oriundos do instrumento preenchido pelos informantes-chave</i> ..... | 45 |
| 5.2     | <i>Dados qualitativos</i> .....   | 46 |
| 5.2.1   | <i>Referência e contra-referência</i> .....                             | 48 |
| 5.2.1.1 | <i>Demanda</i> .....  | 48 |
| 5.2.1.2 | <i>Referência para serviços de menor complexidade</i> .....             | 50 |
| 5.2.1.3 | <i>Referência para serviços de maior complexidade</i> .....             | 50 |
| 5.2.1.4 | <i>Contra-referência</i> .....  | 52 |
| 5.2.2   | <i>Realização dos exames</i> .....                                      | 54 |
| 5.2.2.1 | <i>Tempo de espera para o agendamento</i> .....                         | 54 |
| 5.2.2.2 | <i>Tempo de espera para os resultados</i> .....                         | 55 |
| 5.2.2.3 | <i>Agendamento com o mastologista</i> .....                             | 56 |
| 5.2.2.4 | <i>Agendamento da ultrassonografia</i> .....                            | 57 |
| 5.2.2.5 | <i>Agendamento de mamografia</i> .....                                  | 57 |
| 5.2.2.6 | <i>Repetição de exames</i> .....  | 58 |
| 5.2.3   | <i>Estabelecimento de metas da PPI</i> .....                            | 59 |
| 5.2.4   | <i>Acesso e logística</i> .....   | 60 |
| 5.2.4.1 | <i>Transporte</i> .....   | 60 |
| 5.2.4.2 | <i>Atestado médico</i> .....  | 61 |
| 5.2.4.3 | <i>Divulgação</i> .....   | 62 |
| 5.2.5   | <i>Médicos especialistas/ livre demanda</i> .....                       | 64 |
| 5.2.6   | <i>Farmácia</i> .....   | 65 |
| 6.0     | <i>Discussão</i> .....  | 66 |
| 7.0     | <i>Conclusão</i> .....  | 75 |
| 7.1     | <i>Recomendações a partir do estudo</i> .....                           | 76 |
|         | <i>Referências</i> .....  | 78 |
|         | <i>Anexos e apêndices</i> .....   | 82 |

## **LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <i>Anexo 1</i>    | <i>Protocolo de atendimento de pacientes da mastologia</i> |
| <i>Apêndice 1</i> | <i>Instrumento de Pesquisa de Campo</i>                    |
| <i>Apêndice 2</i> | <i>Entrevistas</i>   |
| <i>Anexo 2</i>    | <i>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</i>              |
| <i>Anexo 3</i>    | <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>          |
| <i>Apêndice 3</i> | <i>Diário de Campo do Pesquisador</i>                      |

## LISTA DAS SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| APS     | <i>Atenção Primária à Saúde</i>                       |
| CGR     | <i>Colegiado de Gestão Regional</i>                   |
| CNES    | <i>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</i> |
| DRS     | <i>Departamento Regional de Saúde</i>                 |
| ESF     | <i>Estratégia de Saúde da Família</i>                 |
| NOAS    | <i>Normas Operacionais de Assistência à Saúde</i>     |
| NOB     | <i>Normas Operacionais Básicas</i>                    |
| PACS    | <i>Programa de Agentes Comunitários da Saúde</i>      |
| PDI     | <i>Plano Diretor de Investimentos</i>                 |
| PPI     | <i>Programação Pactuada Integrada</i>                 |
| SISMAMA | <i>Sistema de Informação do Câncer de Mama</i>        |
| SUS     | <i>Sistema Único de Saúde</i>                         |
| UBS     | <i>Unidade Básica de Saúde</i>                        |
| UPA     | <i>Unidade de Pronto Atendimento</i>                  |
| TFD     | <i>Tratamento fora do domicílio</i>                   |

## **Resumo**

**Introdução:** Para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços do SUS, é necessário estabelecer estratégias de comunicação entre os serviços de referência e contra-referência que compõe a rede de cuidados. Para isso, é essencial conhecer o funcionamento do sistema e adequar sua prática às necessidades levantadas. **Objetivos:** contribuir com a organização e funcionamento do sistema de referência e contra-referência na linha de cuidado do câncer de mama em uma região de saúde, com foco na integralidade da atenção em 3 municípios do Colegiado de Gestão Regional do Polo Cuesta. **Método:** utilizamos a metodologia de “pesquisa-ação”. Análises descritivas e estatísticas simples compuseram a parte quantitativa do estudo, enquanto a escolha pela Análise Temática de Bardin configurou a análise dos dados qualitativos. **Resultados e discussão:** os dados quantitativos nos permitiram observar que, apesar de não haver grande diferença na disposição de serviços de saúde entre os municípios do colegiado, há divergência entre a proporção de exames realizados por cada um deles e de suas respectivas taxas de morbidade e mortalidade por câncer de mama; enquanto os dados qualitativos nos permitem inferir que apesar do bom funcionamento do sistema, não há prática efetiva de contra-referência nem cobrança das normas estabelecidas pela Programação Pactuada e Integrada. **Conclusão:** apesar de haver vários pontos fortes na atuação desta linha de cuidados, a falta de comunicação entre os serviços é ainda um empecilho para o funcionamento do sistema e necessita ser otimizada para que a rede de assistência se torne realmente efetiva.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Referência; Sistemas de informação; Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde.

## **Abstract**

**Introduction:** In order to have the effectuation of the principles in the comprehensive services of the SUS (Brazilian Universal Health System), it is necessary to establish communication strategies between dereference and cross-reference services which make up the network of care. For this, it is essential to know how the system works and adapt its practices to the accounted needs. **Objectives:** To contribute to the organization and operation of the reference and counter-reference in breast cancer care in a health care region, focusing on comprehensive care in three municipalities of the Regional Management Board Pólo Cuesta. **Method:** We used the methodology of "action research". Simple descriptive analyzes and statistics comprised the quantitative part of the study, while the choice of the Bardin's Thematic Analysis configured the analyses of the qualitative data. **Results and Discussion:** the quantitative data allowed us to observe that, although there is no big difference in the provision of health services among municipalities of the college, there is divergence between the proportion of examinations performed by each of them and their respective rates of morbidity and mortality from breast cancer, whereas the qualitative data allow us to infer that, despite the good functioning of the system, there is no effective practice of counter-reference or accountability of the standards set by the Integrated Programmed Pactuation (PPI). **Conclusion:** Although there are several strengths in the performance of this type of care, lack of communication between services is still a hindrance to the functioning of the system and needs to be optimized so that the support network can be truly effective.

**Keywords:** Breast cancer; Reference, Health System, Health Systems; Information System

## **1.0 Interesse pelo estudo**

Durante a graduação, tive oportunidade de estudar e perceber a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na vida do cidadão brasileiro, como forma de assegurar seu direito à saúde, devendo ser prioridade entre as políticas públicas.

No entanto, constatei que o SUS enfrenta, ainda, muitos desafios a serem vencidos e resolvidos, sendo um deles o efetivo funcionamento do sistema de referência e contra-referência e sua organização enquanto rede de atenção, onde os usuários sejam acolhidos, encaminhados e cuidados, sem que fiquem à mercê de sua própria sorte.

Também tive oportunidade de realizar projetos de extensão universitária relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças e, posteriormente, projeto de pesquisa vinculado à Universidade sobre conhecimentos tecnológicos e a Internet como instrumento para realização da Educação em Saúde, sob orientação da Profa. Dra Carmen M C M Juliani, com bolsa PIBITI/ CNPq.

Essas experiências, paralelamente ao estudo da assistência de enfermagem e da gestão em saúde, permitiram meu enriquecimento sobre o assunto e sua problemática e, ainda, a valorização cada vez maior da necessidade efetiva da organização do SUS.

Em discussão quanto ao assunto, e pela referida professora ter sido convidada à contribuir na interlocução com municípios da região e buscar formas de reestruturar a referência e contra-referência, no âmbito do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, aos atendimentos e exames que hoje são realizados, fui convidada a realizar projeto exequível, na tentativa de contribuir com a solução deste problema no âmbito da nossa região, dentro da linha de pesquisa de cuidado para diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama.

## **2.0 Introdução**

A assistência à saúde no Brasil possui uma das legislações consideradas das mais avançadas do mundo. Seu sistema de saúde teve seu alicerce construído no projeto de Reforma Sanitária que, em última análise, pode ser considerado um dos projetos mais amplos de cidadania, pautado em direitos sociais e no bem-estar das pessoas. No entanto, após 20 anos de implantação, de extensão de cobertura e serviços, encontra-se num ponto em que um dos principais desafios é o efetivo funcionamento em rede e o adequado funcionamento do sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2006a).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é composto por uma mistura de organizações públicas e privadas que constituem uma complexa rede de serviços através de três subsetores: o público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e financiado por níveis federais, estaduais e municipais; o privado e os planos de saúde. Apesar de serem sistemas distintos, os sistemas público e privado estão interligados e seus usuários podem utilizar cada um dos segmentos de acordo com sua facilidade de acesso ou capacidade de pagamento. (PAIM, 2011)

O SUS nasceu com a constituição de 1988 e configura o maior projeto de inclusão social brasileiro, permitindo o acesso, antes restrito à capacidade contributiva do cidadão, de milhões de pessoas aos serviços de saúde (PINTO, 2010). A Constituição de 1988 definiu a criação do SUS, que tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. O texto constitucional expressa claramente a intenção de deslocar o poder do centro para a periferia, tendo como eixo central a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade; tendo o município a incumbência específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população e, à União e aos Estados cabem prover a cooperação técnica e financeira. (GOMES; OLIVEIRA ; OLIVEIRA, 2008)

Contemporaneamente, se começa a aprofundar o desenvolvimento das tecnologias da informação e reger a gestão sob o formato de rede de serviços (SILVA, 2003). Entende-se por rede de serviço, ou atenção à saúde, a forma organizada das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade de um determinado território, como forma de permitir a articulação e interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias e profissionais existentes nestes locais, a fim de que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde. (FRANCO e MAGALHÃES, 2004)

Mendes afirma que emergem dos conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: missão e objetivos comuns; operação cooperativa e interdependente; intercâmbio de recursos; organização poliárquica, sem hierarquia entre os diferentes componentes. Nessa ótica, todos os pontos de atenção se relacionam horizontalmente com igual importância. O autor afirma ainda implicar num contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; para oferecer uma atenção integral sob coordenação da atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

Assim, optamos por manter a denominação dos níveis primário, secundário e terciário, a fim de facilitar a explicitação dos achados do estudo. Contudo, concordamos que é necessário avançar na superação desse modelo vertical para um modelo horizontal, passando pela sua reorganização e, possivelmente, por denominação mais adequada dos serviços que se articulam em rede.

A rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos na lógica da oferta, e não da necessidade de saúde da população; e, portanto, sem o compromisso com os princípios do SUS. Isto gera uma descontinuidade e fragmentação na forma de atenção, caracterizada pela polaridade entre a atenção ambulatorial e hospitalar e entre seus sistemas clínicos e administrativos. Como consequência, a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada mais importante dos pacientes, uma vez que esta

função ainda está centrada nos hospitais, públicos ou privados, e nos serviços de urgência e, ou, emergência; e gera debilidades no sistema de saúde, como: foco na doença ou na prevenção individual; baixa responsabilização pela saúde de uma população definida; divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam e sobrevalorização, inclusive financeira, dos serviços de maior densidade tecnológica com indução da demanda pela oferta de serviços. (CECÍLIO ,1997; MENDES, 2001)

Um sistema de rede organizado adequadamente deve ter como elemento decisivo a utilização de tecnologias de informação, visto que o desenvolvimento destas permite a difusão das relações, em qualquer campo, podendo ser implantada em todos os tipos de organizações. No contexto atual, a consolidação dos sistemas de saúde do SUS envolve uma série de desafios complexos, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias a longo prazo (PINTO, 2010), como o mecanismo de referência e contra-referência; visando à promoção do princípio da integralidade garantido pelo SUS.

Na articulação entre as unidades que compreendem o sistema de saúde, entende-se por referência o trânsito dos usuários do nível menor para o de maior complexidade e, por contra-referência o nível de maior para o de menor complexidade. (WITT, 1992); ou seja, da Unidade Básica de Saúde (UBS) para os hospitais de nível secundário ou terciário de complexidade; demonstrando um método de complemento da assistência diante de suas necessidades, que vêm a integrar as equipes de saúde, facilitar o acesso do usuário, e colocar em prática os princípios do SUS. Com a implantação e funcionamento de programas de referência e contra-referência, muitas vezes o usuário tem a garantia ao acesso, porém necessita, também, da garantia na qualidade da assistência prestada que, para ser otimizada, carece de avaliação e análise de seus resultados. (FRATINI, 2007)

Para promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), enfatizando a regionalização como estratégia para a

descentralização. A esfera estadual passou a ordenar o processo de regionalização sanitária com o Plano Diretor de Regionalização, que determina que os recursos disponíveis sejam alocados conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e preveja as necessidades de novos recursos, expressa no Plano Diretor de Investimento (PDI). A partir desse planejamento regional, pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais. (DOURADO e ELIAS, 2011)

Na Europa, a descentralização e regionalização dos serviços de saúde existem há muito mais tempo; no Reino Unido, por exemplo, a regionalização foi aprovada em meados da década de 1970, baseada em uma ideia simples, mas poderosa, de que “as organizações de saúde menores, bem estruturadas e bem dirigidas, são mais ágeis e inspiram mais confiança que as organizações maiores”. (MARCHILDON, 2008)

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias. (GIOVANELLA et al., 2002)

Para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços do SUS, é necessário estabelecer estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, propiciando a assistência com base em seu histórico de saúde e tratamentos já realizados e, ou, em andamento. Para que isso aconteça é preciso existir um sistema de referência e contra-referência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa o outro sobre o estado de saúde, doenças, diagnóstico e tratamento do indivíduo. (FRATINI, 2007)

Os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram em estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos, quanto na efetivação e divulgação de experiências boas ou não. No entanto, o SUS, apesar de instituído há bastante tempo, encontra-se em um grau de organização precário em quase todo o país; sendo incapaz de garantir a continuidade da assistência, gerando uma duplicação de trabalhos, custos, insatisfação, além de outros inúmeros problemas. (JULIANI e CIAMPONE, 1999)

De acordo com Mendes (2010), as redes de atenção à saúde devem ser organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde; ou seja, devem ser organizadas de maneira em que todos os serviços de atenção sejam igualmente importantes e se relacionem de maneira horizontal, operando de forma cooperativa e interdependente; tendo como elemento essencial os sistemas logísticos; que visam o funcionamento eficaz do sistema de referência e contra-referência através de soluções tecnológicas e garantem a organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas. (MENDES, 2010)

No período de 1972 e 1973, foi conduzido um estudo na Inglaterra entre 100 médicos clínicos, que trabalhavam nas áreas de captação de quatro hospitais, em busca de fatores que comprometessem a comunicação. Desses 100 médicos, 80 eram especialistas centrados em hospitais de referência. Concluíram que foi raro o contato entre os médicos que trabalhavam em unidades periféricas com os trabalhadores da rede hospitalar e que este fato representou a descontinuidade do tratamento. (NOVAES, 1990)

Outro estudo sobre consultas médicas de referência, citado por Novaes (NOVAES, 1990) revelou que os melhores índices de encaminhamento de casos ficaram entre os profissionais médicos da comunidade com maior experiência, em relação àqueles com menos de cinco anos de experiência.

Estudo realizado na cidade de Botucatu no ano 1999, por Juliani e Caiampone (1999) relatou que o enfermeiro, na condição de gerente das unidades básicas, de educador da equipe de enfermagem e de profissional que viabiliza encaminhamento de usuários, avaliou como precário o funcionamento do sistema de referência e contra-referência neste município, relatando ainda, que a principal dificuldade é relativa ao encaminhamento dos casos mais complexos e dos exames de alto custo, sendo a dificuldade ampliada proporcionalmente à complexidade. (JULIANI e CIAMPONE, 1999)

Assim, é imprescindível que haja efetivamente a articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética entre eles, respondendo adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população (BRASIL, 2006b), especialmente quando o acesso aos serviços de saúde se iniciam nos níveis secundário e terciário.

Referenciar um paciente implica transferi-lo a um serviço de saúde especializado a partir de uma Unidade Básica de Saúde. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra-referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema (NOVAES, 1990). Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 1996), evitando dessa forma, as discontinuidades nos serviços e no acompanhamento dos pacientes.

A NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996) quando traz a responsabilidade dos municípios no que se refere à atenção básica, compreende a necessidade da criação de vínculos entre a população e os serviços. Nesse sentido, traz como responsabilidade do município desenvolver métodos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência, e ações que estabelecem esta conexão e fluxo do paciente para os serviços de maior complexidade.

Assim, o que se pretendia era possibilitar uma racionalização do atendimento, através desse mecanismo de referência e contra-referência, permitindo um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Isso permitiria que as necessidades das pessoas fossem atendidas nos espaços adequados, com tecnologias adequadas, além do acompanhamento até a resolução de todos os seus problemas, assegurando assim, a continuidade dos serviços (CECÍLIO, 1997). Entretanto, o que se observa na prática, como dissemos anteriormente, é que o sistema ainda caminha de forma segmentada e desarticulada, onde as guias de referência e contra-referência não são preenchidas pelos profissionais responsáveis. Esta atitude impossibilita um atendimento integral do paciente. Percebemos ainda que os usuários têm que buscar, por conta própria, os serviços e procedimentos que acharem que convém, e onde for possível o atendimento de que necessitam. (SILVA et al; 2008)

Atualmente defende-se que não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos propostos. É perceptível também a falha no gerenciamento do sistema pelos órgãos administrativos. A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento do cumprimento da referência e contra-referência faz com que isso não seja interpretado com a seriedade que lhe é imprescindível. Apesar de o processo ocorrer o tempo todo, o preenchimento adequado das guias não é efetivado. Isso contribui para a persistência de sérios problemas no sistema de saúde brasileiro. (SILVA et al., 2008)

O não preenchimento das guias de referência e contra-referência pelos profissionais alimenta as falhas no sistema de saúde e prejudica os seus usuários. Essa atitude contribui para que os pacientes superlotem os serviços de urgência e emergência com problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica. Além disso, o não acompanhamento desse paciente pelas equipes de saúde de forma integral, atendendo todas as suas necessidades, faz com que ele tenha que retornar frequentemente às unidades de

pronto atendimento, impedindo inclusive o atendimento daqueles que realmente necessitam desse tipo de serviço. (SILVA et al., 2008)

Para a consolidação de um sistema de referência e contra-referência é fundamental a existência de registros e uso de comunicação pessoal e, ou por rede informatizada, a fim de repercutir na melhoria da qualidade da assistência oferecida ao usuário, bem como na instrução de todos os envolvidos nesse processo promovendo a integralidade do cuidado. Conforme Giovanella et al. (2002), a integralidade tem, em suas dimensões, a assistência curativa e de recuperação, sendo garantida a referência e contra-referência em uma organização, proferida entre ambulatórios e hospitais, incluindo unidades e procedimentos nos diversos estados de complexidades, tendo a definição dos fluxos e os percursos compatibilizados com a demanda de cada região.

No pacto pela saúde (BRASIL, 2006a), encontramos entre as responsabilidades do Estado “Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde”; para os Municípios está previsto “adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais” e ainda “controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde”.

Além disso, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) determina, “que haja fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e apoio diagnóstico laboratorial e de imagem”. (BRASIL, 2011)

A linha do cuidado, segundo Franco (2004), se estabelece a partir de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais e pode ser representada pela figura que segue.



Fonte: FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, J.R.H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Cap. 4. In: O trabalho em saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

Para entendermos melhor as ações de cuidado na linha de cuidados do Câncer de mama, trazemos as informações gerais disponibilizadas no website do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e no Documento de Consenso do Controle de Câncer de Mama do Ministério da Saúde.

De acordo com o INCA, a linha de atuação do câncer de mama envolve o apoio técnico das coordenações estaduais mediante às atividades de acompanhamento cotidiano das ações e projetos à seu respeito; realização de encontros nacionais para ações de planejamento e avaliação; e produção de boletins informativos com indicadores do Pacto pela Saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde realizou uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama, em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher; e a partir desta oficina foi criado o Documento de Consenso do Controle de Câncer de Mama, o qual apresenta recomendações sobre prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta estratégias para a sua implementação no

Sistema Único de Saúde. Assim, o Documento recomenda:

Prevenção: não há ações programáticas para a prevenção da doença, com base na falta de evidências de estudos epidemiológicos que justifiquem recomendações de estratégias específicas para sua prevenção.

