

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil
Capítulo 12. A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2

Maria Rejane Ferreira da Silva
Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Alexsandra Xavier do Nascimento
Ederline S. Vanini de Brito
Wagner Santos do Nascimento
Jean-Pierre Unger

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, M. R. F., VASCONCELOS, A. L. R., NASCIMENTO, A. X., BRITO, E. S. V., NASCIMENTO, W. S., and UNGER, J. P. A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 259-293. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-21.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 12

A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2

MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA, ANA LUCIA RIBEIRO
DE VASCONCELOS, ALEXSANDRA XAVIER DO NASCIMENTO,
EDERLINE S. VANINI DE BRITO, WAGNER SANTOS DO NASCIMENTO
E JEAN-PIERRE UNGER

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo sobre continuidade dos cuidados sob a perspectiva de mulheres portadoras de câncer de mama e de portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2, residentes e tratadas na rede de Recife, e na rede de Caruaru. Os dados foram gerados mediante um estudo de casos de usuárias, baseado em entrevistas individuais às pacientes, seus médicos e a revisão dos prontuários. A descrição pormenorizada do método se encontra no capítulo 2.

Inicialmente são descritas as análises comparativas entre as redes, a partir da visão das mulheres portadoras de câncer de mama, e em seguida a partir da visão das mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2. Seguindo o delineamento das trajetórias assistenciais e das percepções das mulheres sobre a continuidade assistencial, foram evidenciados os principais aspectos que influíram no contínuo da assistência, relacionados com ambas as redes.

Os conteúdos foram organizados em torno das categorias da continuidade assistencial e suas subdimensões: continuidade da gestão do cuidado entre níveis de atenção – acessibilidade entre níveis, flexibilidade no tratamento e coerência do cuidado entre níveis; continuidade da informação entre níveis de atenção – transferência da informação e conhecimento acumulado; e continuidade da relação intranível: atenção básica e atenção especializada – consistência da equipe e vínculo entre o serviço e usuária.

A continuidade da assistência à mulheres portadoras de câncer de mama

Para a análise da continuidade assistencial, foram colhidos depoimentos de seis usuárias diagnosticadas com câncer de mama, três usuárias de Recife e três de Caruaru. Este capítulo foi elaborado a partir do relato das usuárias, de seus médicos assistentes e da revisão sistematizada de seus prontuários.

Na rede de Recife foram analisadas as histórias de três mulheres, cujas idades eram 47, 68 e 71 anos. A renda delas era em torno de R\$ 600,00 (U\$ 300) por mês. As três residiam próximas a alguma unidade de atenção básica. Porém, apenas uma residia em uma rua de fácil acesso. Elas acessavam aos serviços especializados através de transporte público.

Em Caruaru também foram analisadas as histórias de três mulheres com idades de 35, 48 e 67 anos. Duas das usuárias residiam no centro da cidade, e uma residia longe do centro, o que lhe dificultava a realização de exames e a ida aos serviços especializados. Todas elas tinham renda em torno de R\$ 600,00 (U\$ 300).

Após a fase crítica do tratamento, apenas uma usuária de Recife retornou ao trabalho. As demais, de ambos os municípios, foram aposentadas por invalidez. A aposentadoria foi fundamental para minimizar os efeitos da falta de dinheiro para subsistência, após as perdas, limitações física e psicológicas produzidas pela doença. Em todos os casos foi evidente a importância da assistência prestada por membros da família, amigos ou vizinhos, com destaque ao papel desempenhado pelos cuidadores, seja no processo de diagnóstico ou durante o tratamento. Além do apoio financeiro, familiares e amigos ajudaram na resolução dos problemas burocráticos nas unidades de saúde, providenciaram transporte, acomodação,

medicação e alimentos para as mulheres, as quais se encontravam fragilizadas em decorrência da enfermidade. O apoio recebido dos familiares e amigos foi fundamental para o aumento da confiança, adesão ao tratamento e melhoria no estado psicoafetivo. As usuárias de Caruaru se apresentaram mais dependentes do apoio familiar, para transporte, marcações de consultas e da necessidade de obter suas aposentadorias: *“Tanto é que a minha irmã: “Fica aí embaixo, fica aí embaixo [praça interna do hospital]”. Minhas irmãs foram muito participativas: “Fica aí, fica aí embaixo que eu subo. A gente sobe”. Aí, ia pegar a receita e eu não subia”* (Usuária 2, Rede Recife).

Continuidade da gestão do cuidado

Acessibilidade entre níveis assistenciais

Neste tópico serão apresentados os principais elementos que influíram no acesso das usuárias aos serviços de saúde. Descrevem-se aspectos relevantes observados antes do diagnóstico, que influíram na realização ou não dos exames de rastreio de câncer de mama; aspectos que influíram no acesso aos exames de diagnóstico; o processo de encaminhamentos à atenção especializada (AE); o papel exercido pelos acompanhantes e o contexto das usuárias; e o seguimento pós-tratamento, com ênfase em aspectos relacionados com encaminhamento a especialistas e acesso à emergência.

Fase pré-diagnóstica

Em ambas as redes, a maioria das mulheres tinha acesso à consultas de rotina na atenção básica antes do diagnóstico. Apenas uma usuária por rede não frequentava regularmente os serviços de saúde antes do diagnóstico, apenas quando estavam doentes. Nenhuma das mulheres realizou exames para detecção precoce do câncer de mama, antes da suspeita diagnóstica, embora tivessem conhecimento dessa necessidade e da maioria estar na faixa de idade recomendada.

Apenas uma das usuárias de Recife obteve a prescrição da mamografia antes do diagnóstico. Todavia, na época, não julgou ser necessária a realização do exame, tampouco lhe foi cobrado o resultado do exame na consulta subsequente. Em ambos os municípios, o acesso à Unidade

de Saúde da Família (USF) não resultou em aderência ou seguimento do protocolo para diagnóstico precoce. Não se obteve informações quanto as causas da falta de realização das provas diagnóstica.

Durante a fase diagnóstica de câncer de mama, todas as usuárias, em ambos os municípios, deixaram de trabalhar e dedicaram-se apenas a realizar o diagnóstico, tratamento e recuperação da sua saúde. A suspensão do trabalho produziu sério impacto econômico, principalmente no intervalo entre a cirurgia e a concessão da aposentadoria. Este impacto aconteceu de maneira diferente em Recife e em Caruaru. Em Recife, o apoio familiar e o funcionamento razoável da rede pública de apoio diagnóstico amenizaram os gastos com exames de diagnóstico e seguimento, diferente das usuárias de Caruaru, que arcaram com os custos dos mesmos tipos de exames.

No período em que ficaram sem trabalhar, as usuárias de ambos os municípios foram sustentadas por familiares ou recebiam um benefício da previdência social. As dificuldades impostas pela diminuição da renda das usuárias foram contornadas pela atuação de parentes e amigos, que as ajudaram a garantir o sustento e o acesso aos serviços de saúde.

Fase diagnóstica

Houve diferença na forma como a assistência foi provida no **início do diagnóstico** entre as usuárias de Recife e Caruaru. Essas diferenças se deveram à disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, em Recife e, ao subdimensionamento da rede de diagnóstico em Caruaru. Ao iniciarem o processo diagnóstico com queixas de dores ou modificações nas mamas, as usuárias de Recife tiveram suas mamografias e ultrassonografias de mama solicitadas pelos profissionais da atenção básica, e estes exames foram realizados gratuitamente. O tempo de espera para a realização dos exames de diagnóstico variou entre as usuárias. Apenas uma delas relatou facilidade na realização do exame em decorrência da gravidade de sua enfermidade. As demais precisaram cobrar celeridade na emissão dos resultados às clínicas, pois recearam que a demora na emissão dos resultados dos exames comprometesse o início do tratamento. A média de tempo de espera entre a solicitação dos exames e a emissão de seus resultados foi inferior a 90 dias: *“Eu fui para a médica da família. Aí, eu mostrei a ela [a mama]. [...] aí, ela examinou pelo toque. Aí, ela disse assim:*

“a senhora não está bem.” Aí, ela pegou, fez uns exames, e eu fui [encaminhada] para o mastologista” (Usuária 2, Rede Recife).

Ao contrário das usuárias de Recife, em Caruaru apenas uma delas realizou os exames de diagnóstico na rede pública, as demais custearam os exames em clínicas privadas. Uma delas realizou os exames na rede privada por desconfiar da qualidade e celeridade na emissão de resultados pela rede pública. Outra não conseguiu realizar os exames de diagnóstico na rede pública por ter menos de 38 anos e o exame ser autorizado pelo SUS para mulheres com mais de 40 anos. Apesar dos indícios observados pelo médico de família, a Secretaria de Saúde não liberou os exames, restando à usuária a realização dos exames em clínica privada.