Detecção precoce: rastreamento anual por meio do exame clínico da mama para mulheres entre 40 e 49 anos, rastreamento por mamografia a cada um ou dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos e rastreamento para grupo populacional de risco elevado da doença, a partir dos 35 anos, por exame clínico da mama e mamografia anual.

Diagnóstico: exame clínico das mamas como parte do exame físico e ginecológico que deve embasar a solicitação de exames complementares quando necessário.

Tratamento: recomenda a abordagem de uma equipe multidisciplinar, que vise o tratamento integral do paciente, e traz as recomendações específicas para cada tipo de tratamento loco-regional e sistêmico disponíveis.

Cuidados paliativos: visando garantir melhor qualidade de vida e o controle da dor e dos demais sintomas; que deve ser introduzido precocemente mediante ao diagnóstico de doença avançada, sem possibilidade de cura.

Sociedade civil organizada: dispõe de estratégias de fortalecimento do controle social para mobilizar parcerias em prol da humanização da saúde e em torno de projetos de responsabilidade social integrantes da agenda empresarial.

Recomendações para o Sistema Único de Saúde: entre as quais destacamos a de “implantar o rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias” e “elaborar e implantar normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais.”

Dado esse contexto, o eixo deste estudo é o da garantia de atenção à saúde em todos os seus diferentes níveis de densidades tecnológicas, através de uma oferta

organizada com mecanismos de referência e contra-referência e definição de fluxos no interior dos serviços e do sistema. Relaciona-se à continuidade da atenção ao usuário nos diferentes serviços, ou seja, à dimensão sistêmica da integralidade.

A justificativa do estudo reside na necessidade de identificar as diferentes demandas segundo a complexidade dos serviços de saúde existentes nos municípios e buscar mecanismos para implementar o sistema de referência e contra-referência, bem como implantar protocolos factíveis que auxiliem nestes sistemas, articulando os diferentes níveis de atenção, a fim de alcançar a integralidade da atenção ao sujeito, proposta pelo SUS.

Vários protocolos no processo de pactuação regional precisam ser estabelecidos, pois a garantia da assistência oportuna para cada caso se faz por meio da previsão de recursos e responsabilização dos serviços e atores, uma vez que uma proposta de integralidade desencadeia uma cascata de garantias para que as metas se cumpram.

Muitas são as linhas de cuidados em que se faz necessário este tipo de estudo, no entanto, é preciso iniciar por algumas, para, acumulando experiência, partir para outras. Assim, neste projeto pretendemos nos dedicar ao estudo da linha de cuidado para diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama, lembrando que no pacto pela saúde existe a meta de cobertura de mamografia para 60% das mulheres e, para aquelas com exames alterados, punção de 100% para realização de biópsia.

A importância da prevenção da doença estabelecida nessa pactuação justifica-se pela própria epidemiologia da mesma. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama atingiu a marca de segundo mais frequente no mundo, e o mais comum no sexo feminino, com 22% de casos novos a cada ano. (INCA, 2013)

No Brasil, as taxas de mortalidade pela doença ainda são elevadas e sua incidência tem aumentado notadamente, em especial na faixa etária acima dos 35 anos, apesar da implantação de serviços e aparatos para seu diagnóstico e maior conhecimento

sobre seus fatores de risco (INCA 2013; AYALA 2012). Mostra-se um problema de saúde pública não apenas pelo crescente número de casos, mas pelo alto custo e investimento requerido nas questões de diagnóstico e tratamento. (FELIX, 2012)

Assim, as perguntas do estudo são: como se organiza o sistema de saúde na linha de cuidado do câncer de mama em municípios de diferentes tamanhos em uma região de saúde; e como realizar uma aproximação no sentido de estabelecer pactuações e protocolos de assistência factíveis, com garantia um sistema de referência e contra-referência efetivo?

Com a finalidade de identificar os recursos de saúde disponíveis em municípios de diferentes portes para contribuir com a melhoria da organização do Sistema Único de Saúde na região, apresentamos os objetivos da pesquisa.

### **3.0 Objetivos**

#### **3.1 Geral**

Conhecer a organização e funcionamento do sistema de referência e contra-referência na linha de cuidado do câncer de mama em uma região de saúde, com foco na integralidade da atenção.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar os recursos existentes na prestação da assistência a mulheres com suspeita e/ou, diagnóstico de câncer de mama em 3 municípios, de diferentes complexidades de serviços, do Colegiado de Gestão Regional do Polo Cuesta, Departamento Regional de Saúde (DRS) VI Bauru/SP;

- Identificar a condição de resolução dos problemas relacionados ao Câncer de Mama em cada um dos municípios estudados, tendo como referência a linha de cuidado para essa patologia;

## **4.0 Método**

### **4.1 A escolha do método**

Entendemos que o método de pesquisa-ação se adequa aos objetivos do projeto, permite responder às perguntas da pesquisa e considerando que o Sistema Único de Saúde é política pública, sua avaliação agrega contribuição às intervenções do tipo reorientação de protocolo, discussão com a participação dos gestores, identificação de pontos vulneráveis e fortalezas para melhoria da comunicação e organização entre os serviços.

A pesquisa em questão surgiu de uma demanda levantada pelos gestores do colegiado regional Polo Cuesta que, em contato com a orientadora deste estudo, em função de atividade de interlocutora do Hospital de referência junto ao Colegiado de Gestão Regional, perceberam a necessidade do levantamento de dados a respeito do funcionamento e do fluxo entre os sistemas de saúde de diferentes complexidades; sendo adotada a escolha pela linha de cuidado do Câncer de Mama , por sua importância epidemiológica e por possuir metas bem definidas para sua operacionalização. Além disso, esta fora uma das primeiras linhas com protocolo estabelecido pelo serviço especializado regional para divulgação aos gestores da região (anexo1). Paralelamente, como a construção das etapas foi desenvolvida juntamente com os parceiros do Colegiado, conforme será detalhado à frente, existe a expectativa da entrega do resultado desta pesquisa para a continuidade da discussão dessa linha de cuidado, oferecendo subsídios ao processo de construção das redes regionais de atenção à saúde (RRAS).

### **4.2 Tipo de Estudo**

Para atingir os objetivos propostos, utilizamos o método de “pesquisa-ação”, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Pesquisa-ação é um método de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa para orientar intervenções na prática, de forma que a ação se baseia na compreensão

alcançada pela análise da pesquisa. A solução de problemas começa com a identificação do mesmo, planejamento de solução e implementação da ação com respectivo monitoramento e avaliação de eficácia; o que o autor representa por meio do esquema abaixo. (TRIPP, 2005)



**Fonte:** TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ. Pesqui., v.31, n.3, p.443-466, 2005.

Quando se pretende a transformação da prática, pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas. Franco (2005) observa o uso da pesquisa-ação no Brasil, e a divide em três conceituações diferentes:

-A pesquisa-ação colaborativa; caracterizada pela solicitação do grupo de referência em busca da transformação e na qual o pesquisador tem a função de participar e sua pesquisa de promover um processo de mudança desencadeado anteriormente pelos sujeitos do grupo de referência.

- A pesquisa-ação crítica; onde a transformação os trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, desencadeiam a necessidade de transformação. É sustentada por uma reflexão crítica dos sujeitos à partir da valorização da construção cognitiva de suas experiências.

-E a pesquisa-ação Estratégica; definida como aquela em que a transformação é previamente planejada sem a participação dos sujeitos do grupo, e apenas o pesquisador acompanha os efeitos de sua aplicação e avalia seus resultados. (FRANCO, 2005)

Entendemos que este conceito de pesquisa-ação estratégica é o que melhor definiu nosso trabalho.

*Thiollent (2008) aponta entre os “objetivos de conhecimento potencialmente alcançáveis em pesquisa ação:*

*a) a coleta de informação original acerca de situações ou atores em movimento;*

*b) a concretização de conhecimentos teóricos obtida de modo dialogado na relação entre pesquisadores e membros representativos das situações ou problemas investigados;*

*c) a comparação das representações próprias aos vários interlocutores com aspecto de cotejo entre saber formal e saber informal acerca da resolução de diversas categorias de problemas;*

*d) a produção de guias ou de regras práticas para resolver os problemas e planejar as correspondentes ações;*

*e) os ensinamentos positivos ou negativos quanto à conduta da ação e suas condições de êxito;*

*f) possíveis generalizações estabelecidas a partir de várias pesquisas semelhantes e com o aprimoramento da experiência dos pesquisadores.” p. 45*

Tripp (TRIPP, 2005) traz que é importante reconhecer que “a pesquisa-ação é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela”.

Apesar de o método ser constituído por uma abordagem flexível e não seguir uma série de fases ordenadas, Grittem, Méier e Zagonel (2008) resumem as fases desse tipo de pesquisa para melhor organização e efetivação do método, como visto abaixo.

-Fase exploratória: constitui-se por aquela na qual é realizado o diagnóstico do campo de pesquisa e o levantamento de seus problemas, servindo de base para que pesquisadores e participantes possam estabelecer os objetivos da pesquisa.

-Tema da pesquisa: momento onde se escolhe um marco teórico para nortear a pesquisa.

-Colocação dos problemas: discussão sobre a prática da pesquisa e sua relevância científica.

-O lugar da teoria: adequação do referencial teórico adotado para o local da pesquisa, aumentando seu rigor científico.

-Hipóteses: definição das hipóteses e pergunta do estudo.

-Seminário: coordena as atividades do grupo, usado para promover discussões, tomar decisões, acompanhar e avaliar resultados.

-Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: comunidade que se abrange na pesquisa.

-Coleta de dados: geralmente são utilizadas entrevistas individuais ou em grupos, questionários e estudos de jornais ou revistas. As informações coletadas nesta fase são transferidas ao seminário.

-Aprendizagem: pressupõe uma aprendizagem pelos participantes ocorrida na maioria das etapas, através das informações ressaltadas e tomadas de decisão.

-Saber formal e saber informal: interlocução entre o saber prático e o teórico, que busca a intercompreensão na comunicação entre especialistas e interessados.

-Plano de ação: define os atores, objetivos, critérios e metodologia de avaliação da pesquisa. É também o momento no qual se buscam estratégias para assegurar a participação dos sujeitos.

-Divulgação externa: retorno dos resultados encontrados na pesquisa, para os atores e participantes.

Há algumas áreas prediletas onde este tipo de pesquisa é aplicado, como na educação, comunicação social, serviço social, organização, tecnologia e práticas políticas e sindicais, política... Mas dentro da saúde, este tipo de pesquisa vem sendo especialmente utilizado nos Programas de Saúde Coletiva . (GRITTEM, MEIER e ZAGONEL, 2008)

Como uma estratégia metodológica diferente, pode ser mais adequada quando aplicada para interesses coletivos na resolução de problemas, tornando-se um importante instrumento devido à significativa participação popular que o compõe; bem como por ocorrer uma construção social do conhecimento através da interação e cooperação dos atores envolvidos. (GRITTEM, MEIER e ZAGONEL, 2008)

A coerência se estabelece quando se trata do âmbito de uma política de grande relevância social e com foco em sua organização, como é o caso.

### **4.3 Campo de estudo**

Colegiado de Gestão Regional (CGR) Polo Cuesta, composto no ano de 2011 por uma população de 255.496 habitantes (IBGE, 2012) que engloba 13 municípios: Anhemi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Torre de Pedra. Este colegiado é um dos cinco colegiados inseridos na região de Bauru, cuja administração regional de saúde compete ao Departamento Regional de Saúde (DRS VI).

Esse colegiado tem a responsabilidade de pactuar as linhas de cuidado e redes de atenção à saúde. No caso do Câncer de Mama, existe um protocolo estabelecido no nível regional de referência, o qual foi divulgado anteriormente no CGR. (anexo 1)

A escolha pelo trabalho com esse colegiado surgiu da participação da orientadora enquanto interlocutora do mesmo já explicitado e todo o processo de construção da pesquisa, desde o seu projeto, escolha dos municípios e informantes-chave foi realizada em conjunto com os atores desse espaço regional colegiado.

Cabe aqui um esclarecimento acerca da denominação desse espaço de decisão do SUS regional. No processo de regionalização ocorrido no Estado de São Paulo, os colegiados foram organizados com a denominação de Colegiado de Gestão Regional (CGR). Atualmente, com o avanço da discussão da organização das redes regionais de atenção à saúde, esse espaço tende a seguir a denominação que se apresenta no Decreto Presidencial 7508/2011, ou seja, Comissão Intergestores Regional (CIR). De todo modo, o que importa é que, independente da denominação, este configura-se no espaço de pactuação e tomada de decisão, no qual participam os gestores municipais e o gestor estadual.

De acordo com o artigo 30 do Decreto “as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”. (BRASIL, 2011)

#### **4.4 Amostra**

Foram identificadas e selecionadas, com a participação dos membros do CGR. Como critério de inclusão foram considerados municípios com diferentes recursos de saúde. Assim, três cidades com tecnologias de saúde distintas; cujos gestores concordaram em participar foram incluídas: uma com poucos recursos na área da saúde, sem disponibilidade de laboratório clínico e exames de imagem e que não possui hospital; uma

com nível intermediário, com alguns recursos, ou seja, que possui somente laboratório de análise e clínicas de baixa complexidade e, ou, exames de imagem com pouca resolubilidade e conta com um hospital, que embora não seja público, mantém convênio com o SUS; e outra que conta com um sistema que abrange todos os níveis de atenção e serviços de referência regional, inclusive hospital público.

#### **4.5 Coleta de dados**

Os dados referentes aos serviços encontrados em cada município seriam, inicialmente, coletados nos relatórios de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde e em seus planos municipais de saúde; porém, após reunião com os membros do Colegiado Polo Cuesta, foi acordado que os dados seriam retirados dos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

Assim, foram identificados os recursos disponíveis em cada um dos 13 municípios do Polo Cuesta; como: serviço de raio-x, ultrassonografia, quimioterapia e radioterapia, médico especialista; exames laboratoriais; bem como verificados os índices de morbidade e mortalidade por câncer de mama; e taxas de realização de exames de mamografia, exames histopatológicos e exames citopatológicos em cada um dos municípios.

Cada gestor responsável pelo município indicou então 3 profissionais da saúde atuantes na linha de cuidado do câncer de mama, totalizando 9 informantes-chave. Foi aplicado a cada um desses profissionais um instrumento criado a partir da Linha de Cuidado (FRANCO, 2005), para diagnóstico das necessidades e facilidades das cidades em questão (apêndice 1).

Após a aplicação do instrumento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiros flexíveis, adaptados a cada entrevista de acordo com as necessidades sentidas

para elucidação de algumas respostas contidas no instrumento anterior, de tal forma que as questões lançadas pelo pesquisador podem ser identificadas na íntegra das transcrições das entrevistas. Cumpre informar que esses informantes-chave, a depender da disponibilidade do serviço, foram entrevistados separadamente ou em dupla (apêndice 2).

Os dados encontrados com o auxílio do instrumento e das entrevistas foram então levados a uma reunião do CGR Polo Cuesta, para que houvesse um retorno em relação à retratação da realidade da região a partir das informações coletadas, bem como a discussão de suas possíveis soluções com os membros. Além disso, configurou-se num momento de possibilidade de acréscimo de informações, caso o gestor desejasse. Nesta etapa, houve confirmação dos dados, sem novos acréscimos. Pelas falas daqueles que se manifestaram, ficou clara a importância da reflexão dos dados referentes à linha de cuidado, bem como a necessidade de educação permanente das equipes.

Todas as etapas foram registradas em diário de campo pelo pesquisador.

As etapas de coleta de dados foram realizadas no ano de 2012, sendo a etapa de levantamento de dados nos sistemas de informação realizada durante o mês de Janeiro, a seleção dos municípios realizada na reunião do CGR em 02 de Maio de 2012, a aplicação do instrumento entre os meses de agosto e novembro, as entrevistas semiestruturadas em novembro e dezembro e finalmente a reunião para apresentação dos dados ao CGR em 05 de dezembro de 2012.

Para facilitar o entendimento das etapas adotadas, apresentamos o seguinte fluxograma:



#### 4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e recebeu autorização de todas as instituições envolvidas. Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (anexo 2). Conforme determina a legislação, as entrevistas foram realizadas após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

#### 4.7 Referencial Metodológico de Análise dos Dados

Para os dados quantitativos e indicadores, foi utilizada estatística descritiva.

Os dados quantitativos foram oriundos do instrumento desenvolvido para esta pesquisa, os quais foram tabulados, juntamente com os dados do CNES, utilizando planilha Excel®. Os dados populacionais foram extraídos da população publicada pelo IBGE, ano

de 2010, a qual foi utilizada como base para cálculo de alguns indicadores. Os dados referentes à realização de exames foram extraídos do SISMAMA.

Para análise das entrevistas, foi realizada análise dos discursos e dos registros de diário de campo, segundo a proposta de Análise Temática de Conteúdo, de Laurence Bardin. (BARDIN, 2008)

A Análise de Conteúdo é um modo de investigação que engloba técnicas de análise das comunicações e utiliza procedimentos sistemáticos para descrever o conteúdo coletado, com o objetivo de inferir, a partir de indicadores, conhecimentos relativos à produção da pesquisa. (BARDIN, 2008)

As técnicas da análise de conteúdo nos permitem replicar e validar inferências sobre os dados encontrados no material estudado. Os pesquisadores que buscam atingir, mediante esta inferência, uma interpretação mais profunda, o fazem através de uma abordagem qualitativa de compreensão dos significados no contexto da fala, negando a objetividade e cientificidade buscada na análise quantitativa. Ambas as técnicas, porém, objetivam alcançar uma análise crítica do material, ultrapassando o nível de senso comum e subjetivismo da interpretação. (MINAYO, 2007)

Entre as diferentes modalidades de Análise de conteúdos, tais como Análise Lexical; Análise de Expressão. Análise de Relações e Análise de Enunciação; optamos por utilizar para este estudo a Análise Temática. (MINAYO, 2007)

A noção de tema reúne ideias com significados relacionados, que podem ser apresentadas através de uma palavra, uma frase, ou um resumo. Descrito por Bardin (BARDIN, 2008), e citado por Minayo (MINAYO, 2007): “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Bardin (BARDIN, 2008) traz tradicionalmente a análise temática como “a contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação

previamente determinada”. Para análises contemporâneas, Minayo (MINAYO, 2007) descreve a análise temática a partir do descobrimento dos núcleos de sentido que compõe a comunicação, mas não apenas considerando a frequência com que aparecem, mas também a presença daqueles que demonstrem significado para o objeto analítico visado. Assim utiliza a descoberta dos núcleos de sentidos (que comporão as unidades de significação ou temas) do texto que seja relevante para o objeto estudado.

O tema pode ser dado através de uma escolha do próprio pesquisador a partir de indícios levantados do contato com o material estudado; pode abranger outros temas ou aludir a temas e ideias diferentes. Além disso, evidenciam-se recortes do texto aos que denominamos unidades de análise temática, escolhidos pelas teorias explicativas e pelas teorias pessoais intuitivas adotadas pelo pesquisador e embasados no objetivo do estudo. (CAMPOS, 2004)

Operacionalmente, as fases da Análise temática são organizadas em torno de três diferentes polos cronológicos. (BARDIN, 2008; MINAYO, 2007) :

#### 1.) Pré-análise

Fase de organização, na qual se deve estabelecer um programa preciso, porém que permita a introdução de novos procedimentos ao decorrer da análise. Consiste também na escolha dos documentos que serão analisados, na formulação de hipóteses e objetivos; e na elaboração dos indicadores que orientem tanto a compreensão do material, quanto a interpretação final dos resultados. (BARDIN, 2008; MINAYO, 2007)

A Pré-análise da Análise Temática pode ainda ser decomposta em:

-Leitura flutuante: onde se estabelece um contato inicial com o instrumento a ser analisado. Etapa na qual se deixa invadir por impressões e orientações a respeito dos temas. Com a repetição da leitura, esta se torna mais sugestiva e progressivamente mais precisa.

-Constituição do Corpus: abrange todo o universo do estudo e responde às normas de validade qualitativa como exaustividade (para contemplar todos os aspectos e não excluir

da pesquisa qualquer elemento); representatividade (que contenha todas as características essenciais e possa representar a realidade empírica do material estudado), homogeneidade (rigor nos critérios de escolha dos temas; das técnicas empregadas e dos atributos dos interlocutores) e pertinência (que os documentos analisados sejam adequados para responder às questões propostas no estudo).