Segundo as usuárias e seus oncologistas, a realização de exames em clínicas privadas não impossibilitou o atendimento nos serviços públicos de Caruaru. Esta prática é comum em Caruaru, e é rotina dos profissionais acatar estes exames visando diminuir o tempo de espera na definição do diagnóstico. Contudo, esta alternativa resultou em aumento de gastos das usuárias nesta etapa da trajetória assistencial.

Foram observadas diferenças no **acesso à mastologia** entre Recife e Caruaru, em relação à origem dos encaminhamentos, ao acesso geográfico e tempo de espera para marcação das consultas. Todas as usuárias de Recife foram encaminhadas à rede especializada a partir da atenção básica, e relataram fácil acesso geográfico à mastologia no **segundo nível** assistencial, em virtude da localização de suas residências, próximas à grandes vias com maior disponibilidade de transporte público. Em Caruaru, as três usuárias foram referenciadas da atenção básica à mastologia. Duas delas aderiram à rede pública e a terceira iniciou seu diagnóstico na mastologia privada, por desconfiar da qualidade do serviço público. Todas elas relataram que o serviço de mastologia estava situado distante de suas residências e com pouca disponibilidade de transporte público, resultando no aumento dos custos com transporte para realizarem seus tratamentos: *“Foi rápido. Porque ela [mastologista do HAM] disse que já estava muito grave, que tinha que tirar [a mama]”* (Usuária 1, Rede Recife).

Com exceção da usuária de Recife, que teve diagnóstico avançado, as demais usuárias, de ambas as redes, não tiveram suas consultas marcadas rapidamente e precisaram aguardar a regulação da vaga. Uma das usuárias de Recife não conseguiu acesso à mastologia em tempo

aceitável, pois o único médico disponível no serviço de referência estava de férias. Após tentativas de acesso, decidiu consultar-se em uma clínica privada, onde se estabeleceu a forte suspeita diagnóstica. Todavia, não pôde arcar com os custos do tratamento privado e seu acesso ao serviço público foi facilitado pelo próprio mastologista, que também trabalhava em hospital conveniado.

Diante dos resultados dos exames, o encaminhamento do segundo ao terceiro nível de referência para mastologia foi imediato para todas as usuárias de Recife. Algumas delas destacaram a distância percorrida, a pé, para chegar à unidade especializada, em razão da má distribuição do sistema de transporte público e a centralização dos hospitais terciários no distrito sanitário 1 e 4.

A demora em acessar o serviço especializado aumentou o tempo total entre o diagnóstico e início do tratamento das usuárias. Em razão da distância, elas precisaram de auxílio financeiro para deslocar-se à mastologia, caso contrário, se deslocariam a pé. Antes das cirurgias, duas usuárias foram encaminhadas para consultas na oncologia, onde realizaram quimioterapia, visando diminuir o tamanho do tumor. Após a realização de novos exames ou punções, suas cirurgias foram marcadas em hospitais públicos de Caruaru. Como a equipe da mastologia do segundo nível é a mesma que atua no terceiro nível assistencial, não precisaram ser encaminhadas para a realização das cirurgias: *“Me atendeu e me passou urgentemente para a oncologista, que foi a oncologista disse: “você vai fazer quimioterapia.” Aí, me explicou todo o processo”* (Usuária 2, Rede Recife).

No que se refere à realização de **exames pré-operatórios**, houve diferenças entre as redes de Recife e Caruaru. Em Recife os exames pré-operatórios foram solicitados nas unidades de mastologia dos hospitais terciários, e todas as usuárias tiveram acesso gratuito, exceto uma delas que custeou o parecer cardiológico para não atrasar em uma semana a realização da cirurgia. As demais relataram fácil acesso aos exames devido a organização da rede assistencial dos hospitais terciários, que contavam com rede de apoio ao diagnóstico no próprio serviço ou dispõem de apoio de laboratórios conveniados. As usuárias de Recife preferiam realizar seus exames nos hospitais terciários, em virtude da velocidade na emissão dos resultados, pela diminuição do tempo de espera para a realização das cirurgias e pela redução dos custos com o diagnóstico.

Ao contrário do ocorrido na rede de Recife, apenas uma usuária de Caruaru realizou os exames pré-operatórios no serviço público e sem custos. Neste município, os exames pré-operatórios foram solicitados na mastologia do segundo nível assistencial. Entretanto, as usuárias tiveram que entrar em uma fila de marcação dos exames, no serviço público, em virtude da insuficiência da rede de apoio diagnóstico que não conseguiam responder com celeridade às demandas dos serviços de alta complexidade. Para abreviar o tempo de espera para marcação e recebimento dos resultados dos exames e realização das cirurgias, as usuárias tiveram que realizar os exames pré-operatórios em clínicas privadas e arcaram com o aumento destes gastos.

Fase de tratamento e seguimento

Foram identificadas diferenças na **condução do tratamento** realizado em Recife e em Caruaru, que resultaram em diferenças no tempo para a realização da cirurgia. Em Recife, as usuárias foram diagnosticadas e operadas e em Caruaru, em virtude do estágio avançado no momento do diagnóstico, realizaram quimioterapia para diminuição do tumor e depois realizaram as cirurgias. As usuárias de Recife também tiveram acesso à radioterapia, diferente das usuárias de Caruaru.

As usuárias de Recife demoraram em média 73 dias, entre a primeira consulta na atenção básica e a cirurgia. Devido à gravidade dos casos, em Caruaru, duas usuárias realizaram quimioterapia antes da cirurgia, entre a primeira consulta de diagnóstico e a quimioterapia, as usuárias demoraram em média 30 dias. Todas as usuárias, de ambas as redes, realizaram suas cirurgias gratuitamente em hospitais públicos ou conveniados e tiveram acesso à internação um dia antes da cirurgia.

As usuárias de Recife tiveram acesso aos tratamentos, conforme previsto no protocolo. Foram avaliadas na mastologia, onde tiveram o tumor estadiado foram operadas e encaminhadas para a oncologia, onde realizaram tratamentos quimioterápicos e radioterápicos gratuitos, de acordo com as suas necessidades.

Após a avaliação na mastologia, as usuárias de Caruaru foram encaminhadas ao centro de oncologia, onde realizaram o tratamento quimioterápico e foram contrarreferenciadas para a mastologia. Em seguida, foram operadas e retornaram à oncologia para a realização do tratamento

quimioterápico pós-cirúrgico. O tempo entre a primeira consulta e a cirurgia excedeu os 120 dias, devido à realização da quimioterapia antes da cirurgia. As usuárias de Caruaru não puderam realizar o tratamento radioterápico de imediato, pois o município não contava com este tipo de serviço público ou conveniado ao SUS. No entanto, apenas uma das usuárias que apresentava quadro clínico estável foi encaminhada à radioterapia em Recife. Ficou alojada em uma residência custeada pelo serviço público e realizou a radioterapia em um hospital conveniado ao SUS. As demais se encontravam em estado clínico crítico e não puderam se deslocar até o Recife. Uma delas contou com a ajuda de terceiros para arcar com os custos do tratamento radioterápico em hospital privado de Caruaru. A outra usuária não obteve ajuda financeira, e seu tratamento foi readequado pelos oncologistas, que decidiram a substituição da radioterapia por um tratamento de 36 ciclos de inibidor hormonal de alto custo, fornecido gratuitamente no centro de oncologia.

As usuárias relataram bastante sofrimento psíquico e angústia com a impossibilidade de realizar a radioterapia gratuitamente em Caruaru, assim como com a dificuldade em serem transportadas pelo fato de estarem fragilizadas diante da agressividade do tratamento e necessitarem de deslocamento em ambulâncias, em um percurso de mais de 130km, além de ficarem alojadas longe de seu contexto social e familiar, durante a radioterapia.

No que diz respeito ao **acesso às biópsias**, houve diferenças entre os municípios. Em Recife, as usuárias realizaram as biópsias gratuitamente, no mesmo hospital em que fizeram a cirurgia, e todas receberam os resultados em menos de 60 dias. Este período de tempo para a emissão dos resultados das biópsias foi considerado bom pelos oncologistas que acompanharam as usuárias. Apenas uma usuária de Caruaru realizou o exame gratuitamente, no laboratório da secretaria de saúde. Contudo, esperou 3 meses pela expedição do resultado. As demais realizaram as biópsias em laboratórios privados e arcaram com o alto custo do exame para não atrasar o início do tratamento quimioterápico. Como consequência, houve atraso do início do tratamento quimioterápico. Durante a espera pela liberação do resultado do exame, a usuária sofreu complicações e realizou nova cirurgia. Posteriormente, reiniciou o tratamento, desta vez para tratar da metástase no cérebro.

Em ambos os municípios observou-se que apenas uma usuária teve **acesso aos medicamentos** para náuseas, decorrentes da quimioterapia. As demais tiveram que comprá-los, tendo em vista que não houve a concessão da medicação nos serviços onde realizaram o tratamento. Em Recife, uma das usuárias necessitou usar morfina e no primeiro momento teve que comprá-la, até ser incluída em um programa de distribuição controlada e gratuita.