-Formulação das hipóteses e dos objetivos: a hipótese é uma suposição por intuição a ser submetida à análise e posta à prova por dados seguros encontrados na pesquisa; já o objetivo é a finalidade da pesquisa obtida pelos resultados encontrados. Nesta fase se retoma a etapa exploratória e leitura exaustiva do material para que seja possível a reformulação das hipóteses, caso necessário, ou acréscimo de novas indagações. (MINAYO, 2007)

## 2.) Exploração do material

Fase da aplicação sistemática das decisões tomadas na pré-análise de acordo com as normas previamente estabelecidas. É a fase classificatória da própria análise, em busca do núcleo de compreensão do texto. Assim, o pesquisador busca categorias que expressem um conteúdo comum entre as falas; reduzindo o texto a palavras e expressões significativas representativas de sua eloquência.

## 3.) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados devem ser significativos e válidos. Baseado nos dados encontrados, o analista infere sobre o quadro teórico desenhado inicialmente ou sobre novas dimensões sugeridas na leitura do material. (BARDIN 2008; MINAYO 2007)

Esta classificação nos permitiu agrupar grandes categorias encontradas e adicionar percepções feitas pelo pesquisador, como através do diário de campo; abordando a investigação conforme o método da pesquisa-ação e analisando-o da maneira mais adequada a se cumprir os objetivos previstos.

Com resultados fiéis e confiáveis, o analista pode então inferir e interpretar sobre os objetivos previstos ou a respeito de novas descobertas.

#### **4.8 Referencial teórico do estudo**

Em relação ao referencial teórico para análise dos dados, utilizamos o referencial da integralidade da atenção à saúde, o próprio referencial do Sistema Único de Saúde, embasado nos marcos conceituais e regulatórios e em seu arcabouço jurídico-legal, tais como a Constituição Federal, a Lei 8080 e 8142 e as regulamentações mais recentes como o Pacto pela Saúde, o Decreto 7508 e a Portaria 2488 (BRASIL, 1988; BRASIL,1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade talvez seja o que é menos visível na trajetória do sistema de saúde e seu principal desafio está em desenvolver uma abordagem que melhor atenda às necessidades do sujeito. (Mattos 2004, LIMA 2012b)

A constituição aborda a integralidade se referindo à organização dos serviços e ações de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, porém, não traz uma definição à respeito deste princípio e permite que seus significados atuais sejam resultados dos debates iniciados nas escolas médicas e adquira diversos sentidos atribuídos pela literatura. (LIMA et. al, 2012a)

De acordo com Mattos (2001) a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas parte de uma “imagem objeto” que enuncia algumas características da saúde desejáveis pela população relacionando essas características à um conjunto de valores, de uma sociedade mais justa e solidária, pelos quais vale lutar . Assumindo essa ideia de imagem-objeto, a qual não pode ser detalhada, é atribuída a integralidade diversos sentidos como: a integralidade enquanto atributo das práticas dos profissionais de saúde; a

integralidade na organização dos serviços de saúde e a integralidade nas políticas especiais. (LIMA et.al, 2012a; MATTOS, 2001)

Discutir a integralidade considerando esse caráter polissêmico permite que ampliemos a ótica do cuidado e levemos em consideração desde a organização e gestão dos serviços até a formação dos profissionais de saúde. (LIMA, 2012b) Assim, a integralidade parece relacionar-se com o envolvimento do profissional na atuação de seu cotidiano e com a direção do que queremos imprimir à transformação da realidade; constituída por um pensamento crítico que se indigna com algumas características existentes e almeja superá-las. (Mattos, 2001)

Assim, de acordo com os sentidos da integralidade propostos por Mattos, estaremos, neste estudo abordando especialmente a integralidade na organização dos serviços de saúde.

## **5.0 Resultados**

Os dados foram analisados segundo o referencial teórico que fundamenta o SUS, o referencial da integralidade, universalidade e equidade, comparando as diferentes realidades municipais e extraíndo propostas que possam contribuir na reorientação de protocolos assistenciais e de comunicação entre os serviços, visando à melhoria da rede de atenção à saúde às mulheres portadoras de Câncer de Mama.

Os resultados serão apresentados em duas etapas: quantitativa e qualitativa.

### **5.1 Dados quantitativos**

#### **5.1.1 Oriundos dos sistemas de informação disponíveis no SUS**

Apresentaremos os dados quantitativos, de acordo com as etapas realizadas e anteriormente descritas.

Na Tabela 1, são demonstrados os recursos disponíveis em cada cidade do Colegiado, através de dados coletados no Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde; esta figura foi utilizada para comparação entre os municípios estudados e apresentada aos gestores para auxiliar na escolha dos 3 municípios que teriam seus dados aprofundados.

Podemos observar que há presença de Clínico Geral em todos os municípios e de Médico Especialista em sua grande maioria; ao apresentarmos estes dados aos gestores, levantamos que o Itatinga, o município que não apresentava médico especialista em seu quadro clínico, estava sem esta especialidade no período de levantamento dos dados, porém um novo profissional foi contratado para o cargo e consta atualmente em seu quadro clínico.

Além disso, observamos que o exame de mamografia é realizado apenas na cidade de Botucatu e que há pouca disponibilidade de aparelhos de raio-x.

Tabela 1- Serviços e recursos disponíveis nos municípios do CGR Polo Cuesta, segundo dados do CNES. Região de Botucatu, 2011.

| Município         | Clínico Geral | Médico Especialista | Ultrassonografia | Raio x | Laboratório Clínico | Mamógrafo |
|-------------------|---------------|---------------------|------------------|--------|---------------------|-----------|
| Anhembi           | ✓             | X                   | ✓                | X      | X                   | X         |
| Areiópolis        | ✓             | ✓                   | ✓                | ✓      | X                   | X         |
| Bofete            | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | X                   | X         |
| Botucatu          | ✓             | ✓                   | ✓                | ✓      | ✓                   | ✓         |
| Conchas           | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | ✓                   | X         |
| Itatinga          | ✓             | X                   | ✓                | X      | ✓                   | X         |
| Laranjal Paulista | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | ✓                   | X         |
| Pardinho          | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | ✓                   | X         |
| Pereiras          | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | X                   | X         |
| Porangaba         | ✓             | ✓                   | ✓                | X      | X                   | X         |
| Pratânia          | ✓             | ✓                   | X                | ✓      | X                   | X         |
| São Manuel        | ✓             | ✓                   | ✓                | ✓      | ✓                   | X         |
| Torre de Pedra    | ✓             | ✓                   | X                | X      | X                   | X         |

✓ Disponível      X Não disponível

Na tabela 2, são demonstrados os números referentes à morbidade e mortalidade por câncer de mama nos anos de 2010 e 2011 coletados no Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

Tabela 2- Dados de morbidade e mortalidade por câncer de mama nos municípios do Polo Cuesta. Região de Botucatu, 2010 e 2011 (SISMAMA).

| Município         | Morbidade -Ano de 2010 |                  | Mortalidade- Ano de 2010 |                  | Morbidade- Ano de 2011 |                  |
|-------------------|------------------------|------------------|--------------------------|------------------|------------------------|------------------|
|                   | Nº Absoluto            | Por mil mulheres | Nº Absoluto              | Por mil mulheres | Nº Absoluto            | Por mil mulheres |
| Anhembi           | 3                      | 1,09             | 0                        | 0,00             | 3                      | 1,09             |
| Areiópolis        | 4                      | 0,78             | 0                        | 0,00             | 7                      | 1,37             |
| Bofete            | 4                      | 0,88             | 0                        | 0,00             | 4                      | 0,88             |
| Botucatu          | 73                     | 1,11             | 13                       | 0,20             | 72                     | 1,10             |
| Conchas           | 11                     | 1,35             | 0                        | 0,00             | 19                     | 2,34             |
| Itatinga          | 5                      | 0,57             | 1                        | 0,11             | 7                      | 0,79             |
| Laranjal Paulista | 16                     | 1,25             | 1                        | 0,08             | 3                      | 0,23             |
| Pardinho          | 3                      | 1,10             | 1                        | 0,37             | 1                      | 0,37             |
| Pereiras          | 3                      | 0,82             | 0                        | 0,00             | 10                     | 2,72             |
| Porangaba         | 7                      | 1,73             | 0                        | 0,00             | 8                      | 1,98             |
| Pratânia          | 1                      | 0,45             | 0                        | 0,00             | 1                      | 0,45             |
| São Manuel        | 7                      | 0,36             | 3                        | 0,15             | 34                     | 1,73             |
| Torre de Pedra    | 0                      | 0,00             | 0                        | 0,00             | 1                      | 0,94             |
| <b>Total CGR</b>  | <b>137</b>             | <b>11,49</b>     | <b>19</b>                | <b>0,91</b>      | <b>170</b>             | <b>16,00</b>     |

\* Nota: para o cálculo por mil mulheres, foi utilizada como base a população do IBGE (ano 2010).

Os dados referentes à realização de exames citopatológicos, histopatológicos e de mamografia apresentados nas Figuras 1, 2 e 3 foram também levantados pelo SISMAMA.

Na Figura 1, observamos que a maior realização dos exames citopatológicos é dos habitantes do município de Botucatu e que há heterogeneidade entre as cidades quanto à distribuição dos exames nos anos de 2010 e 2011; com aumento de exames realizados em alguns municípios e diminuição em outros.

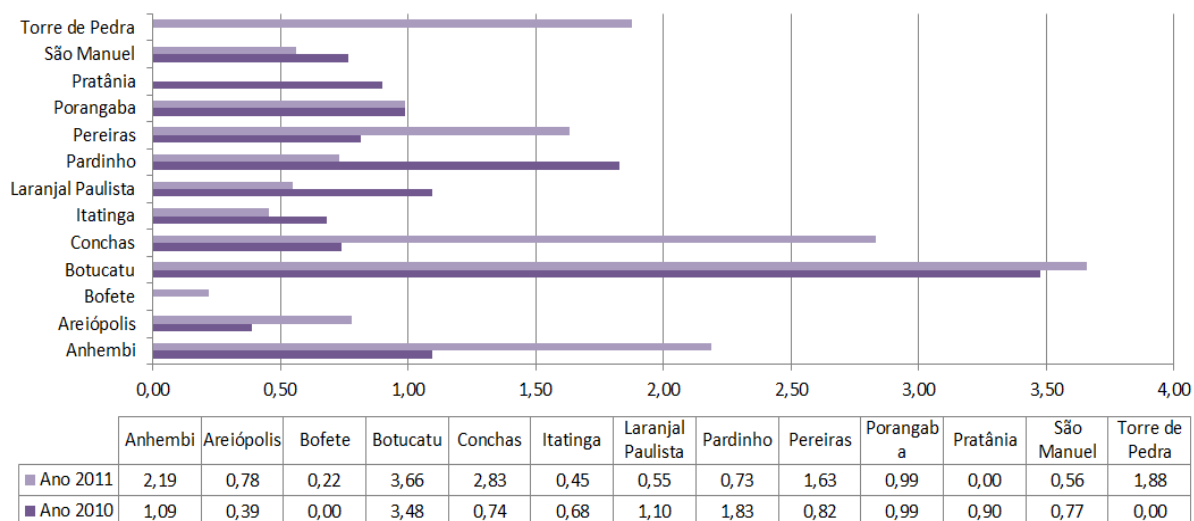


Figura 1- Exames citopatológicos de mama por mil habitantes do sexo feminino, dos municípios da região de Botucatu; 2010 e 2011.

Apenas 5 cidades do colegiado registraram a realização de exames histopatológicos durante o período estudado, sendo elas: Torre de Pedra, São Manuel, Laranjal Paulista, Botucatu e Anhembi (Figura 2)

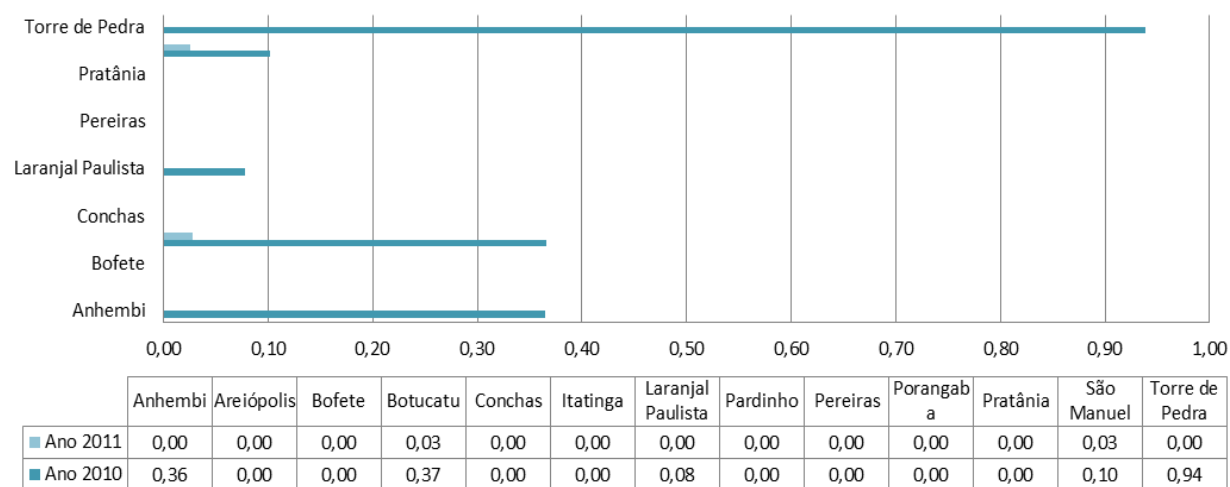


Figura 2- Exames histopatológicos de mama por mil habitantes do sexo feminino, dos municípios da região de Botucatu; 2010 e 2011.

Na Figura 3, expomos as mamografias realizadas por cada município nos anos de 2010 e 2011. Percebemos aumento entre os anos do número de mamografias realizadas e maior realização deste exame pelos municípios de Bofete, Botucatu, Torre de Pedra e Anhembi.

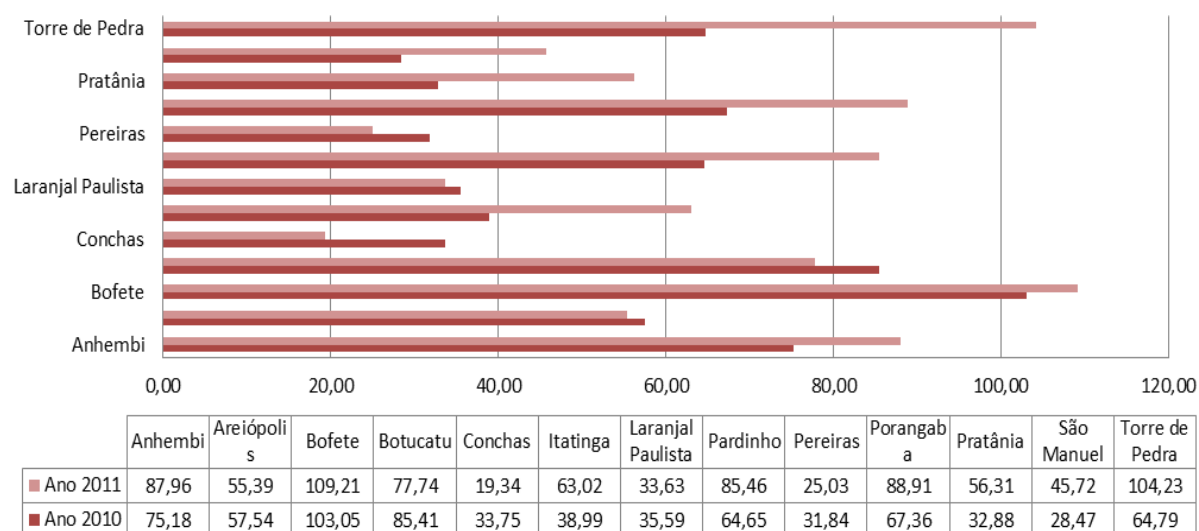


Figura 3- Exames de mamografia por mil habitantes do sexo feminino, dos municípios da região de Botucatu; 2010 e 2011.

### 5.1.2 Oriundos do instrumento preenchido pelos informantes-chave.

Para confirmação dos dados levantados nos sistemas de informação, houve levantamento dos serviços disponíveis no município através do instrumento preenchido pelos informantes-chave. Assim, a Tabela 3 apresenta os resultados quantitativos do instrumento, e mostra que os serviços disponíveis referenciados pelos profissionais de saúde se aproximam dos cadastrados no CNES. Houve divergência de informações em apenas duas categorias, reconhecidas como erros de interpretação e sanadas após questionamento pelas entrevistas semiestruturadas.

Tabela 3- Serviços e recursos disponíveis nos municípios do CGR Polo Cuesta, segundo informantes-chave dos municípios selecionados. Região de Botucatu, 2011.

| <b>Município</b> | <b>Laboratório</b> | <b>Mamografia</b> | <b>Ultrassom</b> | <b>Raio-x</b> | <b>Punção</b> | <b>Médico mastologista</b> |
|------------------|--------------------|-------------------|------------------|---------------|---------------|----------------------------|
| 1                | sim                | sim               | sim              | sim           | não           | não                        |
| 1                | sim                | sim               | sim              | sim           | não           | não                        |
| 1                | sim                | sim               | sim              | sim           | não           | não                        |
| 2                | sim                | sim               | sim              | sim           | sim           | não                        |
| 2                | sim                | sim               | sim              | sim           | sim           | não                        |
| 2                | sim                | sim               | sim              | sim           | sim           | não                        |
| 3                | sim                | sim               | sim              | sim           | sim           | sim                        |
| 3                | não*               | sim               | sim              | não*          | sim           | sim                        |
| 3                | sim                | sim               | sim              | sim           | sim           | sim                        |

\* Entenda-se como SIM, dado que a divergência foi esclarecida na entrevista (erro de interpretação da questão)

## 5.2 Dados qualitativos

Conforme dito anteriormente, foi utilizada Análise de Conteúdo de Bardin para organização dos dados qualitativos. Após a leitura dos depoimentos, foram organizados de acordo com temas que emergiram dos discursos. Estes dados se originam de questões abertas do instrumento aplicado individualmente (apêndice 1), das entrevistas realizadas posteriormente para elucidação dos dados (apêndice 2), as quais foram individuais ou em duplas e ainda, quando pertinente foram feitas inserções registradas pela pesquisadora oriundas do diário de campo (apêndice 3), deixando clara a origem dos dados em cada trecho selecionado.

Para isso, utilizamos a seguinte codificação: de E1 à E7 (correspondem às entrevistas de elucidação realizadas individualmente ou em dupla); os informantes-chave foram ainda identificados de I1 a I9; e não correspondente à enumeração expostas aos informantes de acordo com as entrevistas; foi ainda denominado de P1 a P9 os profissionais que responderam aos instrumentos elaborados e, quando a origem foi o diário de campo, utilizamos o código DC (estes numerados em ordem cronológica de registro).

Para manter em sigilo a identidade dos informantes, os municípios participantes foram chamados de Cidade1; Cidade2 e Cidade3. Todos os nomes citados foram substituídos por nomes fantasia; com exceção do nome da pesquisadora. Mantivemos o nome das instituições de referência, por entender que elas são partes fundamentais da pesquisa e; visto que atendem demanda de todos os municípios do CGR, não revelariam a identidade dos informantes-chave ou dos próprios municípios.

A análise dos dados permitiu a construção de seis categorias temáticas: Referência e Contra-referência; Realização dos exames; Estabelecimento das metas da PPI; Acesso e logística; Médico mastologista/Livre demanda e Farmácia.

Apresentaremos o quadro de como as categorias foram organizadas, de acordo com os trechos significativos que emergiram dos depoimentos, para posteriormente abordar cada uma delas, apresentando recortes ilustrativos das falas, quando oportuno.



## 5.2.1 Referência e Contra-referência

### 5.2.1.1 Demanda

Entendemos que o conhecimento da taxa de demanda é um fator-chave na organização, preparação e estruturação dos serviços de saúde; merecendo o destaque de um tema para que fosse abordada adequadamente. Assim, os discursos a respeito foram:

*“A gente não atende outros lugares; está vindo muita gente do Paraná, de outros municípios, mas falando que mora aqui. E não podemos negar assistência, então a gente atende.” –E1, I1*

*“Aqui não é referência pra outros municípios, mas eventualmente a gente recebe mulheres que às vezes estão hospedadas na casa de algum paciente nosso. Às vezes é tia, parente de fora, pessoas que vem passar uma temporada e aproveitam para fazer alguns exames por aqui... Então eventualmente a gente também atende pessoas de outros municípios.” –E7;*

I9

De encontro a estes, o aumento da demanda causado por pacientes de outros municípios que buscam atendimento de saúde nas cidades estudadas, é considerado como uma dificuldade por P1 e P3 no instrumento escrito; assim como P6 trouxe como dificuldade o aumento da demanda causado por municípios que encaminham pacientes por falta de recursos financeiros ou estruturais em seu serviço de origem.

*“Para tentar diminuir essa demanda ou distribuí-la entre o outro serviço, os pacientes considerados ‘normais’ seguem a rotina de exames pelo posto de saúde; então retornam à unidade de origem, que tentará novamente fazer os encaminhamentos de mamografia e ultrassom no mesmo ou em outro serviço. Quando a consulta é agendada para o serviço, um mês antes o paciente é chamado para fazer os exames, então se a consulta é agendada para dali 6 meses, 5 meses depois do agendamento, os exames são realizados.” –DC4*

*“O informante relatou sua insatisfação com a divulgação do funcionamento do serviço de saúde, que poderia gerar uma demanda maior para o serviço e “desafogar” outros serviços nos quais a demanda excede sua capacidade de atendimento.” –DC5*

### **5.2.1.2 Referência para serviços de menor complexidade**

Este tema trata as dificuldades e facilidades encontradas, de um serviço de baixa complexidade, para outro de mesmo nível, como encaminhamento para exames laboratoriais ou exames no serviço de saúde de origem.

*“O laboratório foi informatizado, então os exames de sangue, urina que demoravam 15 dias pra agendar e colher, passou a ser de um dia pro outro. Hoje se eu preciso de um hemograma urgente, eu colho de manhã, a tarde está pronto. No mesmo dia. Então a gente conseguiu agilizar isso; em uma semana eu tenho todos os exames prontos. Os alterados a gente já convoca, o paciente passa no médico e a gente já resolve.” –E1, I1*

*“Eles são terceirizados (o raio-x e o ultrassom). O ultrassom, vem um pessoal e faz aqui. Uma vez por mês a gente separa uma sala e vem um pessoal e atende à demanda do mês, que são 70 encaminhamentos.” –E3; I4*

### **5.2.1.3 Referência para serviços de maior complexidade**

Aqui o enfoque é a referência de um serviço de menor especialidade, para um com maior nível de complexidade; como exames de mamografia, ultrassom; consultas com médico especialista em mastologia; realização de biópsias ou cirurgia.

*“Raio-x e ultrassom é feito aqui. E mamografia, no Centro de Mamas, e na UNESP, que a gente encaminha de quarta-feira. Eles deixaram um dia só pra gente.” –E1, I1*

*“No Centro de mama é agendado. Então, por exemplo, eu tenho uma paciente que tem disponibilidade de ir qualquer dia, então ela fala ‘ah, eu prefiro ir amanhã’, ela vai e já resolve. E tem aqueles que já estão acostumados com o Centro de Mama [...] Agora, quem*

*nunca fez e quer fazer; e não tem problema com dia e hora, a gente encaminha pra UNESP que é toda quarta-feira; é demanda livre.” –E1, I1*

*“Se vier alterado, a gente encaminha pra UNESP, caso contrário para o Centro de Mamas.” –E3; I4*

*“É feito no Centro, mas via posto de saúde. Toda rede pública é feita lá, mas é só o controle, os casos normais. Se der alguma alteração, é encaminhado para a UNESP”  
-E4; I6*

*“Todas as pacientes que nós encaminhamos pra lá (UNESP) são atendidas e são operadas. Muitas vezes, óbvio, pelo volume da UNESP, ela entra numa fila de espera e espera um pouco, mas ela vai ser operada. Tem todo o suporte e, mesmo quando operada, nós utilizamos a referencia de quimioterapia e de radioterapia da UNESP, porque não temos outra.” –E5; I7*

*“Sempre tem vaga, é tranquilo.”- E7; I9*

*“A mamografia, o ultrassom, se precisar fazer as biópsias, retirada, mastectomia... Tudo é feito aqui [...] Então é tudo feito dentro do município; nenhum exame ou procedimento é feito fora daqui.” –E7; I9*

*“Hoje o nosso paciente já sai daqui com a mamografia laudada; e o ultrassom laudado. Ela só é encaminhada para a UNESP, por exemplo, quando é um caso cirúrgico ou que precise de biopsia; que precise investigar melhor. A medida que o Sorocabana está fechado, nós não temos mais aonde operar. Até um ano e meio atrás, quando existia o*

*Sorocabana, nós mesmos fazíamos as biópsias e encaminhávamos para a cirurgia. A própria equipe operava. [...] Hoje nós temos que encaminhar os pacientes: ou pra UNESP ou pra Jaú, que são as nossas referências. Depende da localização geográfica da residência dessa paciente, nós vamos encaminhar ou para pra Botucatu, na UNESP, ou para Jaú.” – E5; I7*

#### **5.2.1.4 Contra-referência**

*“Então, quando é na mamografia no caso, a gente encaminha o paciente, ele faz o exame. A gente já teve situação do paciente nem vir embora; já foi detectado na hora que uma mulher tinha uma alteração e ela ficou lá. E a gente já teve situação de ligarem falando ‘eu preciso que convoque fulana de tal’ pra uma consulta aqui na UNESP. Mas assim, a gente também tem o Projeto de lá, que era bom; mas hoje não é mais... Da UNESP não do Centro de Mamas, que eu tenho uma demora nos resultados, eu chego até 5 meses receber resultado de mamografia. Tem que ficar ligando, cobrando...” -E1, I1*

*“Às vezes tem extravio dos exames e nem chega.” – E1, I2*

*“Às vezes extravia e não chega...” – E1; I1*

*“É bem fácil; essa (do Centro de Mamas) vem com a foto, tudo certinho, e o laudo também.” –E2; I3*

*“Aqui teve uma senhora que deu um problema mas eu só fiquei sabendo porque ela contou. Porque eles ligaram direto pra ela; ela foi lá para a consulta e acho que fez até punção. Mas eu fiquei sabendo por ela [...]Eles não ligam nem pra gente avisar o*

*paciente, eles ligam direto. Mas eles nunca ligaram aqui avisando, nunca veio nenhum papel...Nada.” –E2;I3*

*“Às vezes o médico mesmo nem sabe, porque o paciente não sabe explicar o que realmente que está acontecendo.” –E2;I3*

*“Tem sim, porque de qualquer maneira vem na via do paciente; então mesmo que dê alterado, a gente vai ter acesso ao resultado. E às vezes a gente liga e pergunta, e a paciente fala que já está em tratamento na UNESP, e acaba ficando lá. Mas a gente sabe o resultado, a gente liga pra saber.” –E3; I4*

*“Então nós encaminhamos o paciente pra lá (Jaú) e o paciente deixa de ser nosso, digamos assim, e passa a ser daquela referência. Assim como da UNESP; a paciente só volta pra cá depois de um período, se ela precisar fazer uma mamografia ou ultrassom pós-operatório. Mas provavelmente ela já fica na UNESP também.” –E5; I7*

*“Nenhuma paciente nossa que é encaminhada para a UNESP, nós temos qualquer comunicado do que foi feito com essa paciente. Se ela foi operada, se não foi, se está na fila de espera, se foi feito uma cirurgia conservadora ou uma cirurgia mutiladora. Nós não temos nenhum histórico mais dessa paciente; só sabemos dela quando ela volta seis meses, um ano depois da cirurgia; que ela volta pra fazer mamografia; porque aqui ela encontra uma facilidade pra fazer isto [...] então normalmente ela volta mas nessa circunstancia. Mas um comunicado, uma contra-referência; não. A gente perde a paciente quando ela vai pra UNESP.” –E5; I7*

*“Quando o paciente vai fazer mamografia sim, os exames voltam certinho com a resposta. Mas se há alguma alteração e eles são encaminhados pra UNESP, não. A gente não tem resposta nenhuma da UNESP.” –E6; I8*

*“Às vezes vem contra-referenciado o que foi feito com o paciente no próprio anexo, na parte de trás. Às vezes, não é comum isso.” –E7; I9*

*“Quando acontecem esses outros procedimentos (biópsia, cirurgia), normalmente quem vem relatando pra gente o que aconteceu é o próprio paciente.”- E7; I9*

Ao encontro dos dados das entrevistas, P6 traz que, não há contra-referência do hospital de especialidade para os municípios, porque o paciente não volta para o serviço de referência; enquanto P9 diz que “na prática, a contra-referência não ocorre”.

## **5.2.2 Realização dos exames**

Este tema foi subdividido em: Tempo de espera para o agendamento, Tempo de espera para os resultados, Agendamento com o mastologista, Agendamento do ultrassom e Agendamento da mamografia. Esta temática foi bastante abordada por todos os profissionais, sugerindo uma forte relação entre a qualidade do serviço e o tempo de espera para seu atendimento.

### **5.2.2.1 Tempo de espera para o agendamento**

*“Não tá demorando. A Maria, do agendamento aqui, da recepção, faz os agendamentos. Ela liga hoje e é daqui uns quinze dias no máximo.” –E1; I1*

*“Em uns quinze, vinte dias já vem agendado.” –E2; I3*

*“O exame é realizado dentro do ano. Então quando o médico dá ‘voltar em um ano’, um mês antes da consulta, do dia da consulta, é realizado o exame [...] Às vezes demora até 6 meses. Quando é urgente a gente consegue em um mês. Se é antes da consulta, por exemplo, ele tem retorno em um ano, ele só vai conseguir um mês antes do retorno” – E4; I6*

*“Em alguns casos, as pessoas voltam para o município ou algumas fazem particular. Não esperam a UNESP agendar.” –E4; I6*

*“Em média uma semana, dez dias. A mamografia, a gente faz o agendamento, por exemplo dia 20, normalmente o exame já é pro dia 27. A mamografia a gente não tem dificuldade, a gente consegue muito rápido. A gente guarda várias mamografias de vários pacientes e a cada dois dias a gente liga no Centro da Mama e já agenda todas.” –E7; I9*

P1 e P2 se referem ao tempo de espera para o agendamento de consultas na referência como uma dificuldade; enquanto P5 trouxe o agendamento como uma facilidade no instrumento.

#### **5.2.2.2 Tempo de espera para os resultados**

*“Uma das nossas maiores dificuldades realmente é essa. Tanto da mamografia, quanto do Papanicolau, que é essa demora na entrega dos resultados. A gente já fez uma reclamação uma vez com a articuladora da atenção básica [...]E ela foi na UNESP saber o que acontecia. Lá eles falaram que eles recebem os exames, fazem tudo no dia que eles recebem, mas não tem quem digite o resultado pra encaminhar pro município; não tem digitador. Acho que nesse ano mesmo eles contrataram duas pessoas, ou realocaram duas*

*“pessoas, pra conseguir digitar, porque todos os municípios estavam reclamando e a gente tinha demora de 5 meses para chegar o exame.” –E1; I1*

*“É só a demora do resultado do exame [...] Às vezes demora até 60 dias.” –E1; I2*

*“Então depende muito. Eles falam 30 dias, mas às vezes demora um pouquinho mais pra chegar de lá.” –E1; I1*

*“Para a UNESP eu não estou mandando mais; já faz mais de um ano. Porque teve resultado de pacientes que nem chegou a vir.” –E2; I3*

*“O que é feito na Santa Casa (Centro de Diagnóstico de Doenças da Mama); vem certinho, é super rápido.” –E2; I3*

A demora na resposta dos resultados é citada como uma dificuldade por P1 e P2 também no questionário

### **5.2.2.3 Agendamento com o mastologista**

*“É livre demanda. É até combinado que, por exemplo, se eu estou atendendo uma moça, de 30 anos, e vejo que ela tem alguma alteração, nódulo, alguma coisa; de segunda-feira eles tem uma demanda específica pra atender essas alterações urgentes. Eu posso só fazer uma cartinha e encaminhar que eles atendem na hora.” –E1, I1*

*“O acesso sempre foi bem fácil. Acima de 40 anos vem aqui com a gente mesmo; a gente preenche o pedido [...] E a mulher com menos de 40 tem que passar no médico, pra ele*

*solicitar porque enfermeira não pode, então passa com ele; ele solicita e também é a mesma coisa; é rapidinho.” –E2; I3*

*“Eu mesma faço o pedido. Eu e a médica, então as pacientes tem assistência. Elas sabem quando está na época de fazer, então elas vem e fazemos o pedido.” -E3; I4*

Não há ocorrência sobre o agendamento com o mastologista no instrumento; porém, P1, P3, P6 e P9 marcaram a livre-demanda como uma facilidade.

#### **5.2.2.4 Agendamento da ultrassonografia**

*“O que a gente tem um pouco de dificuldade é o ultrassom de mama, pelo fato dele ser realizado só pelo médico. Então por exemplo, essa semana a gente está com uns 5 ou 6 pedidos de ultrassom de mamas, que a gente já ligou pra marcar e fomos orientados à ligar de novo só em Janeiro, porque não tem vaga pro ultrassom [...]A informação que nós temos é que os ultrassons são realizados só por 2 médicos; por isso essa disponibilidade de vaga.” –E7; I9*

A realização do exame de Ultrassonografia é trazida como uma facilidade por P4 e P8 no questionário, enquanto P9 refere uma demora nos agendamentos de até 3 meses.

#### **5.2.2.5 Agendamento de mamografia**

*“Eu posso encaminhar trinta por semana. [...] Eles deixaram o fluxo pra gente de quarta-feira, até 30 mulheres.” –E1; I1*

*“O que aconteceu esse ano: todos tiveram que ir pro posto de saúde marcar o exame pro ano que vem. Por exemplo, foi orientado que todos os exames de imagem e consultas*

*fossem marcados pro ano que vem, tudo via posto de saúde do próprio município. Porque com o novo sistema demora dois minutos cada marcação, então o paciente chegaria as 7 horas da manhã e iria embora no final da tarde.” –E4; I6*

*“Não tem vaga pra todos realizarem os exames, então eles dão preferência às urgências e emergências que são feitas no dia, ou na mesma semana, para ir pra cirurgia.” –E4; I6*

*“A gente não manda direto pra UNESP, é tudo feito no Centro da mama. Mesmo porque, algumas vezes que a gente mandou para UNESP, a demora do agendamento era muito grande; por isso a gente acabou estabelecendo esse fluxo de ir tudo pro Centro da mama. Porque lá os agendamentos são mais rápidos.” –E7; I9*

*“Os casos que são graves são feitos pelo médico no próprio dia e o resto aguarda vaga, que geralmente fica pro outro ano, e segue com o tratamento de rotina. Fica fazendo o acompanhamento de rotina e volta pro posto, já que é o posto que encaminha.” – E4; I6*

*“Eu acho que essa parte de mamografia, de ultrassom de mamas, funciona muito bem aqui no município, perto de outras especialidades e outros procedimentos.” –E7; I9*

A disponibilidade de vagas para o agendamento dos exames é tido como uma dificuldade por P3, enquanto P6 traz o tempo de realização desses exames como não satisfatório; e justifica dizendo que não há vagas suficientes para que todos os pacientes sejam atendidos.

#### **5.2.2.6 Repetição de exames**

*“Por isso que aqui fica sobrecarregado, porque tem que repetir os exames. Fazer o ultrassom ou repetir pra ir pra cirurgia, e às vezes não tem vaga.” – E4; I6*

*“Até um tempo atrás nós mandávamos o paciente com os exames, as biopsias já com os resultados, o histopatológico... Mandávamos até o bloco de parafina às vezes [...] Nós deixamos de mandar em alguns casos para UNESP, já com a biopsia, porque chegando lá eles refazem os exames. Então nós temos dois custos pra um único paciente. Assim, vamos minimizar o custo. Não é o custo nosso, é o custo SUS; nossa rotina aqui é toda SUS. Para que fazer um exame, que vai ser refeito? Por isso a gente manda só com o que não vai ser feito, que é a mamografia e o ultrassom; porque esses são exames que se forem refeitos, não terão agregado um custo muito maior. Embora tenha o custo da mamografia, que é um custo alto, mas esses normalmente não são refeitos; as biópsias sim.” – E5; I7*

O tempo de demora no resultado da mamografia é colocado como uma dificuldade por P3 no instrumento.

### **5.2.3 Estabelecimento das metas da PPI**

*“A gente nem fica por dentro dessas coisas” – E1; I1*

*“Só é pedido um relatório quantitativo para por na audiência pública, do quanto a gente fez. Mas não do que a gente tem que fazer.” –E1; I1*

*“Eu perguntei, no dia que fui responder, para a secretária da saúde, e ela pediu para que eu respondesse que sim (há estabelecimento de metas); mas eu acredito que não tenha.” – E3; I4*

*“Eu não sei a meta, a quantidade. Eu sei que é solicitada muita mamografia aqui.” – E3; I4*

*“A gente não em uma cota, nem um limite, pode mandar o quanto for necessário. Mas não tem um número certo do que tem que fazer.” –E6; I8*

Na pergunta aberta do questionário, P6 refere não haver uma pactuação estabelecida, e diz ser difícil estabelecer metas para o atendimento livre-demanda. Todos os outros informantes referem que há uma pactuação estabelecida, mas não informam a respeito. Apesar de não terem conhecimento sobre as metas dessa pactuação, P6 e P7 afirmam que há realização de exames acima do pactuado.

## **5.2.4 Acesso e logística**

### **5.2.4.1 Transporte**

*“Tem o ônibus que vai todos os dias pra UNESP. Tem dois horários: às 5 da manhã e às 10 horas. Daí quem vai fazer mamografia, que é sempre na parte da tarde, vai no ônibus das 10. Mas deixa no lugar certinho e depois pega também.” –E2; I3*

*“Saem dois ônibus; às 7 da manhã e ao meio dia. E geralmente eles vão lotados.” –E3; I4*

*“Em Dezembro baixa muito o número de paciente, por que as prefeituras, mudando de gestores, acabam segurando o transporte. Então não tem transporte para trazer as pacientes. Isso não deveria acontecer, porque não é uma brincadeira. Uma paciente que tem uma queixa mamaria, não pode esperar, porque se for o caso de um câncer... Em três meses nós estamos falando que este tumor, se existe um tumor, quase dobrou de tamanho. Perto de 200 dias aproximadamente ele dobra de tamanho, então em 90 dias ele já está na metade do tamanho que vai chegar. Não é possível esperar. São coisas que atrapalham a rotina das pacientes.” –E5; I7*

*“Às vezes algumas pacientes precisam do passe-saúde. E a gente não tem uma disponibilidade desses passes suficiente. A gente recebe, atualmente, 100 passes por mês e a nossa população é muito grande. Então é um número insuficiente para distribuir para os pacientes irem fazer mamografia ou o ultrassom [...] Normalmente a gente oferece para pacientes que tem consultas agendadas e exames agendados. Mas como a gente tem um número baixo desses passes, algumas pacientes ficam sem” –E7; I9*

P4, P5 e P8 referenciam o transporte como uma facilidade no questionário; também apontada por P3 que, apesar disso, traz a distância do serviço de referência como uma dificuldade.

Tanto P7 quanto P9 consideram-no como uma dificuldade, mas P9 a relaciona ao número insuficiente de passes para transporte público disponibilizados aos pacientes; enquanto P7 associa esta dificuldade ao desinteresse na questão dos transportes em épocas eleitorais.

*“Na tentativa de solucionar esses problemas, os coordenadores concordaram em priorizar as solicitações de transporte nas épocas indicadas, afim de não comprometer a continuidade do cuidado dos pacientes por causas políticas ou sociais.” –DC13*

#### **5.2.4.2 Atestado médico**

*“Algumas mulheres reclamam um pouco, comentam, que lá eles não fornecem atestado; no Centro da mama. E eu acho que seria bom, porque aqui tem muitas mulheres que trabalham nas fábricas, e se elas faltam um dia, eles perdem cesta básica... Perdem um bônus que eles tem. Então faz falta.” –E2; I3*

No registro do DC2, há referência ao enfoque pelo informante dos atestados médicos que não estavam sendo disponibilizados pelas referências por onde os pacientes passavam; assim, explicando a flexibilidade proporcionada pela metodologia da pesquisa-ação, informei-lhe que esse tema seria abordado com a referência em questão.

Em contrapartida, no DC5 o informante referiu que há a disponibilidade de atestados médicos àqueles pacientes que o solicitam após a consulta e que passam por procedimentos que envolvam o profissional médico, como o serviço de ultrassonografia. Porém, para a realização de procedimentos que não contam com a presença desse profissional, tais quais os exames de mamografia e as consultas agendadas com psicólogo, é fornecida uma declaração do serviço de saúde que atesta o tempo em que o paciente ficou no serviço para o atendimento; mas que esta, infelizmente, não é aceita por algumas empresas para justificar a ausência de seus funcionários.