Em ambos os municípios, após a realização do exame de imuno-histoquímica, as usuárias elegíveis para o tratamento hormonal receberam a medicação gratuita, além de recomendações para que mantivessem mais de uma cartela de medicação para 30 dias, como segurança, no caso de haver falta na farmácia hospitalar: *“Completei. Eu tomei tudo certo. Nunca cheguei na farmácia para estar faltando. E ela sempre dizia: “Verônica U2, quando estiver faltando uma cartelinha tu já vem, porque aí tu não fica sem. Porque às vezes falta”* (Usuária 2, Rede Recife).

Em ambos os municípios, foi relatada facilidade em marcar as consultas de seguimento em pouco tempo e dentro do prazo previsto pelo oncologista. Os agendamentos eram realizados por telefone ou no local de atendimento, porém o tempo de espera no dia da consulta era prolongado. Não obstante, houve diferenças entre os municípios quanto a organização do horário de chegada nos dias das consultas. Em Recife, recomendava-se a todos os usuários da unidade de oncologia a chegarem no mesmo horário, sendo atendidos por ordem de chegada. Em Caruaru, as usuárias foram instruídas a chegarem próximas ao horário da consulta: *“Ela mesma [médica] que agenda. Eu acho melhor [...] pronto. Eu vou agora em Janeiro”*. (Usuária 1, Rede Recife). O encontro no mesmo horário de todos os pacientes a serem atendidos no dia da consulta resultava em saturação de pessoas na recepção e causava desconforto às usuárias que aguardavam o atendimento durante horas. As usuárias de Caruaru sofreram menos com o tempo de espera para serem atendidas e o volume de pacientes aguardando na recepção era menor.

Em ambos os municípios, os **encaminhamentos à especialistas** ocorreram a partir da oncologia. Após o início do tratamento todas as usuárias, em ambos os municípios, passaram a ter a atenção coordenada pelos oncologistas. Estes foram responsáveis pelos encaminhamentos das usuárias para consultas com especialistas. Conforme relatos, a obtenção

das vagas para os especialistas foi mais rápida quando solicitadas na oncologia e não a partir da atenção básica, fato esperado e que agilizava o tratamento após a cirurgia. Entretanto em Recife, as usuárias perceberam a tensão entre os médicos de família e os oncologistas, no que diz respeito ao entendimento quanto à condução de seus casos. Os médicos de família de Recife insistiram em obter informações sobre o estado de saúde das usuárias, de modo que pudessem melhor acompanhá-las. Contudo, não obtiveram êxito. A falta da contrarreferência foi justificada, por parte dos especialistas, como prestação de informações desnecessárias, uma vez que pouca coisa poderia ser feita em favor das usuárias, naquele nível de atenção. Em Caruaru, observou-se a ausência da atuação da atenção básica no cuidado com as mulheres.

Em ambas as redes, o acesso à emergência foi motivo de tensão para as usuárias, em virtude do despreparo dos profissionais no atendimento de pessoas com câncer. O fato de serem pacientes portadoras de câncer resultava em mais dificuldades para receber atendimento nas emergências gerais. Nestas unidades, registraram-se discriminação às usuárias no atendimento, devido à gravidade dos casos e o estigma da doença. Particularmente em Recife, destacou-se o bom atendimento emergencial, quando realizado no hospital onde as usuárias eram tratadas ou em serviços adaptados para receber pacientes de oncologia. As urgências das usuárias de Caruaru, foram feitas nos hospitais gerais referenciados pela oncologia, sem a opção de emergência em unidades oncológicas. Ressaltou-se que os atendimentos nas emergências gerais de Caruaru foram feitos por profissionais pouco colaborativos, desinformados, pouco respeitosos ou que se recusaram a atendê-las por se tratarem de pacientes com câncer.

Flexibilidade no tratamento

Devido à agressividade do câncer de mama, uma usuária em cada município sofreu agravamento do estado de saúde no decorrer do tratamento, manifestado através de metástase e do aparecimento de doenças associadas ao câncer avançado. Ambas as usuárias necessitaram de adaptação do tratamento, em decorrência de sua condição clínica. Como resposta, os oncologistas prescreveram novas medicações, fizeram encaminhamentos à especialistas para a realização de tratamentos específicos.

A usuária de Recife desenvolveu síndrome de compressão medular e necessitou de avaliação neurológica, do uso de colete ortopédico e fisioterapia. Neste período, seu tratamento radioterápico foi suspenso, e como houve demora na avaliação, o tratamento radioterápico perdeu a eficácia e foi interrompido, diminuindo a proteção da usuária contra a doença. Nesta fase, a usuária sofreu com muita dor e teve que fazer uso de morfina. A gravidade da doença reduziu a capacidade locomotora da usuária, que apesar de ter acesso gratuito nos ônibus, os veículos não eram adaptados à cadeirantes e não havia serviço de transporte de enfermos disponível. Como resultado, a usuária precisou arcar com os custos do transporte e aguardar sua consulta pela ordem de chegada, sem prioridade: *“Ednalda, UI ela foi operada, ela fez a cirurgia da mama, ela fez quimioterapia, ela fez radioterapia da mama. Quando ela fez a Síndrome da Compressão da Medula, ela não fez a radioterapia, por conta do período que já estava com a paralisia dos membros inferiores. É, mas ela teve a avaliação do neurologista, ela fez a fisioterapia motora”* (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).

Uma das usuárias de Caruaru foi diagnosticada com tumor cerebral após episódios de convulsões e foi encaminhada a outro oncologista, que lhe elaborou um tratamento específico, que era indisponível na rede assistencial pública de Caruaru. Foi necessária uma autorização judicial para que a secretaria de saúde liberasse o acesso ao tratamento radioterápico gratuito em um hospital privado. No mesmo município, outra usuária foi diagnosticada com anemia durante a quimioterapia, e teve que comprar a medicação específica porque não lhe foi disponibilizada gratuitamente.

Coerência do cuidado

Em ambos os municípios, uma das usuárias de cada rede relatou algum aspecto em que os profissionais discordaram sobre os seus tratamentos. Em Recife, a discordância foi justificada pelo argumento estético, e em Caruaru pelo clínico. No primeiro caso, o mastologista do segundo nível assistencial sugeriu a realização da quadrantectomia, enquanto o mastologista da unidade terciária, que realizou a cirurgia, sugeriu a mastectomia radical, opção que foi aceita pela usuária. Em Caruaru, um dos oncologistas questionou o motivo pelo qual não foi prescrito o uso do inibidor hormonal. Contudo, na revisão do prontuário, observou-se que

o resultado do exame Imuno-histoquímico apontava para a ineficácia deste tratamento para o caso específico da usuária (tabelas 12-1 e 12-7).

Tabela 12-1. Continuidade da gestão da atenção entre redes assistenciais câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	Recife	Caruaru
Fase pré-diagnóstica		
Detecção precoce	Não se realizaram os exames de rastreio.	Não se realizaram os exames de rastreio.
Apoio ao diagnóstico	Solicitados e realizadas as mamografias e ultrassonografias de mama na rede.	Processo de diagnóstico na AB e na mastologia privada; Indisponibilidade de mamografia para casos suspeitos fora do protocolo.
Fase diagnóstica		
Acesso à AE no diagnóstico	Maior possibilidade de acesso à mastologia pública.	Possibilidade limitada de acesso à mastologia pública.
Exames pré-operatórios	Acesso limitado aos exames pré-operatórios gratuitos.	Exames pré-operatórios gratuito.
Cirurgias	Acesso gratuito a cirurgia em hospitais públicos ou conveniados; Existência de rede hospitalar.	Acesso à cirurgia gratuita em hospitais públicos ou conveniados, existência de rede hospitalar.
Quimioterapia	Acesso gratuito à quimioterapia, disponibilidade do tratamento na rede assistencial.	Acesso gratuito à quimioterapia, disponibilidade do tratamento na rede assistencial
Radioterapia	Acesso gratuito, disponibilidade do tratamento na rede assistencial.	Dificuldade de acesso gratuito e necessidade de deslocamento a Recife, ou pagar pela radioterapia.
Biópsias	Exame gratuito disponível na rede assistencial.	Dificuldade de acesso gratuito ao exame.
Tratamento e Seguimento		
Acesso à Medicação	Disponibilidade da medicação é gratuita, porém com risco de faltar. Há programas de acesso gratuito à medicações controladas.	Disponibilidade de medicação gratuita, porém com risco de faltar.
Coordenação da atenção	Coordenação da atenção feita pelos oncologistas; Tensão com médicos da AB.	Coordenação da atenção feita pelos oncologistas; Ausência do médico da AB.
Encaminhamentos à AE	Através da oncologia; Dificuldades na avaliação oportuna.	Através da oncologia.

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	Recife	Caruaru
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	Adequação de tratamento nas necessidades.	Adequação de tratamento nas necessidades.
Coerência do Cuidado		
Coesão entre condutas	Discordâncias entre Mastologistas sobre o tipo de cirurgia.	Discordância entre oncologistas sobre o uso inibidor hormonal.

Continuidade da informação

Em ambas as redes, principalmente em Caruaru, nos discursos da maioria das usuárias, foram ressaltados problemas relacionados com a continuidade da informação, tanto no que diz respeito à transferência de informação, devido à falta ou pouco uso de mecanismos formais, quanto ao conhecimento acumulado, de alguns dos profissionais, relativos valores, crenças e contexto social das pacientes (tabelas 12-2 e 12-8).

Transferência da informação

Em relação à **transferência da informação**, foram destacadas diferenças entre as redes. Em Recife, foi relatado nas entrevistas e observado nos prontuários, a existência do formulário de referência e contrarreferência, enquanto que em Caruaru, este instrumento não existia.

Em ambos os municípios, os encaminhamentos aos serviços de mastologia foram realizados por escrito pelos médicos da AB e as usuárias foram encaminhadas com a solicitação da mamografia, da ultrassonografia mamária, ou com os resultados destes exames em mãos, foram orientadas a entregá-los aos médicos especialistas. Em Recife, todas as usuárias foram referenciadas por escrito em formulário específico, porém em um deles constava apenas “encaminho à mastologia”. As usuárias do Recife, após consulta e análise do resultado dos exames, foram encaminhadas aos oncologistas pelos mastologistas. Não obstante, em nenhum dos casos, as usuárias retornaram à AB com informações das unidades especializadas. Segundo as usuárias e seus cuidadores, as informações as quais os profissionais do primeiro nível de atenção tiveram acesso, foram passadas pelas usuárias, seus cuidadores ou pela análise dos exames

solicitados na AE: *“Não achei que teriam informações. Achei que ia começar tudo de novo. Eles perguntavam e eu dizia, mas acho que passar deles de um para o outro, acho que não”* (Usuária 2, Rede Recife).

O tratamento e seguimento de todas as usuárias foram realizados nos ambulatórios especializados dos próprios hospitais onde foram operadas. Dentro do próprio hospital, as informações eram compartilhadas entre os profissionais especializados, através de anotações em prontuários, telefonemas e conversas informais, conforme relatos dos oncologistas e das usuárias. Em ambas as redes, constatou-se que os prontuários destes serviços continham muitas informações sobre as usuárias, contudo estas informações não eram compartilhadas com os demais níveis de atenção, tanto que, após a cirurgia, rompeu-se a comunicação entre os mastologistas e oncologistas.

Houve diferenças quanto ao momento em que as usuárias tiveram acesso às informações sobre o tratamento. Em Recife, a prestação da informação sobre a doença e sua gravidade ocorreu ainda na mastologia. As usuárias souberam como seriam realizados os tratamentos, suas consequências e como poderiam readaptar suas vidas. Este fato fortaleceu a confiança das usuárias no serviço e no tratamento, na medida em que as informações se confirmavam durante a sua trajetória assistencial. Em Caruaru, as informações sobre as fases do tratamento foram prestadas pelas Assistentes Sociais. Na oncologia, durante o período preparatório para a quimioterapia, em ambos os municípios, todas as usuárias foram orientadas pelos profissionais responsáveis, a como proceder e a quais serviços deveriam acessar em caso de emergência.

Conhecimento acumulado

Em ambos os municípios, as usuárias relataram que os médicos oncologistas que às atendiam na maioria das consultas, conheciam o contexto socioeconômico e familiar em que viviam. Mediante este conhecimento, prepararam laudos, pareceres e orientações para a efetivação das aposentadorias, encaminhamento aos distintos profissionais necessitados pelas usuárias. Contudo, em algumas oportunidades, conhecer as especificidades da usuária não resultou em melhoria de acesso. Uma usuária de Recife, apesar da dificuldade de locomoção, relatou que não tinha prioridade de acesso na consulta.

**Tabela 12-2. Continuidade da informação entre redes assistenciais
câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012**

Categories	Recife	Caruaru
Transferência da Informação		
Mecanismos de transferência de informações	Existência de formulário para encaminhamentos, mais usado para referência; Ausência de contrarreferência; os especialistas não enviam informações à AB.	Inexistência de formulário para encaminhamentos; Encaminhamentos incompletos a AE; Falta de instrumento e incentivo para os especialistas enviarem informações à AB.
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências.	Informações prestadas na mastologia sobre o tratamento, existência de plano para evitar intercorrências e procedimentos em caso de urgências.	Informações prestadas na mastologia sobre o tratamento, existência de plano para evitar intercorrências e procedimentos em caso de urgências.
Conhecimento acumulado		
Conhecimento sobre a história e contexto social da usuária	Todos os profissionais da oncologia conheciam por nome, histórico clínico e o contexto socioeconômico das usuárias sem consultar prontuário.	Todos os profissionais da oncologia conheciam por nome, histórico clínico e o contexto socioeconômico das usuárias sem consultar prontuário.

Continuidade da relação

Na continuidade de relação, evidenciou a rotatividade de médicos como principal problema da falta de consistência da equipe na AB, sobretudo em Caruaru. Quanto ao vínculo usuária-serviço em ambas as redes, todas as usuárias identificaram o oncologista como o responsável pela sua atenção, com os quais estabeleceram relação de confiança (tabelas 12-3 e 12-9).

Consistência da equipe

A consistência das equipes da atenção básica foi diferenciada entre as redes de Recife e Caruaru. Em Recife, foi observada a rotatividade de profissionais que compõem a USF. Nas equipes mais estáveis, os médicos solicitavam apoio ao nível especializado, embora sem êxito. Em Caruaru, após o início do tratamento, as usuárias deixaram de ser acompanhadas pelos profissionais neste nível de atenção. Nenhuma das usuárias de Recife ou Caruaru se consultou na mastologia após o início do tratamento oncológico. Apenas a de Recife desconhecia a necessidade de realizar este tipo de consultas, por acreditar que o atendimento na oncologia

era suficiente. Após 4 anos de tratamento, foi informada que deveria ter continuado a se consultar com o mastologista.

Em ambos os municípios, os profissionais que as atenderam na oncologia foram os mesmos nos dois anos após o início do tratamento. Neste serviço, era rotina o agendamento das consultas sempre para o mesmo profissional. Em Recife, havia abertura institucional para elas romperem a relação com um profissional e escolher outro, caso estivessem descontentes com o atendimento prestado. Em Caruaru, adotou-se como política o incentivo às pacientes a escolherem o profissional que vão acompanhá-las, e após algum tempo, se estimula a alternância de profissionais para melhorar a segurança da usuária em seu tratamento ao ouvir outras opiniões e abordagens no seu seguimento. No entanto, as usuárias consideravam que a estabilidade da equipe de oncologia favorecia a confiança nos profissionais.

Vínculo entre as usuárias e os profissionais

A construção do vínculo das usuárias com os profissionais ocorreu de forma diferente na AB das duas redes. Em Recife, duas das usuárias foram acompanhadas pelos mesmos profissionais desde o início do diagnóstico. Porém, elas perceberam a falta de capacitação destes profissionais em acompanhá-las. Em Caruaru, não houve a consolidação de vínculos entre as usuárias e os profissionais da AB. Em ambos os municípios, ocorreu o estabelecimento de vínculo entre as usuárias e os oncologistas. Estes profissionais demonstraram interesse e profundo conhecimento sobre cada caso e conheciam as etapas da realização dos tratamentos de cada uma delas, sem a necessidade de consultar os prontuários. As usuárias relataram confiança nas informações e nos tratamentos propostos por estes profissionais, que sempre demonstravam interesse em ouvir e esclarecer dúvidas em linguagem compreensível e com exemplos: *“Porque ela já sabe. Eu me sinto... porque ela é minha médica e já sabe de tudo, entendeu”* (Usuária 1, Rede Recife).

**Tabela 12-3. Continuidade da Relação entre redes assistenciais
câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012**

Categories	Recife	Caruaru
Consistência da Equipe		
Identificação do médico responsável	Rotatividade de profissionais na AB; Estabilidade da Equipe na oncologia.	Rotatividade de profissionais na AB; Estabilidade da Equipe na oncologia.
Vínculo usuária-serviço		
Confiança no profissional	Vínculo com a AB. Percepção das limitações da capacidade de atendimento do Profissional; Na AE, não há vínculo com a Mastologia; Vínculo com oncologistas.	Nenhum vínculo com a AB; Na AE, não há vínculo com a Mastologia; Maior vínculo com oncologistas.

A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

Continuidade da gestão do cuidado

Acessibilidade entre níveis assistenciais

Na maioria dos casos analisados, foram evidenciados problemas de acessibilidade em todas as fases de evolução da doença, que resultou em atrasos no diagnóstico e tratamento. Após o diagnóstico, as mulheres continuaram com dificuldades, sobretudo as de Caruaru, para assegurarem seus tratamentos. Defrontaram-se com tempos de espera prolongados para consultas, falta de acesso à especialistas, a medicamentos e a exames. Estes problemas provocaram a irregularidade no acompanhamento da doença, na manifestação de várias complicações e descompensações clínicas, seguidas de frequentes atendimentos em urgências.