Esta problemática foi levada à reunião do CGR para discussão: *“Foi discutida a possibilidade de se realizar reuniões públicas ou trabalhos de educação permanente com as empresas; incentivando o aceite deste tipo de declaração e discutindo seus desdobramentos com enfoque no benefício da saúde de seus trabalhadores.”* - DC13

#### **5.2.4.3 Divulgação**

*“Tivemos a Campanha do Outubro Rosa agora, mas sempre tivemos mamografia à disposição da mulher acima de 40 anos.”* –E2; I3

*“A gente faz em média uns 4 mutirões no ano. Uma vez a cada dois, três meses, a gente faz; sem contar a livre demanda [...] Fazemos cerca de 40 à 50 mamografias por vez.”* – E3; I4

*“Muitas vezes, os postos não encaminham e não divulgam que não necessita do médico para fazer uma mamografia. Não tem uma solicitação; a paciente pode se dirigir direto ao*

*centro da mama e solicitar sua mamografia, sem precisar do encaminhamento. Isso muitas vezes não é divulgado. Assim como muitas vezes, a equipe de enfermagem nos postos e os próprios médicos, também divulgam de uma maneira errônea. O que é uma maneira errônea? Mandam pra cá mamografia para mulheres abaixo de 40 anos de idade. A menos que tenha um histórico familiar, que tenha uma justificativa, ou tenha um achado importante, não temos protocolo pra isso.” –E5; I7*

*“Temos uma questão da dificuldade dos postos que não orientam bem os pacientes. Ou seja, o paciente chega aqui sem os exames anteriores, mas com um ultrassom que solicita uma verificação em 6 meses no caso de algum achado; mas se é um exame comparativo, eu não posso comparar um exame sem o outro.” –E5; I7*

*“Não vejo muita campanha. Eu acabo não mandando muito paciente, poderia mandar mais; mas tem um certo desinteresse da equipe, da prefeitura... É uma coisa que aqui eu não vejo muito; não correm muito atrás.” –E6; I8*

*“Nós orientamos bastante o paciente, como prevenção. Quando a paciente sai do ginecologista a gente pergunta. Até orientar o paciente, o agente comunitário também orienta, mas há uma resistência cultural, onde as pessoas já vem de fora com aquela coisa ‘porque é município pequeno, a informação vai vazar’. É um pensamento muito fechado, onde acham que porque todo mundo se conhece, vai vazar informação. É uma coisa cultural, que não tem como mudar.” –E3; I5*

No instrumento, P7 traz como dificuldade a divulgação do serviço, como livre-demanda, no Postos de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

### 5.2.5 Médicos especialistas / Livre demanda

*“Tem a livre demanda, que são as pessoas que nos procuram de vários lugares e não consegue consulta no posto com o ginecologista; e tem a demanda que vem direto do Centro de Mama. A livre demanda é de pessoas que a consulta é espontânea; apareceu um caroço, um nódulo, alguma coisa, vem direto aqui, não procura o posto de saúde primeiro. Mas o que eu vejo é que vêm muitos pacientes com alguma inflamação, de glândula mamaria, vem de tudo pra cá. Não vem só câncer, vêm todas as doenças da mama. E encaminhamentos que são de triagem mesmo, que é do posto de saúde que encaminha pra cá e que entra da triagem.” – E4; I6*

*“Nós mandamos todas as pacientes, não temos limite pra mandar. Até porque, é importante, que não tenha. Uma paciente com câncer de mama requer urgência; não dá para esperar. Às vezes há pacientes que não dá pra esperar mais que 60 dias pra cirurgia.” –E5; I7*

Tido como uma facilidade para o serviço, P3, P8 e P9 referem que; apesar de não ter médico mastologista, há presença de um médico ginecologista nos serviços de menor complexidade.

O encaminhamento/agendamento rápido para o serviço de referência, assim como a livre demanda das consultas com o mastologista são consideradas como facilidades por P4, P5, P6, P7 e P9. Dificuldade encontrada por P5 é que os pacientes chegam tardiamente para procurar o serviço; chegando em estágio mais avançado da doença.

“O agendamento dos exames para mulheres acima de 40 anos funciona livre demanda também neste serviço, sem que seja necessário encaminhamento médico ou de enfermeira

do serviço de menor especialidade; no entanto, essa informação fica oculta e o agendamento de casos por livre demanda é pequeno.” –DC5

### **5.2.6 Farmácia**

*“A maioria das pessoas daqui são trabalhadores rurais, então eles trabalham até tarde. Antes eles chegavam e não tinham acesso ao remédio... Há uns dois anos a farmácia não ficava aberta até as 7, e agora fica; com a farmacêutica e tudo certinho. Então facilitou para gente e para população.” – E3; I4*

A variedade e disponibilidade de medicações são facilidade de acordo com P1; P2; P3; P4 e P8. A abertura da farmácia fora do horário comercial também é uma facilidade de acordo com P4; P5 e P8. A disponibilidade de funcionários na farmácia, para orientação dos pacientes, é uma facilidade de acordo com P5. A demora da entrega dos medicamentos por parte da distribuidora, é uma dificuldade de acordo com P5 e P6.

Ter a farmácia de alto custo e a farmácia da quimioterapia à disposição é uma facilidade do serviço, segundo P6. P9 traz como uma dificuldade referente às medicações para caso de câncer de mama elas serem disponíveis somente no serviço terciário.

“Os informantes esclareceram o horário de funcionamento da farmácia (que é mantida aberta até as 7 horas da noite); o horário dos atendimentos do posto (que tem uma rotina noturna de atendimentos tanto com a médica, quanto com a enfermeira)” –DC3

## 6.0 Discussão

Quando comparados através dos dados oriundos do CNES, os municípios que compõem a região do Colegiado Polo Cuesta apresentam similaridade na distribuição de seus serviços de saúde, de acordo com a densidade demográfica de cada um; porém, cada cidade apresenta peculiaridades nos serviços, bem como diferenças culturais e populacionais; que nos impedem de expandir os achados encontrados em todos os municípios do colegiado. Apesar disso, o funcionamento em rede do Sistema Único de Saúde acarreta uma espécie de efeito cascata decorrente das mudanças feitas em um único serviço, sendo previstas melhorias para todo o sistema quando qualquer ponto é otimizado.

Nos dados do SISMAMA, foi possível observar uma oscilação nos dados referentes à realização de exames entre os municípios e até mesmo entre os diferentes períodos dentro de um mesmo município. Entre as possíveis causas, levantamos a possibilidade de campanhas de mamografia em datas pontuais, migração dos pacientes de um município para a rede de serviços de saúde de outro município e a superestimação ou subestimação dos dados por registro inadequado. Essas hipóteses são reforçadas pelos discursos referentes à Demanda (1.1. Demanda) e pelos registros dos diários de Campo DC10 e DC11.

O SISMAMA foi criado com o objetivo de atuar de forma mais prática e efetiva no armazenamento de dados de todas as regiões do Brasil através da informatização padronizada da requisição de mamografia e de seu resultado, bem como a realização de seus exames adjacentes (SANTOS, 2010). Apesar disso, o Sistema não consegue prever algumas variáveis ou discordância nas informações que o alimentam. Isso acarreta no preenchimento inadequado do registro dos dados e pode sub ou superestimar os índices gerados, como ressaltada pela registradora de dados do Hospital das Clínicas (DC10). Santos (2010) corrobora a necessidade de algumas mudanças no sistema e que haja preparo dos profissionais que lidam com ele.

Dentro dos temas destacados na análise qualitativa, entendemos que o aumento da demanda de pacientes oriundos de municípios vizinhos não apenas distorce os dados referentes à população, como também as estimativas subsequentes, caracterizando assim uma distribuição errônea dos recursos financeiros e estruturais disponibilizados por cada município para a área da saúde. Em estudo realizado por Alves (2010) em Juiz de Fora-MG, o autor observou que entre as dificuldades encontradas a partir da regionalização de saúde, está a mudança de endereço (real ou declarada) pelos usuários que assim buscam encontrar soluções para seus problemas de saúde, relacionados à assistência ao câncer de mama.

Quando comparados os discursos das subcategorias “Referência para serviços de menor complexidade” e “Referência para serviços de maior complexidade”, percebemos uma satisfação dos profissionais com o serviço de referência, muitos deles citando a facilidade encontrada para encaminhar os pacientes. Inferimos também uma facilidade na comunicação entre os serviços menores, em especial quando dentro de um mesmo município; enquanto, apesar de funcional, parece não apresentar diálogo entre os profissionais dos serviços de diferentes níveis de complexidade.

Esta dificuldade da continuidade do processo é reforçada pela deficiente prática da contra-referência, de acordo com a fala da maioria dos profissionais. Pontes (2010), em uma avaliação realizada pelos usuários, aponta uma inexistência do sistema de contra-referência, os quais percebem que não são retroagidos ao serviço de origem ou, quando são, o retorno não é formalizado, descaracterizando a ideia de atendimento integral e continuidade da assistência.

Mendes (2001) afirma que os sistemas fragmentados geram uma atenção descontínua; enquanto nos sistemas integrados, pode-se observar uma oferta contínua de serviços, integração dos pontos de atenção à saúde, e uma população com necessidades bem definidas e de responsabilidade do Sistema de Saúde. Além disso, num sistema

fragmentado não há fluidez das informações entre os níveis e nem organização e articulação com os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Isso reflete num modelo de estrutura hierárquico que ressalta à divisão dos sistemas de saúde por níveis de “complexidade”, denotando ordem e graus de importância entre esses diferentes níveis.

O mesmo autor em publicação recente traz, na perspectiva das redes poliárquicas, que não há, entre eles, relações de importância ou subordinação, características das relações hierárquicas. Todos são igualmente importantes para que se possa atingir a integralidade nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

No entanto, observamos na prática do trabalho, uma realidade onde a deficiência de comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde e a desorganização da logística por parte da gestão propiciam que instituições com serviços e referência similares tenham demandas numericamente divergentes; gerando sobrecarga em determinado serviço, sendo que essa demanda poderia ser realocada para outro serviço com vagas disponível. Essa deficiência de comunicação, por vezes, gera duplicação de procedimentos para uma mesma usuária do SUS.

Por um lado, o fluxo transversal que compreende diferentes ramos da rede de atenção compromete o planejamento e a regionalização da assistência, por outro, complementa a rede e facilita o acesso. Junto a isso, a escassez de serviços especializados pode gerar uma forma de racionamento que não admite alternativas e prejudica o funcionamento em rede (OLIVEIRA, 2011) .

Quando este conceito equivocado de complexidade é utilizado, tende a sobrevalorizar as práticas de maior densidade tecnológica e desvalorizar os níveis de atenção básica, por exemplo, não sustentando a lógica das redes de saúde. Isto não apenas ocasiona um efeito negativo à saúde da população, mas também representa um déficit econômico importante para o SUS (MENDES, 2011).

Apesar de subdividida para que houvesse clareza na organização das informações, os temas da categoria “Realização dos exames” serão aqui discutidas simultaneamente; dada à interlocução dos temas nos discursos e mesmo na prática cotidiana.

Independente do procedimento a ser realizado, o discurso recorrente dos profissionais é de que não há demora no agendamento, mas sim na realização de alguns exames. Fato curioso é que há distinção entre os tempos de espera entre o agendamento e a realização dos exames em serviços com os mesmos procedimentos; como é o caso das mamografias e do exame de ultrassom. Além disso, mais uma vez observamos falhas na comunicação entre os serviços; demonstradas, por exemplo, pelo excesso de demanda em um serviço e disponibilidade de vagas em outro, ambos com os mesmos procedimentos a serem realizados e que atendem à mesma população; ou pela repetição de exames em instituições diferentes. Ambos os casos vão contra as disposições gerais da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011):

*“É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.”*

Em face do problema da fragmentação assistencial, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e

cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos. (HARTZ, 2004)

Diferentes formas de realizar a referência e a contra-referência foram pensadas, embora o uso de guias e, ou, protocolos de encaminhamento – em papel sejam de uso corrente, a relação entre a referência (quem encaminha) e contra-referência (quem responde) ocorra através da parte mais frágil, neste elo, o paciente. É preciso ficar claro aos profissionais, que a relação é entre instituições e não uma prestação de cordialidade. A informatização e o fluxo de protocolos sendo regulados, e o preenchimento on-line pode tornar mais ágil e controlável, esse nó que contribui para a fragmentação persistente do doente e, ou, da doença.

A portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006 (BRASIL, 2006) estabeleceu que a PPI, junto com o processo de planejamento, defina e quantifique as ações de saúde para a população residente em cada território e efetue um pacto entre os gestores para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, tem por objetivo definir os recursos destinados à saúde da população e das referências de outros municípios.

Ao seu encontro, o Art. 12. do decreto nº 7.508 dispõe na secção de hierarquização que:

*“Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. Parágrafo único.*

*As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.”*

Apesar disso, nenhum dos informantes-chave demonstrou ter acesso à pactuação de seu município ou mesmo conseguiram encontrar informações a respeito quando em contato com outros gestores.

Como dito anteriormente, a acessibilidade aos Serviços de Saúde é prevista pelo SUS para a realização de tratamento fora do domicílio (TFD) com custeamento de passagens e diárias para pacientes e acompanhantes; porém não é simples a discussão de como garanti-la perante as diferentes esferas e limitações que a compõem. Nesse sentido, Oliveira (2011) afirma que o acesso geográfico ao tratamento é de fundamental importância e as estratégias para transporte ou hospedagem dos pacientes têm papel importante no cuidado e não podem ser desconsideradas. Além disso, a garantia de acesso aos serviços e ações de saúde contribui para a satisfação dos usuários (PONTES, 2010), que reconhecem estes recursos antes não ofertado pelo SUS.

Em nossa pesquisa, vimos que o sistema de transporte é adequado e garantido, na maior parte das vezes, para os pacientes. Suas principais dificuldades são pontuais, como a diminuição do transporte nos últimos meses do ano e o número limitado de passes de ônibus. Ainda sim, há outras questões levantadas que impossibilitam o acesso do paciente a todos os níveis de complexidade; seja pela falta de informação como abordado na subcategoria “divulgação” ou por ter que optar entre receber benefícios salariais ou realizar o procedimento médico, como no caso dos atestados médicos.

A aceitação do atestado médico para abono de faltas como um direito trabalhista é garantida pela legislação desde 1949. O Decreto 27.048/49 que regulamenta a Lei 605/49 dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos feriados civis e religiosos e traz, no artigo 12, os motivos justificados que constituem as formas de abono de faltas mediante atestado médico (BRASIL, 1949). São eles:

*“a) os previstos no art. 473, e seu parágrafo da Consolidação das Leis do Trabalho;*

*b) a ausência do empregado, justificada, a critério da administração do estabelecimento, mediante documento por esta fornecido;*

*c) a paralisação do serviço nos dias em que, por conveniência do empregador, não tenha havido trabalho;*

*d) a falta ao serviço, com fundamento na Lei de Acidentes do Trabalho;*

*e) a ausência do empregado, até três dias consecutivos, em virtude de seu casamento;*

*f) a doença do empregado devidamente comprovada, até 15 dias, caso em que a remuneração corresponderá a dois terços da fixada no art. 10.*

*§ 1º A doença será comprovada mediante atestado passado por médico da empresa ou por ela designado e pago.*

*§ 2º Não dispondo a empresa de médico da instituição de previdência a que esteja filiado o empregado, por médico do Serviço Social da Indústria ou do Serviço Social do Comércio, por médico de repartição federal, estadual ou municipal, incumbido de assunto de higiene ou saúde, ou, inexistindo na localidade médicos nas condições acima especificados, por médico do sindicato a que pertença o empregado ou por profissional da escolha deste.*

*§ 3º As entradas no serviço, verificadas com atraso, em decorrência de acidentes de transportes, quando devidamente comprovados mediante atestado da empresa concessionária, não acarretarão, para o trabalhador, a aplicação do disposto no art. 11.” (BRASIL, 1949)*

Apesar disso, não há legislação que regulamente a utilização de atestados de outros profissionais de saúde para abonar ou justificar a falta de um empregado para realização de

exames, consultas e outros procedimentos; ficando a cargo dos sindicatos ou associações de grau superior como federações e confederações, a garantia deste tipo de situação que complementem as leis.

Essa exclusividade do profissional médico em atestar procedimentos para justificar as faltas do trabalhador caminha contra a ideia da integralidade e da importância equivalente de todos os profissionais em todos os níveis de atenção do cuidado. Apesar do empregador não ter a obrigação de aceitar declarações de outros profissionais de saúde, ele pode ser incentivado a manter esta prática, justificada pelos benefícios da melhora na condição de saúde de seu profissional empregado.

A dificuldade sobre a disposição dos atestados médicos quando em realização de exames pôde ser tratada tanto no serviço de base, quanto nos de referência e discutida posteriormente com os gestores de saúde dos municípios do colegiado, como ilustrado no Diário de Campo. Propusemos a inserção de atividades de educação permanente em conjunto com as empresas interessadas, aos membros do colegiado na divulgação dos resultados da pesquisa; e obtivemos posteriormente a resposta do gestor de um dos municípios envolvidos, afirmando que este tipo de atividade fora implantada e teve início logo após a expansão dos resultados finais.

Vale destacar que, apesar dos problemas apontados, a eficiência de alguns pontos da rede, a garantia do atendimento a todos os usuários, e a funcionalidade da assistência na Linha de cuidado do câncer de mama, quando comparada a outras linhas, foi ressaltada positivamente na maioria dos discursos.

Apesar de ainda enfrentar grandes dificuldades, principalmente para seu eficiente funcionamento em rede, o sistema público de saúde no Brasil vem apresentando importantes conquistas como a disponibilidade de serviços de alta complexidade e a ampliação da porta de entrada do sistema (PONTES, 2010). Em estudo realizado no Rio de

Janeiro-Brasil, Pontes levanta, através de uma abordagem qualitativa, que o sistema tem gerado uma cobertura populacional inexistente anteriormente no país e ressalta falas onde os usuários afirmam conseguir atendimento em todos os níveis de complexidade, bem como acesso à cirurgias, consultas e tratamentos quando necessários.

Assim, entendemos que nosso trabalho cumpriu seu objetivo ao levantar os recursos existentes em nossa região e colaborar com sua organização através do levantamento dos pontos fortes e fracos que abrangem a linha de cuidado, e discutir ideias e sugestões com seus gestores, para que os problemas fossem solucionados. Compreender a estrutura dos atendimentos e a forma como ela influencia na prestação de serviços e na assistência ao paciente, nos permite detectar as áreas que funcionam de maneira adequada e identificar e modelar outras áreas que podem ser melhoradas, ou mesmo torná-las destaque para o foco de novas pesquisas. (Tisnado, 2007)

## **7.0 Conclusão**

A aplicação do instrumento escrito possibilitou o levantamento das principais desafios sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, que, posteriormente, puderam ser aprofundadas com a realização das entrevistas com os informantes que os responderam. A opção pelo método de pesquisa-ação respondeu à necessidade de flexibilidade e transformação em alguns pontos da pesquisa, e a prática de suas etapas auxiliou no processo de organização e apresentação dos dados. Além disso, foi essencial para promover o retorno das informações aos atores participantes e proporcionar um espaço de discussão de ideias e sugestões de melhoria com os principais envolvidos, frente às necessidades apontadas.

Verificamos uma avaliação positiva dos profissionais em relação à maioria dos tópicos levantados, como o atendimento com livre demanda para a triagem da mastologia, a facilidade do acesso e requerimento de exames, o agendamento e tempo de espera dos exames de mamografia, a garantia da continuidade da assistência e do tratamento, mediante à achados clínicos e o transporte.

Em contrapartida, não há apropriação das metas e/ou divulgação das mesmas para os profissionais de acordo com o pactuado para cada município, sugerindo negligência às normas estabelecidas pelas legislações vigentes e impossibilitando as estimativas sobre o cuidado da doença; bem como a avaliação de seus serviços e a alocação de recursos para os mesmos.

Além disso, não é possível estabelecer um sistema em rede eficiente sem o funcionamento adequado do sistema de contra-referência. A quase inexistência desta prática é preocupante e indica dificuldades de os profissionais transformarem em ação aquilo que é preconizado pelo sistema a favor da garantia da integralidade do cuidado de seus usuários.