Fase pré-diagnóstica

Nos dois municípios, a capacidade dos serviços de saúde de detecção precoce da diabetes foi insuficiente. A maioria das mulheres obteve diagnóstico em crise.

Em Recife, uma das usuárias não tinha cadastro na AB, não frequentava nenhum serviço de saúde e não realizava consultas preventivas. Teve diagnóstico clínico definido, durante uma consulta médica na rede

privada, realizada para obtenção de um certificado de saúde para viagem. As demais usuárias realizavam consultas de rotina na USF. Uma delas teve o diagnóstico de diabetes confirmado na própria USF, e a outra, após várias tentativas fracassadas na USF, teve definição diagnóstica em uma clínica conveniada com a empresa em que trabalhava seu marido, e foi encaminhada à AB para acompanhamento. Nenhuma das usuárias de Caruaru realizou consultas de rotina. As que tinham cobertura da ESF, porque não frequentavam a USF e a residente em área descoberta tinha acesso limitado aos serviços de AB. Entretanto, todas foram diagnosticadas em serviços públicos de saúde, porém em condições distintas. A primeira usuária foi diagnosticada durante grave crise glicêmica, ocasião em que necessitou de pronto atendimento em uma policlínica; a segunda foi diagnosticada ao realizar exames pré-natais na maternidade; e a terceira era ACS, e apesar de residir em área descoberta, se consultava sem ter prontuário na USF onde trabalhava. A conclusão de seu diagnóstico foi estabelecida após a realização de um teste de glicemia capilar, cujo resultado foi associado a sintomas e histórico familiar: *“Quando chegou lá, o médico olhou para mim, perguntou e eu disse. Aí, ele disse: “Eu não vou passar nada, somente esses exames, e a partir de hoje você não use mais açúcar.” Foi numa clínica que tinha na cidade. Ele disse: “Não vou passar remédio agora e você tira o açúcar e vá fazer esses exames com urgência”* (Usuária 1, Rede Recife).

Foi observada semelhança entre os municípios, no que se refere à atuação da rede de **apoio ao diagnóstico**. Todas as usuárias procuraram realizar seus exames na rede pública. No entanto, apenas uma usuária, em cada município, conseguiu realizá-los gratuitamente no SUS. Em Recife, as usuárias optaram pela rede privada em virtude da demora, em torno de 1 mês, na emissão de resultados, já que os exames são coletados rapidamente nas USFs. Em Caruaru, tanto as usuárias como os médicos da família, consideraram a oferta insuficiente de exames na rede pública, fato que trazia como consequência, prolongado tempo de espera para a realização e emissão dos resultados. A maioria desistiu e arcou com os custos da realização das provas em laboratórios privados.

Fase pós-diagnóstica

Todas as usuárias de Recife e de Caruaru realizaram suas consultas de seguimento nas USFs próximas às suas residências. Observou-se diferença entre as redes, no que diz respeito ao agendamento das consultas subsequentes. Em Recife, destacou o fácil acesso geográfico, devido à centralização das USFs, bem como foi reconhecido que havia facilidade para o atendimento. Os agendamentos das consultas subsequentes na AB ocorreram em prazo satisfatório, porém o tempo de espera para o atendimento foi considerado prolongado no dia da consulta. As causas apontadas foram as precárias condições de infraestrutura das USFs, associada à subdimensão das unidades para o atendimento da demanda diária da população do território: *“Não demora pra conseguir a consulta no posto e eu acho uma maravilha. Chega, já está marcado. Você perde se quiser. É só chegar lá e aguardar.. Eu acho uma maravilha, porque dificilmente isso acontece”* (Usuária 2, Rede Recife).

Em Caruaru, também foi ressaltado o fácil acesso geográfico às USFs, pelas mesmas razões atribuídas em Recife. Apesar das consultas serem agendadas dentro dos prazos para o seguimento, ao contrário de Recife, as usuárias pernoitavam em frente às unidades de saúde para conseguirem as fichas de marcação. Tanto o tempo de espera para o agendamento das consultas, quanto o tempo de espera para o atendimento no dia da consulta foram considerados prolongados.

Existiram similaridades nas redes quanto ao acesso aos **exames de seguimento**. Em ambas as redes, não havia necessidade de deslocamento das usuárias para realização de provas. Os exames eram coletados e entregues nas USFs gratuitamente.

Segundo as usuárias, a emissão dos resultados dos exames ocorria em menos de um mês após coletados nas USF do Recife. Este tempo foi considerado prolongado, e uma das usuárias preferiu realizá-los em outra unidade pública no centro do Recife, onde os resultados eram emitidos rapidamente: *“Não tenho despesas de remédio, nem de exames. Eu só faço os exames fora. Eu fiz exame aqui no posto uma vez, de sangue. Até hoje esse exame não chegou. De lá para cá, eu sempre faço lá no Hospital XXX. Ela traz para mim aqui. Sempre quando eu vou para fora assim, eu faço. Quando eu vou no hospital, trago a receita e ela vê”* (Usuária 1, Rede Recife).

Em Caruaru, a emissão dos resultados dos exames ocorria em duas semanas. Porém, segundo os médicos de família de Caruaru, as usuárias apresentavam dificuldades para a manutenção dos níveis glicêmicos dentro da normalidade e com frequência descompensavam. Nestas condições, o tempo para emissão dos resultados em duas semanas após a coleta foi considerado longo, uma vez que estariam desatualizados para conduzir uma crise. Diante de necessidade de avaliação imediata, os exames eram realizados em clínicas privadas para acelerar a emissão dos resultados e a consulta, o que gerava gastos com exames que deveriam estar disponíveis na USF.

Existiram diferenças, entre redes, quanto à disponibilidade gratuita da **medicação** e insumos para o controle da diabetes nas farmácias das USFs. Em Recife, os relatos de falta de medicação foram menores que em Caruaru.

Em Recife, as farmácias da USF contam apenas com a medicação para controle das usuárias sem complicações e em geral foram fornecidos gratuitamente. As medicações prescritas pelos profissionais da AE não foram disponibilizadas neste nível de atenção. A falta da medicação afetou a continuidade do tratamento prescrito pelos médicos especialistas. O alto custo da medicação, associado à baixa renda das usuárias, motivou a realização de tratamentos seletivos, de acordo com a possibilidade de aquisição da medicação em farmácias privadas. Em Recife, a eventual falta de medicamentos nas USFs, motivou as usuárias a armazenarem a medicação em suas casas. Em Caruaru, o acesso das usuárias à medicação para o tratamento da diabetes foi parcial. Nem sempre toda a medicação prescrita, tanto na AB quanto na AE, estava disponível nas farmácias dos serviços de ambos os níveis de atenção. Em ambas as redes, a intermitência da distribuição da medicação motivou a aquisição dos medicamentos em farmácias privadas para não haver interrupção do tratamento. Quanto **aos insumos**, tanto as usuárias de Recife, quanto as de Caruaru, relataram receber gratuitamente insumos como agulhas, insulina e seringas. A exceção de uma usuária de Recife, todas as demais não receberam o glicômetro e as tiras reagentes. Em ambos os municípios, as usuárias relataram insatisfação e ansiedade devido à incerteza do recebimento gratuito dos medicamentos para o tratamento.

Nas duas redes, os **encaminhamentos aos especialistas** partiram da atenção básica. Em Recife e Caruaru, as usuárias relataram dificuldades para o agendamento de consultas de seguimento na atenção especializada. Outra dificuldade adicional foi a longa distância entre as unidades de segundo nível e as residências das usuárias.

Em Recife, segundo as usuárias, as dificuldades de acesso à atenção especializada aumentaram após a implementação da central de regulação que modificou a forma de marcação de consultas. A usuária com complicações tinha dificuldade em manter a rotina de acompanhamento com especialistas, visto que a linha telefônica da central de marcação de consultas, em geral estava ocupada e eventualmente as usuárias aguardavam na linha por vários minutos para serem atendidas, gerando custos adicionais com ligações telefônicas. A extinção das marcações presenciais ocorreu sem uma substituição de estrutura adequada da central telefônica, com capacidade para atender a demanda de consultas de seguimento com volta marcada: *“A gente tem um papel de encaminhamento e a menina marca aqui no posto e encaminha. A gente fica indo lá [no posto] para perguntar se já marcou, pois demora pra conseguir marcar”* (Usuária 2, Rede Recife).

Em ambos os municípios, a oferta insuficiente de especialistas foi destacada como a principal causa da dificuldade na regulação das vagas, resultando na demora nas avaliações com os especialistas. Como resultado da demora na regulação das vagas das consultas subsequentes, foi ressaltada a perda da validade dos exames. Essas dificuldades impediram, em alguns casos, o atendimento na atenção especializada e foram razão para desmotivar a procura por atenção.

Houve diferenças entre Recife e Caruaru quanto à frequência de **internações e acesso às emergências**. Em Recife, apenas a usuária com complicações relatou internações e crises eventuais, enquanto todas as usuárias de Caruaru relataram crises e admissões em emergências.

Em Recife, as usuárias sem complicações não relataram crises frequentes ou intercorrências relacionadas à diabetes. No entanto, a usuária com complicações passou por várias crises após a modificação na forma de marcação das consultas. A extinção do agendamento de consultas presencial através dos cuidadores, dificultou seu acesso ao serviço especializado. Para agendar a consulta, a usuária passou a ir presencialmente

ao serviço ou realizar a marcação através da central telefônica, arcando com os custos da ligação: *“Fui na emergência por conta própria e lá tirou sangue, colocou um comprimido debaixo da minha língua, porque eu estava com minha pressão alta, e aplicaram insulina na minha barriga.”* (Usuária 3, Rede Recife). Em Caruaru, todas as usuárias com complicações relataram crises metabólicas, descompensações e acessos repetidos às emergências próximas a sua residência e em menor frequência as usuárias sem complicações. As principais causas das descompensações atribuídas pelas usuárias, foram a dificuldade de acessar o serviço especializado para consultas de seguimento e os conflitos familiares. Nos serviços de emergência utilizados, houve bom atendimento com alta após a estabilização.

Flexibilidade no tratamento

Em ambos os municípios, as usuárias relataram que em situações de crises ou perda de eficácia do tratamento medicamentoso, suas medicações foram ajustadas ou modificadas pelos médicos da família ou nas emergências. Em Recife, a usuária com complicações recebeu adaptações parciais ao seu tratamento durante o agravamento de uma complicação proveniente da diabetes. Teve acesso ao hospital, aos procedimentos curativos e aos especialistas para recuperação. Porém, após a crise, não conseguiu realizar as consultas de seguimento no mesmo serviço e após várias tentativas, desistiu de procurar atendimento.

Coerência do cuidado

Em Recife, apenas uma usuária relatou que a médica da família, eventualmente, discordava da conduta adotada pelo profissional da atenção especializada, no que diz respeito à modificação da medicação ou de sua dosagem. A discordância teve como causa o mal estar provocado pela nova medicação. Segundo a usuária, a médica da família recomendou o retorno à medicação anterior até nova avaliação da especialista. Em Caruaru, não foi relatada nenhuma discordância do tratamento proposto entre os médicos dos distintos níveis assistenciais.

Tabela 12-4. Continuidade da Gestão entre redes assistenciais diabetes mellitus do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Acessibilidade entre níveis		
Categories	Recife	Caruaru
Fase pré-diagnóstica		
Detecção precoce	Falta de estratégia de detecção precoce; Baixa capacidade resolutiva.	Falta de estratégia de detecção precoce; Baixa capacidade resolutiva.
Apoio ao diagnóstico	Indisponibilidade de rede pública de diagnóstico; Diagnóstico tardio.	Indisponibilidade de rede pública de diagnóstico; Diagnóstico tardio.
Fase Pós-diagnóstica		
Consultas e exames de seguimento	Disponibilidade de consultas de nas USFS; Garantia de exames de seguimento.	Disponibilidade de consultas de nas USFS; Emissões de resultados demoradas - Quando urgente em clínica privada.
Acesso à medicação	Disponibilidade de medicações gratuitas para o tratamento nas USFS com poucas faltas.	Disponibilidade de medicação gratuita nas USFS, com eventuais faltas; Indisponibilidade de medicações para o tratamento na AE.
Encaminhamento à especialistas	Encaminhamentos da AB à AE com dificuldades na obtenção da vaga; Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.	Encaminhamentos da AB à AE com dificuldades na obtenção da vaga; Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	Ajustado conforme surgimento de necessidades.	Ajustado conforme surgimento de necessidades.
Coerência do cuidado		
Coesão entre condutas da AE e AB	Discordância eventual na prescrição de medicamentos.	Não foi relatada discordância.
Controle da doença	Irregularidade nas consultas com especialistas; Pouca comunicação entre AB e AE.	Irregularidade nas consultas com especialistas; Ausência de comunicação entre AB e AE.

Continuidade da informação

Transferência da informação

Em ambos os municípios foi consensual a opinião sobre a inexistência de transferência das informações entre os especialistas e os médicos da família. Em Recife, em nenhum dos casos os médicos especialistas preencheram o campo de contrarreferência presente no formulário de encaminhamento. Em Caruaru, não existia esse tipo de instrumento e da mesma maneira não havia contrarreferência. Como os especialistas não relataram formalmente a conduta adotada para os médicos da família, as usuárias e cuidadores de Recife e Caruaru, tornaram-se os responsáveis pela transferência das informações da consulta especializada aos médicos da família: *“O encaminhamento foi num papel e eu não sei de os médicos terem entrado em contato, não. E se aconteceu, não percebi. Nem mandar recado de consulta ou exame. Nunca soube que os médicos se falaram ou mandaram bilhetes”* (Usuária 2, Rede Recife).

As usuárias sem complicações relataram que achavam importante o compartilhamento das informações por escrito entre os níveis assistenciais, para apoiar os profissionais da atenção básica na tomada de decisões. As usuárias com complicações, opinaram que o compartilhamento das informações não faria diferença, pois os médicos da família, mesmo com as informações, não estariam aptos para tratá-las.

Acesso à informações sobre o tratamento

Houve similaridades nas opiniões das usuárias em Recife e Caruaru quanto ao acesso à informações sobre o tratamento. Em ambos os municípios, foram propiciadas informações às usuárias sobre a diabetes, seus principais sintomas, as formas de controlar através da adaptação, relacionada aos hábitos cotidianos como dieta alimentar, medicação e atividades físicas e das formas de avaliação do tratamento, além dos exames. As usuárias relataram que o conjunto de informações aos quais tiveram acesso foram transmitidos nas consultas na unidade de saúde, visitas de agentes comunitários de saúde (ACS) e em reuniões promovidas nas

unidades de saúde. Todas as usuárias tiveram acesso à instruções sobre como proceder em casos de emergências e sabiam quais eram unidades especializadas que deveriam acessar em situações de crise. Para elas o acesso à informações sobre a enfermidade repercutiu no esclarecimento sobre a enfermidade e sua correlação com os hábitos cotidianos, além de como evitar o agravamento da doença.

Conhecimento acumulado

Em ambos os municípios, algumas das usuárias relataram ser acompanhadas com o mesmo profissional desde o início do tratamento. Nestes casos, em ambos os níveis de atenção, havia conhecimento acumulado. Na opinião das usuárias os profissionais conheciam o histórico clínico e características pessoais de cada uma, sem a necessidade de consultar os prontuários. Nos casos em que houve alternância de profissionais, sobretudo na AE, as usuárias relataram que os profissionais às desconheciam e era necessária a repetição da história clínica a cada nova consulta.

Em ambos os municípios, observou-se que a repetição da trajetória assistencial foi causada, não apenas pela rotação dos profissionais, mas também pela pobreza de preenchimento das informações nos prontuários. Havia a necessidade da indagação às usuárias sobre suas trajetórias e condutas anteriores, tendo em vista que os prontuários não representavam fontes de informações densas, o suficiente para os médicos conhecerem as usuárias e seu contexto social e de saúde. As usuárias assumiam com naturalidade a necessidade de contar sua trajetória aos novos profissionais, principalmente na AE, pois desde quando começaram o tratamento, esta era a prática.

Durante a coleta de dados em Caruaru, detectou-se a existência de duplicidade de prontuários. Havia fichas de usuários, controladas pelo médico de família e arquivadas no consultório, separado dos prontuários da USF. Observou-se que as anotações eram diferentes das que constavam no prontuário da unidade. Esta prática tinha como objetivo evitar que as informações das usuárias fossem perdidas junto com os prontuários da unidade.

Tabela 12-5. Continuidade da Informação entre redes assistenciais diabetes mellitus do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Categories	Recife	Caruaru
Transferência de informações		
Uso de mecanismos de troca de informações	Existência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais; Pouca informação para a referência; Ausência de contrarreferência; A AE não enviou informações formais para a AB; Usuárias responsáveis pela transferência de informações, sobretudo da conduta da AE a AB.	Inexistência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais; Pouca informação para a referência; Ausência de contrarreferência. A AE não enviou informações formais para a AB; Usuárias responsáveis pela transferência de informações, sobretudo da conduta da AE a AB.
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências	Informações sobre a diabetes prestadas na AB; Existência de programas e políticas focadas para diabéticos; Informações sobre procedimentos em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.	Informações sobre a diabetes prestadas na AB; Existência de programas e políticas focadas para diabéticos; Informações sobre procedimentos em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.
Conhecimento acumulado		
Conhecimento sobre a história e contexto das usuárias	Observado na AB entre as usuárias sem alternância do médico; Impossibilidade pela rotação de especialistas.	Observado na AB entre as usuárias sem alternância do médico; Impossibilidade pela rotação de especialistas.