É importante a conscientização dos profissionais e mesmo da população para que se avance em sistemas de planejamento com participação ampliada de gestores, profissionais e usuários, que estas metas sejam pactuadas coletivamente e cumpridas, considerando as necessidades da saúde da população e promovendo avaliação e monitoramento das ações.

### **7.1 Recomendações a partir do estudo**

O entendimento dos profissionais sobre o funcionamento do sistema de saúde sofre influências desde sua formação e, portanto, seu aprendizado sobre a atenção integral e o cumprimento dos princípios do SUS devem vir também, desde a academia; a qual tem o papel de ensinar e mesmo reforçar a importância do fluxo dos pacientes por entre os serviços de diferentes complexidades e a cobertura de sua assistência por todos os profissionais de saúde, através do fluxo de informações entre os sistemas de referência e contra-referência.

O conhecimento tradicional, o qual traz a ideia do conhecimento inativo armazenado e dificilmente extraído e aplicado na prática, não proporciona resultados tão positivos e traz à tona a necessidade de atividades de educação permanente que exponha o profissional às constantes mudanças nas políticas de saúde e nos sistemas de informação e o motivem a responder adequadamente às novas demandas e exercitar a prática do conhecimento.

Paralelamente a esta situação, encontramos o despreparo dos profissionais que alimentam os registros dos sistemas de informação e geram descrença nos dados gerados; problema que poderia ser resolvido da mesma maneira: com estratégias de educação permanente eficiente que os adequasse às novas tecnologias.

A falta de divulgação da forma de organização do SUS e do funcionamento em rede para realização de triagem e exames de mamografia nos leva a sugerir que ações na

mídia poderiam ser empreendidas, o que favoreceria a demanda e organizaria o fluxo para as instituições que o comportem com maior facilidade.

Deixamos aqui a sugestão para que estudos futuros tratem da avaliação dessas formas de ação e continuem acompanhando o funcionamento dos sistemas de saúde não apenas através de seus sistemas de informações, mas na prática dos profissionais de saúde e usuários do serviço para que ocorra frequentemente otimização, e adequação de suas ações, favorecendo a assistência e a prática do cuidado de saúde e contribuindo com a organização das redes de atenção à saúde.

## Referências

ALVES, M.J.M. et al. A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para assistência ao câncer de mama. **Rev. APS**, v.13, supl. 1, p.S26-S34, 2010.

AYALA, A.L.M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.4, p. 566-570, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006b. Cap.4. Disponível em:< <http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 18 de jan. 2006.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para Dispor Sobre a Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência a Saúde e a Articulação Interfederativa, e da Outras Providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - **NOB-SUS 01/96**. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de nov.1996 .

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria n.1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p.48.

BRASIL. Portaria nº- 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1.

BRASIL. Decreto nº 27.048, de 12 de agosto de 1949. Regulamenta a Lei 605, de 5 de janeiro de 1949, que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 ago. 1949. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/d27048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d27048.htm)>. Acesso em: 11 maio 2013.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n.5, p.611-614, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.204-211, 2011.

FELIX, J. D. et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.945-953, 2012.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educ. Pesqui.**, v.31, n.3, p.483-502, 2005.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. Cap. 4.

FRATINI, J.R.G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v.26, n.60, p.37-61, 2002.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; OLIVEIRA, C.P. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.16, n.1, p.122-129, 2008.

GRITTEM, L.; MEIER, M.J.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.765-770, 2008.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafio para avaliar a implementação de um sistema sem muros. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Sup.12, p.S331-336, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle de câncer de mama**: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA – Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso 11 maio 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA – Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_a\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_a_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)>. Acesso em: 11 maio 2013.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.33, n.4, p.32-33, 1999.

LIMA, I.F.S. et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.4, p.944-952, 2012.

LIMA, M.M. et al. Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, n.2, p.259-266, 2012.

MARCHILDON, G.P. Regionalisation reversal in Canadá. **Eurohealth**, v.14, n.4, p.8-9, 2008.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOVAES, H.M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde (SILOS): análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina**. São Paulo: Pioneira, 1990.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p. 317-326, 2011.

PAIM, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, p.1778-1797, 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PINTO, R. **Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal: semelhanças e diferenças**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

PONTES, A.P.M. et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.4, p.574-580, 2010.

SANTOS, S.B.L.; KOCH, H.A. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. **Radiol. Bras.**, v.43, n.5, p. 295-301, 2010.

SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec.**, v.17, n.1, p.69-85, 2003.

SILVA, S.F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 16.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

TISNADO, D.M. et al. The structural landscape of the health care system for breast cancer care: Results from the Los Angeles Women's Health Study. **Breast J.**, v.15, n.1, p.17-25, 2009.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui.**, v.31, n.3, p.443-466, 2005.

WEITT, R.R. Sistema de referência e contra referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.13, n.1, p.19-23, 1992.

## ANEXO 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS



*Comunicado aos gestores do Colegiado de Gestão Regional Polo Cuesta*

### **FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTOS DE PACIENTES EM MASTOLOGIA**

Triagem de mastologia - diariamente com livre demanda para os casos suspeitos de câncer de mama, sendo que o prazo de agendamento não deverá exceder 7 dias.

Excepcionalmente nesses casos, o agendamento poderá ser feito via telefone no ramal 38116177 (8:00 às 11:00 h e 14:00 às 17:00). A consulta será agendada no ambulatório MION.

#### Critérios para agendar triagem:

- encontro pelo paciente (auto exame) ou por profissional de saúde de nódulo em mama.
- não é preciso a realização de nenhum exame e não é desejável que se faça a punção aspirativa.

#### Após o diagnóstico:

⇒ Nódulo benigno - caso o município tenha condição de realizar os exames solicitados (mamografia e ultra som) poderá realizá-los no município. Para os municípios que não tenham essa condição, o seguimento continua na UNESP, mesmo para esses casos.

⇒ Nódulo suspeito ou maligno - seguimento todo será realizado na UNESP.

Botucatu, 10 de novembro de 2010. (**obs:** atualização de telefone em 2012)

Prof. Dr. Emílio Carlos Curcelli (Superintendente do HC)

Equipe da Mastologia e Oncologia, Central de Vagas e Interlocutora do HC / CGR.

## APÊNDICE 1

### INSTRUMENTO DE PESQUISA DE CAMPO

Município: \_\_\_\_\_ População: \_\_\_\_\_

Abrangência do serviço: \_\_\_\_\_

Cobertura do serviço: \_\_\_\_\_

Há disponibilidade de laboratório clínico?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ O serviço é terceirizado? \_\_\_\_\_

Há disponibilidade de serviço de mamografia?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ O serviço é terceirizado? \_\_\_\_\_

Há disponibilidade de serviço de ultrassom?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ O serviço é terceirizado? \_\_\_\_\_

Há disponibilidade de serviço de raio-x?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ O serviço é terceirizado? \_\_\_\_\_

Há disponibilidade do serviço de punção?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ O serviço é terceirizado? \_\_\_\_\_

Existe médico mastologista?

( ) não

( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ Atende pelo SUS? \_\_\_\_\_

Os exames necessários são garantidos a todos? O tempo de realização desses exames tem sido satisfatório?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Há disponibilidade de transporte público para o paciente, caso seja necessário?

---

---

O transporte é disponibilizado em casos de:

( ) tratamentos (quimio/radioterapia)

( ) dispensação de medicação

( ) realização de consultas

( ) realização de exames

( ) casos de internação/ cirurgia

( ) outro \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

---

Quais as principais facilidades e necessidades do serviço, em cada linha de cuidado?

(Nesse item deve ser considerado o acesso do paciente aos serviços, a disponibilidade de laboratórios, transporte, agendamento, serviços de referência e contra-referência pré-existent, etc)

| <b>Apoio diagnóstico e terapêutico (serviços)</b> |                     |
|---|---------------------|
| <b>Facilidades</b>                                | <b>Dificuldades</b> |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
| <b>Acesso e disponibilidade de Medicamentos</b>   |                     |
| <b>Facilidades</b>                                | <b>Dificuldades</b> |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |

| <b>Médicos Especialistas (Mastologista / G.O.)</b> |                     |
|--|---------------------|
| <b>Facilidades</b>                                 | <b>Dificuldades</b> |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |
|  |                     |

| <b>Outros Serviços</b> |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>Facilidades</b>     | <b>Dificuldades</b> |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |
|                        |                     |

Quais os serviços de referência existentes? Há contra-referência ?

---



---



---

Cumprimento da pactuação estabelecida na PPI

---



---



---

Sugestões de melhoria:

---



---



---



---



---

## ENTREVISTAS

### ENTREVISTA 1

**Pesquisadora:** “Qual a abrangência do municípios? Quais as cidades que vocês cobrem?”

**Informante1:** “A gente não atende outros lugares; está vindo muita gente do Paraná, de outros municípios, mas falando que mora aqui. E não podemos negar assistência, então a gente atende.”

**Pesquisadora:** “Então aqui não é referência para nenhuma outra cidade?”

**Informante1:** “Não. Só Cidade1.”

**Pesquisadora:** “E este serviço cobre o município todo?”

**Informante1:** “A cidade inteira. Temos 6 unidades distribuídas pelo município, cada bairro tem a sua área de abrangência. Embora este serviço seja de especialidade, então a cidade inteira passa por aqui.”

**Pesquisadora:** “Os serviços de raio-x, mamografia e ultrassom são realizados aqui ou fora da cidade?”

**Informante1:** “Raio-x e ultrassom é feito aqui. E mamografia, no Centro de Mamas, e na UNESP, que a gente encaminha de quarta-feira. Eles deixaram um dia só pra gente. Raio-x e ultrassom é feito na Santa Casa, a gente não tem nem na Unidade de Saúde, encaminhamos pra lá.”

**Pesquisadora:** “Então é terceirizado, mas realizado dentro do município?”

**Informante1:** “É, no município.”

**Pesquisadora:** “E há laboratório aqui para realizar os exames laboratoriais?”

**Informante1:** “Sim, temos laboratório aqui.”

**Pesquisadora:** “No instrumento, houve a citação de exames como uma facilidade. O que vocês consideram como facilidade na realização dos exames?”

**Informante1:** “É que, de um ano pra cá que informatizou?”

**Informante2:** “Foi.”

**Informante1:** “O laboratório foi informatizado, então os exames de sangue, urina que demoravam 15 dias pra agendar e colher, passou a ser de um dia pro outro. Hoje se eu preciso de um hemograma urgente, eu colho de manhã, a tarde está pronto. No mesmo dia. Então a gente conseguiu agilizar isso; em uma semana eu tenho todos os exames prontos. Os alterados a gente já convoca, o paciente passa no médico e a gente já resolve.

E no distrito daqui, a própria unidade colhe sangue e então encaminha para cá. Se é preciso colher um sangue urgente, no dia seguinte o paciente vem cedo em jejum e é

colhido. E o nosso laboratório é aqui do lado, então a gente já encaminha o paciente ali e já colhe.”

**Pesquisadora:** “As unidades também fazem coleta de sangue?”

**Informante1:** “Quatro delas; temos duas que reformaram e ainda não estão fazendo a coleta, mas já tem até a sala pronta para fazer e nós vamos implantar.”

**Pesquisadora:** “É feito algum tipo de contra-referência dos serviços para vocês?”

**Informante1:** “Então, quando é na mamografia no caso, a gente encaminha o paciente, ele faz o exame. A gente já teve situação do paciente nem vir embora; já foi detectado na hora que uma mulher tinha uma alteração e ela ficou lá. E a gente já teve situação de ligarem falando ‘eu preciso que convoque fulana de tal’ pra uma consulta aqui na UNESP. Mas assim, a gente também tem o Projeto de lá, que era bom; mas hoje não é mais... Da UNESP não do Centro de Mamas, que eu tenho uma demora nos resultados, eu chego até 5 meses receber resultado de mamografia. Tem que ficar ligando, cobrando...”

**Informante2:** “Ás vezes tem extravio dos exames e nem chega.”

**Informante1:** “É, as vezes extravia e não chega.”

**Pesquisadora:** “E como que são selecionados os pacientes que vão para o Projeto ou para o Centro de mama?”

**Informante1:** “No Centro de mama é agendado. Então, por exemplo, eu tenho uma paciente que tem disponibilidade de ir qualquer dia, então ela fala ‘ah, eu prefiro ir amanhã’, ela vai e já resolve. E tem aqueles que já estão acostumados com o Centro de Mama, então agendam um dia, e já pedem licença no serviço, continuam fazendo lá. Agora, quem nunca fez e quer fazer; e não tem problema com dia e hora, a gente encaminha pra UNESP que é toda quarta-feira; é demanda livre.”

**Pesquisadora:** “E como são selecionados quais serão estes pacientes?”

**Informante2:** “São agendados trinta.”

**Informante1:** “Eu posso encaminhar trinta por semana. Mas parece que agora municipalizou a UNESP, então agora até a folha do encaminhamento é a mesma do Centro de Mamas. Eles deixaram o fluxo pra gente de quarta-feira, de até 30 mulheres.”

**Pesquisadora:** “Então antes era Projeto, e agora...”

**Informante1:** “Agora eu acho que é tudo a mesma coisa. Só o lugar é diferente, mas a demanda que eu posso mandar é de 30 mulheres.”

**Pesquisadora:** “São 30 mulheres, para a mamografia?”

**Informante1:** “Pra mamografia.”

**Pesquisadora:** “E se precisar de mastologista?”

**Informante1:** ““É livre demanda. É até combinado que, por exemplo, se eu estou atendendo uma moça, de 30 anos, e vejo que ela tem alguma alteração, nódulo, alguma coisa; de segunda-feira eles tem uma demanda específica pra atender essas alterações urgentes. Eu posso só fazer uma cartinha e encaminhar que eles atendem na hora.”

**Pesquisadora:** “Em relação às metas da PPI, que é a Programação Pactuada Integrada. Vocês sabem o que são as metas?”

**Informante1:** “A gente nem fica por dentro dessas coisas, mas tem a responsável pelo setor de saúde, se você quiser conversar com ela.”

**Pesquisadora:** “Mas as metas são repassadas pra vocês?”

**Informante1:** “Só é pedido um relatório quantitativo para por na audiência pública, do quanto a gente fez. Mas não do que a gente tem que fazer.”

**Pesquisadora:** “É retrospectivo, do que foi feito?!”

**Informante1:** “Isso.”

**Pesquisadora:** “E vocês tem algum sugestão?”

**Informante1:** “Uma das nossas maiores dificuldades realmente é essa. Tanto da mamografia, quanto do Papanicolau, que é essa demora na entrega dos resultados. A gente já fez uma reclamação uma vez com a articuladora da atenção básica. Ela era do Estado, mas ela visita também os municípios para resolver esses problemas. E ela foi na UNESP saber o que acontecia. Lá eles falaram que eles recebem os exames, fazem tudo no dia que eles recebem, mas não tem quem digite o resultado pra encaminhar pro município; não tem digitador. Acho que nesse ano mesmo eles contrataram duas pessoas, ou realocaram duas pessoas, pra conseguir digitar, porque todos os municípios estavam reclamando e a gente tinha demora de 5 meses para chegar o exame”

**Pesquisadora:** “Há demora no agendamento ou na a realização dos exames?”

**Informante1:** “Não tá demorando. A Maria, do agendamento aqui, da recepção, faz os agendamentos. Ela liga hoje e é daqui uns quinze dias no máximo.”

**Informante2:** “Ela já tem todas as datas que podemos ir, então é só mandar a relação com as 30 pessoas que vão..”

**Informante1:** “Não é difícil agendar, só é complicado por ser muito longe.”

**Informante 2:** “É só a demora do resultado do exame.”

**Pesquisadora:** “E essa demora do resultado é de quanto tempo mais ou menos?”

**Informante 1:** “Uns 40 dias eu acho.”

**Informante 2:** “Às vezes demora até dá 60 dias.. Papanicolau tem alguns de Setembro que não chegaram ainda.”

**Informante 1:** “Então depende muito. Eles falam 30 dias, mas às vezes demora um pouquinho mais pra chegar de lá.”

## **ENTREVISTA 2**

**Pesquisadora:** “Onde são realizados os exames de mamografia?”

**Informante3:** ““Para a UNESP eu não estou mandando mais; já faz mais de um ano. Porque teve resultado de pacientes que nem chegou a vir e aí ficamos sem saber o que explicar para o paciente. Então parei de mandar. O que é feito na Santa Casa (Centro de Diagnóstico de Doenças da Mama); vem certinho, é super rápido. Tivemos a Campanha do Outubro Rosa agora, mas sempre tivemos mamografia à disposição da mulher acima de 40 anos.”

**Pesquisadora:** “Faz na Santa Casa daqui ou em Botucatu?”

**Informante3:** “Na de Botucatu. Mas é super rápido o agendamento”.

**Pesquisadora:** “É na Santa Casa ou no Centro de Diagnóstico de Doenças da Mama?”

**Informante3:** “O papel que vem para gente é da Santa Casa, mas a mamografia é feita no centro da mama e é de lá que vem a foto.”

**Pesquisadora:** “E como é o agendamento dos exames?”

**Informante3:** O acesso sempre foi bem fácil. Acima de 40 anos vem aqui com a gente mesmo; a gente preenche o pedido. Quando a mulher tem acima de 40 anos vem aqui com a gente mesmo, a gente preenche um pedido e manda para a Cidade2, para Dona Maria e ela agenda super rápido... Em uns quinze, vinte dias já vem agendado.”

**Pesquisadora:** “É agendado na hora e realizado dali 15, ou 20 dias é isso?”

**Informante3:** “Isso. Fica pra dali uns 15 dias.”

**Pesquisadora:** “E pra chegar o resultado, quanto tempo demora?”

**Informante3:** “O resultado demora mais ou menos uns 20 dias, 30 dias. É bem fácil; essa (do Centro de Mamas) vem com a foto, tudo certinho, e o laudo também. É bem correta mesmo. E a mulher com menos de 40 tem que passar no médico, pra ele solicitar porque enfermeira não pode, então passa com ele; ele solicita e também é a mesma coisa; é rapidinho.”

**Pesquisadora:** “Em relação à contra-referência, vocês tem alguma resposta do serviço?”

**Informante3:** “Não, da UNESP não. Aqui teve uma senhora que deu um problema mas eu só fiquei sabendo porque ela contou. Porque eles ligaram direto pra ela; ela foi lá para a consulta e acho que fez até punção. Mas eu fiquei sabendo por ela. Pelo menos foi assim aqui; foi esse caso que a gente teve.”

**Pesquisadora:** “E quando precisam da mastologista, vocês também encaminham pra lá?”

**Informante3:** “Isso, também. Mas a UNESP mesmo não liga nem pra gente pra gente chamar o paciente, eles ligam direto; que foi o que aconteceu com ela. Eu só fiquei sabendo mesmo porque ela contou. Eles não ligam nem pra gente avisar o paciente, eles ligam direto. Mas eles nunca ligaram aqui avisando, nunca veio nenhum papel...Nada. Às vezes o médico mesmo nem sabe, porque o paciente não sabe explicar o que realmente que está acontecendo. Seria bom, mas não acontece.”

**Pesquisadora:** “Como é o transporte para esses exames?”

**Informante3:** “Tem o ônibus que vai todos os dias pra UNESP. Tem dois horários: às 5 da manhã e às 10 horas. Daí quem vai fazer mamografia, que é sempre na parte da tarde, vai no ônibus das 10. Mas deixa no lugar certinho e depois pega também. Então não dá para reclamar. “

**Pesquisadora:** “Você tem alguma sugestão de melhoria?”

**Informante3:** “A única coisa é que algumas mulheres reclamam um pouco, comentam, que lá eles não fornecem atestado; no Centro da mama. E eu acho que seria bom, porque aqui tem muitas mulheres que trabalham nas fábricas, e se elas faltam um dia, elas perdem cesta básica... Perdem um bônus que eles tem. Então faz falta. Eu acho que seria bom se fornecessem o atestado. Uma funcionária que trabalhava saqui foi uma vez, e eles não deram o atestado. Mas a gente entende e não teve problema, já a fábrica não quer saber.”

### **ENTREVISTA 3**

**Pesquisadora:** “Quanto à abrangência, o município é referência para alguma outra cidade?”

**Informante4:** “Não, não é referencia, só Cidade1.”

**Pesquisadora:** “E os serviços cobrem 100% do município?”

**Informante4:** “Sim, atendemos 100%.”

**Pesquisadora:** “Quantos são os serviços de saúde daqui?”

**Informante4:** “São só os dois postos.”

**Pesquisadora:** “Os serviços de raio-x e ultrassom são realizados no município ou são encaminhados para fora?”

**Informante4:** “Eles são terceirizados. O ultrassom, vem um pessoal e faz aqui. Uma vez por mês a gente separa uma sala e vem um pessoal e atende à demanda do mês, que são 70 encaminhamentos.”