Continuidade da relação

Consistência da equipe

Em ambos os municípios houve semelhanças nas opiniões sobre a consistência da equipe e seus efeitos. A alternância dos profissionais foi mais evidenciada pelas usuárias de Caruaru. Na AB, destacou a alternância de um médico da família por município. Na opinião, principalmente dos profissionais, a alternância ocorreu pela dificuldade da AB em fixar profissionais, principalmente em Caruaru. A manutenção do mesmo profissional responsável pelo atendimento foi bem avaliada por favorecer a construção do vínculo entre os profissionais e as usuárias. As usuárias que permaneceram com os mesmos médicos de família experienciaram o aprofundamento do conhecimento dos profissionais sobre suas histórias: *“É sempre a mesma médica que me atende no posto [na atenção*

especializada]. Tem um médico da catarata, tem um médico do glaucoma. O da cirurgia é a mesma coisa” (IMS, U3 DM Recife).

Na atenção especializada, foi observado que todas as usuárias de Recife e Caruaru sofreram com a alternância dos profissionais que as atenderam. As consultas eram agendadas para os especialistas com agenda disponível. Como consequência, as consultas eram pontuais e as pacientes transitórias.

Vínculo entre as usuárias e os profissionais

Em ambos os municípios, houve similaridades quanto à consolidação dos vínculos entre médicos de família e as usuárias que permaneceram com os mesmos profissionais ao longo de sua trajetória assistencial. Não foi observado o aprofundamento da relação com os profissionais da atenção especializada. As usuárias de Recife e Caruaru, que foram atendidas pelos mesmos profissionais na atenção básica, demonstraram boa relação e confiança em seus médicos. Em cada rede, as informações de duas usuárias evidenciaram que a consolidação do vínculo e da confiança com os profissionais da atenção básica não resultava apenas do longo tempo de consultas com o mesmo profissional mas, sobretudo, pelo interesse e atenção do médico com a usuária e pela segurança e confiança no tratamento que prescrevia (tabelas 12-6 e 12-12).

Tabela 12-6. Continuidade da Relação entre redes assistenciais diabetes mellitus do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Categories	Recife	Caruaru
Consistência da equipe		
Identificação do médico responsável	Reconhecimento do médico de família como responsável pelo seguimento.	Reconhecimento do médico de família como responsável pelo seguimento.
Consolidação do vínculo		
Confiança no profissional	Vínculo na AB, e nenhum na AE; Insuficiência especialista na rede.	Vínculo na AB, e nenhum na AE; Insuficiência especialista na rede.

Apenas uma das usuárias considerou que a mudança de médico foi benéfica na medida em que passou a ser atendida por uma profissional com quem mantém boa relação e comunicação, diferentemente do que ocorria com o médico anterior. Observou-se que alternância do especialista

gerava a falta de consolidação do vínculo e decorria da alta demanda e da baixa oferta de profissionais especializados.

Conclusões

Os resultados do estudo evidenciaram vários elementos que influenciam as distintas dimensões da continuidade da assistência às mulheres com câncer de mama e com as portadoras de diabetes. Em ambas as redes, foram observadas diversas barreiras à continuidade da atenção, porém mais notadamente em Caruaru.

Os problemas com continuidade da gestão do cuidado das mulheres com câncer de mama se evidenciaram nas dificuldades de acessibilidade aos distintos níveis assistenciais que aparecem, tanto na fase pré-diagnóstica, quanto na fase diagnóstica. Na primeira fase, a principal limitação imposta à atenção das usuárias foi o descumprimento das normas para o diagnóstico precoce do câncer.

Na fase seguinte, a insuficiente oferta de consultas e de exames e a falta ou as interrupções nas entregas de medicamentos gratuitos ocasionava, além de prolongados tempos de espera, o aumento dos custos com a compra de medicações e pagamento por estes procedimentos em clínicas privadas, mais notadamente em Caruaru. Adicionalmente, em ambas as redes, as longas distancias, sobretudo da atenção especializada, associada à precária oferta de transporte público em sistemas integrados, especialmente em Caruaru, incidiram também sobre o aumento dos custos com o tratamento. O conjunto destes fatores contribuiu no atraso do diagnóstico e do tratamento das mulheres. Também se observou em Caruaru a existência de resistência dos profissionais ao acesso das usuárias nas unidades de emergência gerais, motivada pela falta de preparo para o atendimento de casos de oncologia. Por outro lado, um aspecto notável foi o apoio familiar e de amigos, como também a assistência médica prestada às mulheres. Estes elementos foram fundamentais para melhorar a condição psicoafetiva das mulheres, assim como no apoio efetivo com recursos financeiros e na condução de trâmites para o tratamento.

Em relação à coerência da atenção, observaram-se pontuais discordâncias entre os profissionais na rede especializada - o que não pode ser observado em relação à atenção básica, em virtude da falta de comunicação entre estes níveis de atenção -, decorrente da fragmentação dos serviços.

No que diz respeito à continuidade da informação, a rede de Caruaru carecia de instrumentos formais de transferência de informações. Mesmo assim, as pacientes foram encaminhadas da atenção básica portando informações por escrito e solicitações de exames. Em Recife, foi utilizado o formulário específico de transferência de informações, e as mulheres foram encaminhadas ao segundo nível de atenção, adicionalmente portando solicitações de exames ou os resultados dos já realizados. Entretanto, em ambas as redes, não se observou a contrarreferência, e as informações eram prestadas pelas usuárias ou por seus familiares. Os especialistas trocam informações através dos prontuários, ligações telefônicas e conversas informais, possivelmente por trabalharem na mesma unidade de saúde.

Quanto à continuidade da relação, em ambos os municípios, o estabelecimento de vínculos das pacientes com os profissionais da atenção básica pode ser considerado pouco expressivo. A percepção de algumas usuárias era de que os médicos de família não estavam aptos para acompanhar o tratamento de câncer de mama. Possivelmente, contribuiu para essa percepção a falta de retorno das informações do nível especializado, apesar das solicitações de esclarecimentos feitos por médicos do primeiro nível de atenção. Todas as usuárias mantiveram o vínculo e tinham como referência médica seus oncologistas, possivelmente como consequência do atendimento com o mesmo profissional ao longo do tempo.

Com relação à continuidade da gestão do cuidado as mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2, a cobertura das usuárias por equipes de saúde da família não foi suficiente para evitar, em alguns casos, que o diagnóstico fosse definido tardiamente e em situações de crise, especialmente na rede de Caruaru. Do mesmo modo, não foi suficiente para assegurar a realização gratuita dos exames para a definição do diagnóstico, dos exames de seguimento e da aquisição regular de medicamentos e insumos, especialmente os prescritos na atenção especializada, com consequente aumento de gastos com o tratamento. Há insuficiente oferta de serviços que produz espera prolongada para obtenção de consultas com especialistas. No entanto, em ambos os municípios, associada à baixa capacidade de resolução das unidades de saúde, podem ter contribuído para o atraso do diagnóstico e continuidade de tratamento no serviço público, a falta de planejamento de consultas preventivas nas unidades de saúde, associadas ao baixo nível socioeconômico das usuárias.

Em relação à coerência da atenção, a discordância no tratamento entre especialista e o médico de família foi pontual.

Em Caruaru, a descontinuidade da informação estava relacionada com a inexistência de instrumentos oficiais de transferência de informações e pela limitada comunicação entre os profissionais dos distintos níveis assistenciais, sobretudo pela falta de contrarreferencia. Além disto, a falta de organização das unidades motivava os médicos a gerar um segundo prontuário com distintas informações das registradas no prontuário do arquivo geral. Em ambos os municípios, é possível que o intercâmbio de informações entre níveis seja limitado pela rotatividade dos médicos especialistas.

Em Recife, a estabilidade das equipes de atenção básica favoreceu a consolidação do vínculo entre as usuárias e os médicos de família. Ao contrário, a rotatividade e número reduzido de especialistas impediu o estabelecimento de vínculos e o acúmulo de informações sobre as usuárias e seus contextos. Finalmente, foi destacado o papel fundamental, para a maioria das usuárias, do apoio familiar, financeiro e, sobretudo, emocional, uma vez que a certeza do apoio promovia segurança e bem-estar psicoafetivo.