**Pesquisadora:** “E da onde vem?”

**Informante4:** “De Botucatu. A Clínica vem e faz cerca de 50 à 70 ultrassons. Mas fazem apenas da parte superior do corpo. ”

**Informante5:** “É dos membros inferiores eles não fazem, então quando é assim nós encaminhamos.”

**Informante4:** “Isso.”

**Pesquisadora:** “E este serviço é terceirizado, mas é do SUS?”

**Informante4:** “Sim, nos dois casos nossos eles são terceirizados. É do SUS, mas é pago pela prefeitura daqui. Tanto que cada ultrassom que a gente faz, nós ficamos sabendo do valor que custa.”

**Pesquisadora:** “A mamografia e a punção são realizadas em Botucatu?”

**Informante4:** “Em Botucatu.”

**Pesquisadora:** “E vocês tem mais alguma referência?”

**Informante4:** “Só Botucatu, no Centro de Mamas.”

**Pesquisadora:** “E só no Centro? Vocês não tem referência para a UNESP?”

**Informante4:** ““Se vier alterado, a gente encaminha pra UNESP, caso contrário para o Centro de Mamas.”

**Pesquisadora:** “E quando precisa de mastologista?”

**Informante4:** “Encaminhamos para a UNESP.”

**Pesquisadora:** “Vocês tem alguma dificuldade pra encaminhar?”

**Informante4:** “Não. Eles nunca deixaram de atender ninguém.”

**Pesquisadora:** “Há transporte para esses pacientes?”

**Informante4:** “Sim. Saem dois ônibus; às 7 da manhã e ao meio dia. E geralmente eles vão lotados.”

**Pesquisadora:** “Em relação à contra-referencia, vocês tem alguma resposta? Por exemplo, o exame de mamografia, ele volta pra cá?”

**Informante4:** “Sim. E aí a médica cuida aqui mesmo.”

**Pesquisadora:** “E se der alguma alteração, ou tiver que fazer punção ou cirurgia; também há esse retorno?”

**Informante4:** “Tem sim, porque de qualquer maneira vem na via do paciente; então mesmo que dê alterado, a gente vai ter acesso ao resultado. E às vezes a gente liga e pergunta, e a paciente fala que já está em tratamento na UNESP, e acaba ficando lá. Mas a gente sabe o resultado, a gente liga pra saber. Foi assim também no caso de câncer de colo de útero que teve; que veio o resultado pra gente. O NIC estava bem alterado, então nós ligamos e eles avisaram que continuaria acompanhando por lá.”

**Pesquisadora:** “E vocês tem alguma informação sobre as metas da PPI? Há essa pactuação?”

**Informante4:** “Eu acredito que não. Eu perguntei, no dia que fui responder, para a secretária da saúde, e ela pediu para que eu respondesse que sim (há estabelecimento de metas); mas eu acredito que não tenha.”

**Pesquisadora:** “Mas não é repassado a vocês?”

**Informante4:** “Eu não sei a meta, a quantidade. Eu sei que é solicitada muita mamografia aqui. A gente faz em média 4 mutirões no ano. Uma vez a cada dois, três meses; sem contar a livre demanda. Eu mesma faço o pedido. Eu e a médica, então as pacientes tem assistência. Elas sabem quando está na época de fazer, então elas vem e fazemos o pedido. No mutirão também fazemos bastante, cerca de 40 à 50 mamografias por vez.”

**Pesquisadora:** “Uma das dificuldades levantadas no instrumento; foi em relação às pacientes chegarem ao serviço quando os casos já estão um pouco mais avançados. Por que vocês acham que isso acontece?”

**Informante5:** “Nós orientamos bastante o paciente, como prevenção. Quando a paciente sai do ginecologista a gente pergunta. Até orientar o paciente, o agente comunitário também orienta, mas há uma resistência cultural, onde as pessoas já vem de fora com aquela coisa ‘porque é município pequeno, a informação vai vazar’. É um pensamento muito fechado, onde acham que porque todo mundo se conhece, vai vazar informação. É uma coisa cultural, que não tem como mudar. Só com informação mesmo, orientação; mas infelizmente é uma barreira que está difícil de quebrar. Infelizmente.”

**Pesquisadora:** “No instrumento, vocês falaram sobre o horário de funcionamento da farmácia. Qual a mudança desse horário?”

**Informante4:** “A maioria das pessoas daqui são trabalhadores rurais, então eles trabalham até tarde. Antes eles chegavam e não tinham acesso ao remédio... Há uns dois anos a farmácia não ficava aberta até as 7, e agora fica; com a farmacêutica e tudo certinho. Então facilitou para gente e para população.

Há um mês, a farmácia está sendo aberta de segunda á sexta; mas ela era aberta de segunda á segunda. Não fechava no final e semana. As pessoas tinham acesso aos remédios nos nossos plantões que é das 7 as 19. Infelizmente agora não estamos mais abrindo de final de semana, por motivos políticos.”

**Pesquisadora:** “Isso gerou alguma mudança?”

**Informante4:** “Sim, com certeza. Eles reclamaram muito.”

**Pesquisadora:** “A medicação de alto custo e quimioterapia, é retirada aqui mesmo no município?”

**Informante4:** “Sim. Vem tudo pra cá.”

#### **ENTREVISTA 4**

**Pesquisadora:** “Como funciona a livre demanda?”

**Informante6:** “Os casos que são graves são feitos pelo médico no próprio dia e o resto aguarda vaga, que geralmente fica pro outro ano, e segue com o tratamento de rotina. Fica fazendo o acompanhamento de rotina e volta pro posto, já que é o posto que encaminha. Os pacientes que têm câncer e são diagnosticados, já começam fazer o tratamento aqui. O médico já faz ultrassom e a mamografia no dia mesmo. Mas isso para esses casos urgentes; mas as outras pessoas tem que esperar vaga.”

**Pesquisadora:** “E para esperar vaga, eles têm que ficar tentando ligar?”

**Informantes6:** “Sim, eles que ligam. O que aconteceu esse ano: todos tiveram que ir pro posto de saúde marcar o exame pro ano que vem. Por exemplo, foi orientado que todos os exames de imagem e consultas fossem marcados pro ano que vem, tudo via posto de saúde do próprio município. Porque com o novo sistema demora dois minutos cada marcação, então o paciente chegaria as 7 horas da manhã e iria embora no final da tarde. Então, pra melhorar o atendimento, eles fizeram a próxima marcação para o início de 2013, mas via posto de saúde. Não tem vaga pra todos realizarem os exames, então eles dão preferência às urgências e emergências que são feitas no dia, ou na mesma semana, para ir pra cirurgia. Já os que são só acompanhamento, vão para lá. “

**Pesquisadora:** “E quanto tempo demora a realização do exame em si?”

**Informantes6:** “O exame é realizado dentro do ano. Então quando o médico dá ‘voltar em um ano’, um mês antes da consulta, do dia da consulta, é realizado o exame. É controlado assim. E quando é urgente por exemplo, próprio médico faz ou vai atrás e pede com urgência.”

**Pesquisadora:** “E entre marcar e realizar o exame?”

**Informantes6:** “Às vezes demora até 6 meses. Quando é urgente a gente consegue em um mês. Se é antes da consulta, por exemplo, ele tem retorno em um ano, ele só vai conseguir um mês antes do retorno. Na livre demanda vem muita gente. E o posto de saúde também manda todo mundo para cá. Então aqui o médico tria se é caso cirúrgico e vai precisar dessa mamografia e desse ultrassom urgente, ou se é caso de controle. Quando o caso é só para controle, ele realiza o exame e volta para o posto. Nesse caso, se ele marcar por exemplo retorno em 6 meses, um mês antes da consulta é realizado o exame. Eles conseguem controlar nesse sentido, de ter exame para um mês antes. Ou o paciente volta

para o município e tenta marcar por lá. Em alguns casos, as pessoas voltam para o município ou algumas fazem particular. Não esperam a UNESP agendar.”

**Pesquisadora:** “E quantas vagas há para a realização desses exames?”

**Informantes6:** “Não sei. Tem um número de quanto eles deveriam fazer por dia, mas que não conseguem fazer. Mas é bastante. Eles fazem bastante mamografia. Mas mesmo assim, se eu preciso de uma vaga daqui dois meses, não tem; demora pra conseguir.”

**Pesquisadora:** “E a referência para mastologista é só para a UNESP?”

**Informantes6:** “É só na UNESP.”

**Pesquisadora:** “Não encaminha pra lugar nenhum?”

**Informantes6:** “Não. Porque o serviço público, encaminha tudo pra cá. Eles não tem mastologista. Quando volta é pro ginecologista.”

**Pesquisadora:** “Vocês não tem referência com Centro de Diagnósticos de mama? Não podem encaminhar para lá?”

**Informantes6:** “É feito lá também. Mas lá cobre os municípios não cobre a UNESP. Eles cobrem todos os municípios, por exemplo quem é de São Manuel; Botucatu... Mas quem pede os exames é o ginecologista, eles não tem médico especialista. Pelo menos eu não vi nenhum lugar que tenha especialista em mastologia. O posto faz só a triagem de rotina, as alterações eles não tem condições de fazer o tratamento no posto e encaminham pro centro de referência, na UNESP.”

É feito no Centro, mas via posto de saúde. Toda rede pública é feita lá, mas é só o controle, os casos normais. Se der alguma alteração, é encaminhado para a UNESP

Pelo ministério, todas as pessoas tem o direito de fazer mamografia. Então quem faz na rede pública faz lá no Centro de mama.”

**Pesquisadora:** “E quando dá alteração?”

**Informantes6:** “Dá alteração, ele vem pra cá. Pro centro de referência, pra tratamento. Não vai pra lá. É bastante, nós cobrimos varias regiões aqui. Mas é sempre cheio, tanto é que você vai lá no Centro de mamas e é lotado. Toda manhã é lotado, vem ônibus trazendo paciente para fazer exame lá. Mas só fazem o acompanhamento normal, que segue com o ginecologista. Se der alteração, eles encaminham para o Centro de referencia que é a UNESP.

Por isso que aqui fica sobrecarregado, porque tem que repetir os exames. Fazer o ultrassom ou repetir pra ir pra cirurgia, e às vezes não tem vaga.

Tem a livre demanda, que são as pessoas que nos procuram de vários lugares e não consegue consulta no posto com o ginecologista; e tem a demanda que vem direto do Centro de Mama. A livre demanda é de pessoas que a consulta é espontânea; apareceu um

caroço, um nódulo, alguma coisa, vem direto aqui, não procura o posto de saúde primeiro. Mas o que eu vejo é que vem muitos pacientes com alguma inflamação, de glândula mamaria, vem de tudo pra cá. Não vem só câncer, vem todas as doenças da mama. E encaminhamentos que são de triagem mesmo, que é do posto de saúde que encaminha pra cá e que entra da triagem.”

**Pesquisadora:** “E você tem alguma sugestão?”

**Informantes6:** “Deveria ter mastologista no posto de saúde eu acho. Na UPA (unidade de pronto atendimento) deveria ter mastologista e não tem. Tem ginecologista e obstetra. Eu não vejo nos centros mastologia. Eu acho que falta estrutura fora da UNESP, porque assim talvez só viesse os tratamentos cirúrgicos, e não é tudo que vem que é cirúrgico. Então se tivesse uma triagem de mastologia no posto de saúde que fosse livre demanda, não iria sobrecarregar aqui. Às vezes vem paciente com alguma inflamação de glândula mamaria... Então não vem só câncer, vem todas as doenças da mama.

## **ENTREVISTA 5**

**Pesquisadora:** “Entre as dificuldades, você tinha citado a divulgação nos postos de saúde, na estratégia de saúde da família. O que você quis dizer com isso? “

**Informante7:** “Muitas vezes os postos não encaminham e não divulgam que não necessita do médico para fazer uma mamografia. Não tem uma solicitação; a paciente pode se dirigir direto ao centro da mama e solicitar sua mamografia, sem precisar do encaminhamento. Isso muitas vezes não é divulgado. Assim como muitas vezes, a equipe de enfermagem nos postos e os próprios médicos, também divulgam de uma maneira errônea. O que é uma maneira errônea? Mandam pra cá mamografia para mulheres abaixo de 40 anos de idade. A menos que tenha um histórico familiar, que tenha uma justificativa, ou tenha um achado importante, não temos protocolo pra isso.

Então essas informações deveriam ser melhor passadas para as equipes dentro das unidades de saúde. Isso acaba dificultando; porque tem muito paciente que chega aqui e volta. Além do que, temos uma questão da dificuldade dos postos que não orientam bem os pacientes. Ou seja, o paciente chega aqui sem os exames anteriores, mas com um ultrassom que solicita uma verificação em 6 meses no caso de algum achado; mas se é um exame comparativo, eu não posso comparar um exame sem o outro. Essa falta de informação acaba tendo um prejuízo para a comunicação e divulgação mesmo do trabalho.“

**Pesquisadora:** “No Centro, vocês tem médico mastologista?”

**Informante7:** “Embora sejam obstetras e ginecologistas, os dois são mastologistas. Os dois dias que nós fazemos ambulatório aqui, nós fazemos com o mastologista.”

**Pesquisadora:** “E o paciente sai com laudo de tudo o que foi feito?”

**Informante7:** “Hoje o nosso paciente já sai daqui com a mamografia laudada; e o ultrassom laudado. Ela só é encaminhada para a UNESP, por exemplo, quando é um caso cirúrgico ou que precise de biopsia; que precise investigar melhor. A medida que o Sorocabana está fechado, nós não temos mais aonde operar. Até um ano e meio atrás, quando existia o Sorocabana, nós mesmos fazíamos as biópsias e encaminhávamos para a cirurgia. A própria equipe operava.

Até ano passado, junho de 2011, nós operávamos, mas hoje não temos mais onde operar porque o nosso mastologista não pertence ao corpo clínico da UNESP e assim não pode operar lá. Hoje nós temos que encaminhar os pacientes: ou pra UNESP ou pra Jaú, que são as nossas referências. Depende da localização geográfica da residência dessa paciente, nós vamos encaminhar ou para pra Botucatu, na UNESP, ou para Jaú.”

**Pesquisadora:** “A referência é baseada na localização geográfica? Há um limite de vagas para mandar?”

**Informante7:** “Nós mandamos todas as pacientes, não temos limite pra mandar. Até porque, é importante, que não tenha. Uma paciente com câncer de mama requer urgência; não dá para esperar. Às vezes há pacientes que não dá pra esperar mais que 60 dias pra cirurgia.”

**Pesquisadora:** “E na referência da UNESP, os exames são realizados lá?”

**Informante7:** “Nós encaminhamos o paciente com o ultrassom e a mamografia, já laudada para a triagem da mastologia da UNESP.”

**Pesquisadora:** “E a paciente passa pela triagem de novo?”

**Informante7:** “Sim, passa pela triagem de novo. Até um tempo atrás nós mandávamos o paciente com os exames, as biópsias já com os resultados, o histopatológico... Mandávamos até o bloco de parafina às vezes.”

**Pesquisadora:** “E onde eram feitos esses exames?”

**Informante7:** “Nós temos um laboratório de apoio em Sorocaba, para o qual que nós encaminhamos.”

**Pesquisadora:** “Vocês ainda tem esse apoio do laboratório?”

**Informante7:** “Sim, nós temos este laboratório de apoio ainda. Mas nós deixamos de mandar em alguns casos para UNESP, já com a biopsia, porque chegando lá eles refazem os exames. Então nós temos dois custos pra um único paciente. Assim, vamos minimizar o custo. Não é o custo nosso, é o custo SUS; nossa rotina aqui é toda SUS. Para que fazer um exame, que vai ser refeito? Por isso a gente manda só com o que não vai ser feito, que é a mamografia e o ultrassom; porque esses são exames que se forem refeitos, não terão

agregado um custo muito maior. Embora tenha o custo da mamografia, que é um custo alto, mas esses normalmente não são refeitos; as biópsias sim.”

**Pesquisadora:** Fora isso, tem alguma dificuldade que você encontre? Alguma sugestão?

**Informante7:** “O principal fator de dificuldade nosso hoje, é a divulgação; mas nós também temos um outro problema que é um entrave: nós estamos agora em final de ano, em Dezembro baixa muito o número de paciente, por que as prefeituras, mudando de gestores, acabam segurando o transporte. Então não tem transporte para trazer as pacientes. Isso não deveria acontecer, porque não é uma brincadeira. Uma paciente que tem uma queixa mamaria, não pode esperar, porque se for o caso de um câncer... Em três meses nós estamos falando que este tumor, se existe um tumor, quase dobrou de tamanho. Perto de 200 dias aproximadamente ele dobra de tamanho, então em 90 dias ele já está na metade do tamanho que vai chegar. Não é possível esperar. São coisas que atrapalham a rotina das pacientes.”

Em relação à UNESP, nós não temos grandes dificuldades. Todas as pacientes que nós encaminhamos pra lá são atendidas e são operadas. Muitas vezes, óbvio, pelo volume da UNESP, ela entra numa fila de espera e espera um pouco, mas ela vai ser operada. Tem todo o suporte e, mesmo quando operada, nós utilizamos a referencia de quimioterapia e de radioterapia da UNESP, porque não temos outra.”

**Pesquisadora:** “E quando o paciente é operado em Jaú, a quimioterapia e a radioterapia são lá também?”

**Informante7:** “Ficam em Jaú e lá que eles sediam tudo. Então nós encaminhamos o paciente pra lá e o paciente deixa de ser nosso, digamos assim, e passa a ser daquela referência. Assim como da UNESP; a paciente só volta pra cá depois de um período, se ela precisar fazer uma mamografia ou ultrassom pós-operatório. Mas provavelmente ela já fica na UNESP também.”

**Pesquisadora:** “Vocês tem alguma resposta da UNESP? Alguma contra-referência?”

**Informante7:** “Nenhuma paciente nossa que é encaminhada para a UNESP, nós temos qualquer comunicado do que foi feito com essa paciente. Se ela foi operada, se não foi, se está na fila de espera, se foi feito uma cirurgia conservadora ou uma cirurgia mutiladora. Nós não temos nenhum histórico mais dessa paciente; só sabemos dela quando ela volta seis meses, um ano depois da cirurgia; que ela volta pra fazer mamografia; porque aqui ela encontra uma facilidade pra fazer isto; e ela encontra facilidade porque ela consegue agendamento rápido aqui pra fazer a mamografia, então normalmente ela volta mas nessa circunstancia. Mas um comunicado, uma contra-referência; não. A gente perde a paciente quando ela vai pra UNESP.”

## **ENTREVISTA 6**

**Pesquisadora:** “Qual o tempo de espera para agendar e realizar os exames?”

**Informante8:** “Não tenho muita certeza, porque eu faço o pedido, encaminho, e as meninas lá da frente que marcam. Mas não demora muito, tempo é satisfatório.”

**Pesquisadora:** “Há contra-referência? Ou algum tipo de resposta pra onde vocês mandam?”

**Informante8:** “Quando o paciente vai fazer mamografia sim, os exames voltam certinho com a resposta. Mas se há alguma alteração e eles são encaminhados pra UNESP, não. A gente não tem resposta nenhuma da UNESP.”

**Pesquisadora:** “As metas da PPI são repassadas para os profissionais?”

**Informante8:** “Não. A gente não em uma cota, nem um limite, pode mandar o quanto for necessário. Mas não tem um número certo do que tem que fazer.”

**Pesquisadora:** “No instrumento, há uma dificuldade relatada de que os pacientes procuram o serviço nos estágios mais avançados. Por que você acha que isso acontece?”

**Informante8:** “Não vejo muita campanha. Eu acabo não mandando muito paciente, poderia mandar mais; mas tem um certo desinteresse da equipe, da prefeitura... É uma coisa que aqui eu não vejo muito; não correm muito atrás.”

**Pesquisadora:** “Você tem alguma sugestão?”

**Informante8:** “Talvez de fazer mais campanhas. Mas o serviço aqui funciona muito bem. Eu trabalho em outros municípios e nos outros sim é complicado de se trabalhar. Não temos respostas, os exames demoram muito para agendar, às vezes não tem nem para onde encaminhar o paciente. Mas aqui funciona bem, não tem muito do que reclamar.”

## **ENTREVISTA 7**

**Pesquisadora:** “Sobre a abrangência e a cobertura do serviço; o serviço daqui só atende pessoas do município ou há alguma referência pra fora?”

**Informante9:** “Aqui não é referência pra outros municípios, mas eventualmente a gente recebe mulheres que às vezes estão hospedadas na casa de algum paciente nosso. Às vezes é tia, parente de fora, pessoas que vem passar uma temporada e aproveitam para fazer alguns exames por aqui... Então eventualmente a gente também atende pessoas de outros municípios.”

**Pesquisadora:** “Qual o tempo de agendamento dos exames?”

**Informante9:** “Em média uma semana, 10 dias. A mamografia.”

**Pesquisadora:** “Pra agendar?”

**Informante9:** “Pra agendar.”

**Pesquisadora:** “E o tempo para realizar esse exame?”

**Informante9:** “É logo também. Em média uma semana, dez dias. A mamografia, a gente faz o agendamento, por exemplo dia 20, normalmente o exame já é pro dia 27. A mamografia a gente não tem dificuldade, a gente consegue muito rápido. A gente guarda várias mamografias de vários pacientes e a cada dois dias a gente liga no Centro da Mama e já agenda todas. A mamografia a gente não tem dificuldade, a gente consegue muito rápido. A gente guarda várias mamografias de vários pacientes e a cada dois dias a gente liga no Centro da Mama e já agenda todas. O que a gente tem um pouco de dificuldade é o ultrassom de mama, pelo fato dele ser realizado só pelo médico. Então por exemplo, essa semana a gente está com uns 5 ou 6 pedidos de ultrassom de mamas, que a gente já ligou pra marcar e fomos orientados à ligar de novo só em Janeiro, porque não tem vaga pro ultrassom.”

**Pesquisadora:** “E o ultrassom é feito no Centro de diagnóstico de mamas também?”

**Informante9:** “No centro da mama, no mesmo lugar. A informação que nós temos é que os ultrassons são realizados só por 2 médicos; por isso essa disponibilidade de vaga.”

**Pesquisadora:** “Em relação à contra-referência, vocês tem alguma resposta dos serviços?”

**Informante9:** “Normalmente sim. Quando a gente preenche o anexo 1 por exemplo, do paciente, que vai para a mastologia que é uma especialidade da UNESP e sempre tem vaga, é tranquilo. Tem até uns dias que a gente pode mandar o paciente, é que agora eu não me recordo, mas normalmente vem contra-referenciado o que foi feito com o paciente.

**Pesquisadora:** “Eles mandam então?”

**Informante9:** “Às vezes vem contra-referenciado o que foi feito com o paciente no próprio anexo, na parte de trás. Às vezes, não é comum isso.”

**Pesquisadora:** “E se o paciente tem que fazer algum procedimento mais complexo como biópsia ou cirurgia; também vem essa contra-referencia?”

**Informante9:** “Não, só quando é mais tranquilo. Quando acontecem esses outros procedimentos, normalmente quem vem relatando pra gente o que aconteceu é o próprio paciente.”

**Pesquisadora:** “Os serviços colocados como terceirizados, de mamografia e ultrassom, são fora do serviço?”

**Informante9:** “São. A mamografia, o ultrassom, se precisar fazer as biópsias, retirada, mastectomia... Tudo é feito aqui. Atualmente a nossa referencia é o médico do Centro, que faz tudo. Ele faz a mamografia, faz o ultrassom, e se precisar fazer uma biopsia, ou

encaminhar pra cirurgia pra fazer mastectomia, quimio, ou radioterapia, ele mesmo já encaminha esse paciente direto pra UNESP. Então é tudo feito dentro do município; nenhum exame ou procedimento é feito fora daqui.”

**Pesquisadora:** “nos instrumento há referência ao passe-saúde...”

**Informante9:** “Às vezes algumas pacientes precisam do passe-saúde. E a gente não tem uma disponibilidade desses passes suficiente. A gente recebe, atualmente, 100 passes por mês e a nossa população é muito grande. Então é um número insuficiente para distribuir para os pacientes irem fazer mamografia ou o ultrassom.”

**Pesquisadora:** “E quem controla esses passes? Como vocês decidem quem recebe e quem não recebe?”

**Informante9:** “Sim. Normalmente a gente oferece para pacientes que tem consultas agendadas e exames agendados. Mas como a gente tem um número baixo desses passes, algumas pacientes ficam sem. É fornecido pela Secretaria de Saúde somente 100 passes por mês aqui para unidade e pelo número de pessoas que atendemos isso é pouco.”

**Pesquisadora:** “No instrumento, vocês diziam ter apenas uma referência para a mamografia. Isso por que vocês mandam todas pro Centro?”

**Informante9:** “Isso, todas pro Centro da Mama.”

**Pesquisadora:** “Não tem nada direto pra UNESP?”

**Informante9:** “A gente não manda direto pra UNESP, é tudo feito no Centro da mama. Mesmo porque, algumas vezes que a gente mandou para UNESP, a demora do agendamento era muito grande; por isso a gente acabou estabelecendo esse fluxo de ir tudo pro Centro da mama. Porque lá os agendamentos são mais rápidos.”

**Pesquisadora:** “Você tem alguma sugestão?”

**Informante9:** “Eu acho que essa parte de mamografia, de ultrassom de mamas, funciona muito bem aqui no município, perto de outras especialidades e outros procedimentos. A única questão é a demora no agendamento do ultrassom. Por ficar centralizado só na mão dos dois médicos e ser realizado apenas duas vezes por semana, acaba sendo um pouco mais difícil pra gente fazer o agendamento. Não sei bem se é uma reclamação, mas eu acho que o ultrassom deveria ser feito todos os dias para contemplar um número maior de pacientes. Só isso. Mas o resto é tranquilo.”



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 21 de outubro de 2011.

Of. 475/2011

Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmem Maria Casquel Monti Juliani  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof<sup>ª</sup>. Carmem,

Com referência ao Projeto de Pesquisa - (Protocolo CEP 3988-2011)  
"Câncer de mama: Do sistema de referência e contra-referência aos  
esforços de pactuação pela garantia da integralidade", a ser conduzido  
por Natália Leite Rosa Mori, orientada por Vossa Senhoria, aprovado por  
este colegiado em 03/10/2011, informo:

Foram atendidas de forma satisfatória as condições impostas por este  
CEP, contidas no ofício 463/2011, estando, portanto, o mesmo em  
condições de ser iniciado na Faculdade de Medicina de Botucatu.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução do Projeto,  
apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** *“Câncer de mama: do sistema de referência e contra-referência aos esforços de pactuação pela garantia da integralidade”*

**Pesquisadora** (aluna): Natália Leite Rosa Mori

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Casquel Monti Juliani.

1. **Natureza da pesquisa:** *o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade:* identificar os recursos de saúde disponíveis em municípios de diferentes portes para contribuir com a melhoria da organização do Sistema Único de Saúde na região.
2. **Participantes da pesquisa:** gestores e profissionais da equipe de gestão dos municípios indicados como informantes chave.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a Sra. (Sr.) permitirá que a pesquisadora Natália Leite Rosa Mori proceda a entrevista e levante dados sobre a saúde no município, podendo as entrevistas serem áudiogravadas, com o consentimento do entrevistado. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, ou, se desejar, retirar o consentimento e sua participação, através do telefone da pesquisadora ou do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** Serão realizadas entrevistas individuais ou em grupo, com profissionais indicados, utilizando-se formulário elaborado para esse fim. As entrevistas serão agendadas em data, horário e local conveniente ao entrevistado e ao serviço.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no.196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes para a contribuir com o Sistema Único de Saúde no âmbito regional, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para a construção de protocolos que efetivem o sistema de referência e contra-referência nessas cidades, passando por uma central de interlocução.

8. **Pagamento:** a Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confirmando que recebi cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Orientador

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).

## APÊNDICE 3

### Diário de Campo das Entrevistas

DC1

E1 (em dupla) – Data de realização 23/11/2012

*A entrevista seria realizada com os três informantes da cidade ao mesmo tempo; mas um dos informantes não pôde participar, pois não havia ninguém para ficar em seu lugar durante a entrevista.*

*Houve uma interrupção, por parte de outro funcionário, durante a entrevista, mas acredito que o assunto tenha sido retomado sem que houvesse perda de informações. Era perceptível que um dos informantes tinha maior conhecimento sobre o assunto abordado e, assim, comandou as repostas, havendo pouca participação da outra parte.*

*Todas as dúvidas encontradas no instrumento foram abordadas e esclarecidas. Quando perguntados sobre as metas da PPI, ambos manifestaram certo grau de ansiedade, e para que a entrevista fluísse melhor, expliquei o que eram as metas antes que respondessem a questão. Ainda sim afirmaram que nenhuma meta é divulgada, e que é realizado o levantamento apenas daqui que já foi feito (retrospectivo).*

*Os informantes demonstraram interesse em participar, bem como manifestaram o interesse por ler a pesquisa, na íntegra, quando finalizada.*

---

DC2

E2 (individual)- Data de realização 23/11/2012

*O informante se desculpou por não poder se deslocar do posto e realizar a entrevista em conjunto com as outros. Quando perguntado sobre o encaminhamento das pacientes para a realização do exame de mamografia, demonstrou certo desconforto ao dizer que não referencia mais pacientes para o serviço da UNESP, por não obter resposta de alguns exames realizados na instituição. O informante também enfocou a importância dos atestados médicos que não estavam sendo disponibilizados pelas referências por onde os pacientes passavam; assim, explicando a flexibilidade proporcionada pela metodologia da pesquisa-ação, informei-lhe que esse tema seria abordado com a referência em questão.*

---

DC3

E3 (em dupla)- Data de realização 26/11/2012

*Todos os profissionais do município realizariam a entrevista simultaneamente; mas devido problemas pessoais, um dos informantes não pode comparecer*

*A entrevista ocorreu bem e todas as dúvidas foram facilmente esclarecidas. Quanto às peculiaridades encontradas no Município, os informantes esclareceram o horário de funcionamento da farmácia (que é mantida aberta até as 7 horas da noite); o horário dos atendimentos do posto (que tem uma rotina noturna de atendimentos tanto com a médica, quanto com a enfermeira); e o funcionamento do exame de ultrassom, que é realizado no próprio município uma vez a cada quinze dias, através de uma clínica terceirizada de Botucatu, que transporta os aparelhos para as realização dos exames.*

---

DC4

E4 (individual)– Data de realização 27/11/2012

*O informante me explicou como funciona a rotina do atendimento; e a demora no agendamento causada pela livre demanda. Apesar de enfatizar que todos os casos são passados pela triagem, e que os considerados graves ou suspeitos tem atendimento preferencial, explicou que a demora no agendamento do exame de mamografia e ultrassom pode demorar até 6 meses, e, apesar desses exames também serem realizados em outro serviço, não há comunicação para referenciar os pacientes da triagem para lá, sendo necessário esperar pelo agendamento do serviço de triagem.*

*Para tentar diminuir essa demanda ou distribuí-la entre o outro serviço, os pacientes considerados “normais” seguem a rotina de exames pelo posto de saúde; então retornam à unidade de origem, que tentará novamente fazer os encaminhamentos de mamografia e ultrassom no mesmo ou em outro serviço. Quando a consulta é agendada para o serviço, um mês antes o paciente é chamado para fazer os exames, então se a consulta é agendada para dali 6 meses, 5 meses depois do agendamento, os exames são realizados.*

*Observei que por mais de uma vez, o informante afirmou só haver mastologista no serviço em que trabalha, o que dificultaria a triagem; porém; os médicos que trabalham no outro serviço de saúde de referência também são especialistas em mastologia; o que sugere uma lacuna na comunicação tanto dos serviços quanto dos profissionais.*

---

DC5

E5 (individual)- Data de realização 29/11/2012

*O informante relatou sua insatisfação com a divulgação do funcionamento do serviço de saúde, que poderia gerar uma demanda maior para o serviço e “desafogar” outros serviços nos quais a demanda excede sua capacidade de atendimento. De acordo com o informante, é comum que o número de exames realizados seja menor do que a capacidade do serviço, apesar de exceder, de acordo com ele, o pactuado pelo município. O agendamento dos exames para mulheres acima de 40 anos funciona livre demanda também neste serviço, sem que seja necessário encaminhamento médico ou de enfermeira do serviço de menor especialidade; no entanto, essa informação fica oculta e o agendamento de casos por livre demanda é pequeno. O informante relatou ainda outra possível causa do excedente de vagas: a dificuldade dos municípios em conseguir transporte para os pacientes nos últimos meses do ano e principalmente durante a troca de partidos em anos eleitorais.*

*Quanto ao encaminhamento para o serviço de referência em casos que necessitem de tratamento especializado duas coisas chamaram atenção: a repetição dos exames; que não podem ser adiantados e facilitados pelo serviço, visto que o serviço de sua referência os refaz e gera custo dobrado; e o fato da biópsia, assim como a realização de cirurgia quando necessário, não poderem ser realizados com o médico mastologista do próprio serviço, pelo fechamento do hospital onde estes eram realizados e divergências do corpo clínico do hospital de retaguarda.*

*Sobre a contra-referência; o informante relatou não ter resposta nenhuma tanto do serviço da UNESP, quanto da referência de jáú.*

*Seguindo a lógica da pesquisa-ação, ao final da entrevista; foi exposto ao informante uma dificuldade levantada em entrevista prévia que envolvia o serviço de saúde em questão: o fornecimento do atestado médico para os pacientes que passariam por exames. Sobre este assunto, o informante referiu que há sim a disponibilidade de atestados médicos àqueles pacientes que o solicitam após a consulta e que passam por procedimentos que envolvam o profissional médico; como o serviço de ultrassonografia. Porém, para a realização de procedimentos que não contam com a presença desse profissional, tal quais os exames de mamografia e as consultas agendadas com psicólogo, é fornecida uma declaração do serviço de saúde que atesta o tempo que o paciente ficou*

*no serviço para o atendimento; mas que esta, infelizmente, não é aceita por algumas empresas para justificar a ausência de seus funcionários.*

---

DC6

E6 (individual)– Data de realização 30/11/2012

*O profissional afirmou não ter reclamações á respeito do serviços de saúde para os quais encaminha os pacientes, em especial na linha de cuidado do câncer de mama, por comparar estes serviços à outros para os quais faz referência em outra região; porém não soube informar o tempo de espera para os agendamentos ou realização dos exames.*

*Uma peculiaridade nesta entrevista foi a referência da informante sobre a falta de campanhas e divulgação dos exames relacionados ao câncer de mama. De acordo com o profissional, há desinteresse por parte dos profissionais de saúde na realização de campanhas como um todo, assim como também não é incentivado pela prefeitura o a prática desta ação.*

---

DC7

E7 (individual)– Data de realização 03/12/2012

*O informante descreveu o tempo de realização dos exames de mamografia, e seu agendamento, como bom, relatando apenas ter dificuldades para o agendamento do ultrassom; exame este que estaria demorando cerca de 2 meses para marcar devido à falta de médicos no serviço de referência para realiza-lo, e assim traz como sugestão de melhoria a contratação de novos médicos ou o aumento da carga horária em que estes estariam no serviço, para aumentar também o número de vagas para este exame.*

*Houve uma contradição nas informações quando perguntado sobre a prática da contra-referência; porém foi de entendimento do pesquisador que só há contra-referência quando há necessidade de que o anexo de encaminhamento do paciente retorne ao serviço de origem.*

---

### **Diário de Campo das reuniões**

DC8

28/09/2011

*Primeira reunião com a câmara técnica. O projeto foi apresentado aos coordenadores de saúde presentes. Houve algumas dúvidas sobre a metodologia á ser adotada, mas que acredito terem sido cessadas com a apresentação dos esquemas (figuras) em slides e com a explicação de cada etapa da pesquisa.*

*Os membros presentes concordaram com a execução da pesquisa, contanto que o mesmo também fosse aprovado pelos demais coordenadores na reunião com toda CGR de Botucatu, mas recomendaram que os dados referentes aos recursos disponíveis em cada município fossem recolhidos no site do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e do SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), do DATASUS; e não por meio dos Relatórios de Gestão das secretarias municipais de Saúde; como idealizado inicialmente no projeto.*

---

DC9

05/10/2011

*O Projeto foi levado à CGR por um membro da Câmara técnica, à reunião da CGR do dia 05/10/2011 no Município de Pereiras, onde foi aprovado por unanimidade, conforme ATA encaminhada pelos membros do colegiado.*

---

DC10

09/02/2012

*Após pesquisa nos Sites do CNES e SISMAMA, algumas dúvidas foram estabelecidas sobre o preenchimento de suas informações pelos profissionais de saúde. Assim, entramos em contato com uma das registradoras dos dados do hospital das Clínicas, para entendermos como funcionava o preenchimento dos dados no CNES.*

*A registradora me mostrou parcialmente como era realizado o preenchimento, mas salientou que se o paciente é de um município que não o da cidade de referência, mas utiliza um comprovante de residência deste para se registrar, os dados podem ficar sub ou superestimados. Além disso, não soube me informar como era registrado o paciente que ia a óbito por câncer de mama, já que na maioria das vezes este paciente fica internado por um longo período e o óbito é registrado em causas adjacentes, como infecção hospitalar, por exemplo (CID primário e secundário).*

---

DC11

25/04/2012

*O projeto foi novamente levado à reunião da câmara técnica, realizada no município de Botucatu, onde os dados encontrados foram apresentados aos membros do colegiado. Algumas dúvidas foram levantadas, como a omissão no site do CNES de alguns recursos disponíveis nos municípios, que não condiziam com a realidade relata pelos coordenadores de saúde. Sobre esta questão, levantamos a hipótese dos dados estarem desatualizados quanto, por exemplo, à contratação de novos profissionais e ainda de alguns recursos serem terceirizados, e assim não considerados como recurso do município; e acertamos que reveríamos os dados para que não houvesse mais dúvidas.*

*Outra dúvida levantada foi referente à um Projeto vinculado à UNESP; no qual, de acordo com os membros da câmara, alguns municípios como Laranjal, Conchas e Pereira estariam envolvidos e realizariam exames de mamografia e consultas com mastologistas através do Projeto. Isto poderia causar uma distorção do número de exames realizados por município/ por ano, se os dados do projeto não alimentassem o sistema do SISMAMA corretamente ou ainda se este registro fosse realizado mais de uma vez (pelo projeto e pelo município).*

*Como nem todos os membros da câmara estavam presentes, foi solicitado para que a apresentação fosse refeita na reunião do CGR para que todos participassem da escolha dos municípios que comporiam as outras etapas da pesquisa.*

---

DC12

02/05/2012

*Reunião com o CGR no município de Pratânia para reapresentação dos dados encontrados no CNES e no SISMAMA. Nesta reunião os dados foram apresentados à todos os membros do colegiado; e as questões encontradas na reunião anterior foram expostas. Após discussão sobre os dados e suas possíveis oscilações entre os anos, foi aberta para discussão quais municípios teriam as características mais diferentes e abrangeriam melhor os assuntos envolvidos na pesquisa.*

*Foram então escolhidos os municípios com poucos recursos; com recursos regulares; e de nível terciário, com hospital de especialidade. Os dados dos coordenadores de cada município foram anotados para contato posterior com os mesmos e definição de seus informantes-chave.*

---

*DC13*

*05/12/2012*

*Última reunião do colegiado do ano de 2012. Nela os dados finais encontrados nos questionários e nas entrevistas agendadas com os informantes-chave foram apresentados aos membros do colegiado, bem como aos membros do CGR e do Hospital das Clínicas da UNESP, também presentes.*

*Os membros concordaram que os dados encontrados condiziam com a realidade presenciada por eles; algumas dificuldades e questões encontradas foram discutidas, com enfoque principalmente no transporte fornecido aos pacientes entre os últimos meses do ano e ao fornecimento de atestados médicos e declarações não aceitas por empresas que prejudicariam os trabalhadores que comparecessem às consultas e exames agendados fora de seu município.*

*Na tentativa de solucionar esses problemas, os coordenadores concordaram em priorizar as solicitações de transporte nas épocas indicadas, afim de não comprometer a continuidade do cuidado dos pacientes por causas políticas ou sociais.*

*Quanto ao fornecimento do atestado médico, visto que o maior entrave estava no aceite da declaração de comparecimento ao serviço de saúde, sem que houvesse assinatura do profissional médico; foi discutida a possibilidade de se realizar reuniões públicas ou trabalhos de educação permanente com as empresas; incentivando o aceite deste tipo de declaração e discutindo seus desdobramentos com enfoque no benefício da saúde de seus trabalhadores.*

*Foi acordado com o colegiado que assim que finalizado o projeto, uma cópia da dissertação será enviada a cada um dos municípios envolvidos para que os dados fiquem à disposição de seus interesses.*