Tabela 12-7. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Gestão do cuidado às portadoras de câncer de mama

Acessibilidade entre níveis		
Categories	Recife	Caruaru
Fase pré-diagnóstica		
Detecção precoce e apoio ao diagnóstico	“Antes [do diagnóstico] eu ia quando estava com uma dor de cabeça, quando estava com um resfriado. Eu sempre ia [ao serviço de saúde]... é... tinha [informação], mas eu nunca fiz. Quando eu fiz esse, foi que eu descobri que tinha [...]” (Usuária 1, Rede Recife). “Eu fui aqui ao Posto de Saúde, aqui pertinho da minha casa, que naquela época tinha médico. A Doutora falou: “Eu vou te pedir um exame, um ultrassom.” Porque, naquela época, não fazia mamografia [...]” “Aí, eu falei:” “Doutora: passe, Eu dou um jeito e pago para fazer logo. Tinha que ter 40 [anos] para ter o direito de fazer [o exame]. Eu tinha 35 anos” (Usuária 3, Rede Caruaru).	
Fase diagnóstica		
Acesso à AE no diagnóstico	“A dificuldade que eu tive no SUS foi essa. Foi de querer um mastologista e ele estar de férias e não ter outro no lugar. [...] só tinha um mastologista. Eu acho um absurdo. Aí, ia demorar muito [...] Eu perguntei: “Tem outro?” – “Não tem outro”	

Continua

Acessibilidade entre níveis		
Categories	Recife	Caruaru
	[...].Aí, a ginecologista disse: “Você tem que ir rápido para o mastologista. Porque os seus exames não deram coisas muito boas, não.” Aí, eu fiquei muito preocupada. Disse: “não vou esperar, não.” (Usuária 2, Rede Recife).	
Acesso à Cirurgias	“O que facilitou operar no Hospital xxx foi que eu fiz o exame com quinze dias. Eu recebi a biópsia, não é? Com quinze dias eu recebi. Quando eu recebi, ela já marcou a minha cirurgia, dia 3 de abril. Foi rápido.” (Usuária 1, Rede Recife).	
Acesso à Quimioterapia e radioterapia	“Foi o prefeito. Não liberou a radioterapia [...] Eu disse: “E agora? “Sim. Aí, eu comecei, não é? Comecei a tomar essa injeção todinha. Aí, quando foi depois, aí, eu fiquei com a Doutora YYY, depois que Doutor xxx foi...saiu. Aí, eu passei para Doutora YYY.” (Usuária 1, Rede Caruaru). “Na verdade, ela não fez, não, radioterapia. Ela ficou aguardando autorizar. Não conseguiu autorização em Recife. Aí, o tempo passou e ela não fez. Ela fez só a quimioterapia e desde então, ela faz a injeção uma vez por mês [...]” (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).	
Exames pré-operatórios e Biópsias	“Sabe [o mastologista] me encaminhou, aí pediu exame de sangue e pediu a biópsia. Paguei todos os exames [...] eu gastei uma nota. A biópsia, o exame do coração, exame de sangue, foi tudo por minha conta. Por sinal, pedi até dinheiro emprestado. Minha mãe me ajudou [...]” (Usuária 1, Rede Caruaru).	
Tratamento e Seguimento		
Acesso à Medicação	“Ela pega dipirona e outras medicações quando lá [farmácia PSF] não tem, aí a gente tenta conseguir com a farmácia central.” (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife). “A pessoa já está doente com um problema sério e, acontecendo isso, minhas medicações eu tinha que comprar tudo. No Hospital xxx não me deram nada de medicação. Eu tinha que comprar tudo [...] eu peguei. Naquela época eu estava tomando cortisona, eu estava tomando outra pra cabeça, que era hidantal [...] Não é o Governo que dá essas medicações? E porque aqui, também, eles não dão? Eu acho que é porque é desviado. Eu disse: “Doutor. Lá em Caruaru eles não dão isso aqui pra gente, não.” Aí, ele falou assim: “Pois isso aqui vai pra todo mundo. Todo mundo tem direito a essa medicação de graça”” (Usuária 3, Rede Caruaru).	
Coordenação da atenção	“Só que eu achava, assim, depois de ter feito a cirurgia, eu achava que ele era só cirurgião mesmo. Foi o mastologista. Fez a cirurgia. Pronto. Eu vou ficar só com a oncologista e vai dar tudo certo. Como deu, aí eu não procurei mais ele.” (Usuária 2, Rede Recife).	
Encaminhamentos à AE	“Recebia encaminhamento. Cardiologista eu precisei. Marquei rápido também. Duas vezes eu fui no cardiologista lá no Hospital xxx. Agora o que demorou, que eu ainda não consegui fazer, foi um exame que ela passou de eco cardiograma.” (Usuária 2, Rede Recife).	
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	“Porque todas as vezes que ela [a usuária] precisou, das especialidades ela teve a assistência. A gente encaminhou para o radioterapeuta, mas o radioterapeuta demorou a ter a consulta [...], mas assim, a gente teve coisas que ela teve bem ágil.	

Continua

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	Recife	Caruaru
	O neurologista, ele veio logo, ele providenciou logo, [...] ela tinha que ter o colete, ela teve o colete. Ela tinha que ter a fisioterapia motora, ela teve, mas também foi capengada, porque a menina [fisioterapeuta] vem uma vez, e eu acho que não pode ser só uma vez por semana.” (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).	
Coerência do Cuidado		
Coessão entre condutas	“A gente vai fazer um quadrante. Só a parte que estava sendo afetada [...]. “E ele disse que trabalhava lá [no Hospital xxx], que podia fazer particular, mas eu não tinha condições. Só que depois, outro mastologista indicou tirar toda mama e eu preferi.” (Usuária 2, Rede Recife).	

Tabela 12-8. Exemplos de citações sobre a Continuidade da informação na atenção a portadoras de câncer de mama

Transferência da Informação entre níveis		
Mecanismos de transferência de informações	“De lá [atenção especializada] para cá [atenção básica] vem, não. Não, por escrito [...] que a Doutora manda? Não. Por aqui eles não mandam nada.” (Usuária 1, Rede Recife). “As informações clínicas dos pacientes são compartilhadas entre os profissionais de nível superior em termos que interesse a patologia.” (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).	
Acesso à informações sobre o tratamento	“Doutora xxx, quando eu saí da cirurgia, ela foi lá, viu. Ensinou os exercícios para gente, que a gente não deveria deixar de fazer, por conta do braço. Porque você não pode fazer muita coisa, porque pode inchar grave. E depois que incha, não tem mais jeito. Segui tudo direitinho. Eu não pegava em vassoura, não fazia movimentos repetitivos. Tudo o que ela pediu, eu não fiz [...]. Ela ensinou uns exercícios que eu fazia. Mas aí, eu não precisei de fisioterapia, não.” (Usuária 2, Rede Recife).	
Conhecimento acumulado		
Conhecimento sobre o contexto das usuárias	“Mas, para eles se comunicarem, tinha que vir uma do Hospital xxx também, porque ali ela já sabe, ali ela já está sabendo dos exames todinhos e da operação que eu fiz. Ali, ela já sabe de tudo. Aí, para mim, a senhora quer saber se melhorava. Melhorava muito. Não estou dizendo, se tivesse de lá que viesse de lá.” (Usuária 1, Rede Recife).	

Tabela 12-9. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Relação na atenção à portadoras de câncer de mama

Consistência da Equipe		
Identificação do médico responsável	“Para ser sincera, eu só fui para ele na cirurgia, no início, depois da cirurgia, e depois eu voltei lá para ele tirar os pontos e fazer a revisão da cirurgia. Eu não voltei mais para ele. Porque eu achava que só indo para a oncologista, já resolvia tudo. [...] Mas, assim, foi falta de experiência de alguém dizer: “Ô mãe, tu não	

Continua

<p>consegues ter um mastologista, não?” Porque o certo é ser acompanhada pelos dois. Só que eu achava assim, depois te ter feito a cirurgia, eu achava que ele era só cirurgião mesmo.” (Usuária 2, Rede Recife).</p>	
<p>Vínculo entre usuárias e profissionais</p>	
<p>Confiança no profissional</p>	<p>“Antes da doutora xxx, eu me consultei com outra médica, outra oncologista. [...], mas eu gostei mais da doutora xxx. Aí, toda vez que eu ia, eu dizia que era para doutora xxx. “Mas tem muita gente para ela.” Mas dá um jeitinho, eu dizia. Aí, as meninas começaram a marcar para ela.” (Usuária 2, Rede Recife). “Porque ela já sabe. Eu me sinto... porque ela é minha médica e já sabe de tudo. [...] “É assim. É saber da doença, sabe? Lutar, assim, pelo paciente, para ver se o paciente se recupera”...” Usuária 1, Rede Recife).</p>
<p>Transferência da Informação entre níveis</p>	
<p>Mecanismos de transferência de informações</p>	<p>“De lá [atenção especializada]) para cá [atenção básica], vem não. Não por escrito [...] que a Doutora manda? Não, para aqui eles não mandam nada.” (Usuária 1, Rede Recife). “As informações clínicas dos pacientes são compartilhadas entre os profissionais de nível superior em termos que interesse a patologia.” (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).</p>
<p>Acesso à informações sobre o tratamento</p>	<p>“Doutora xxx, quando eu saí da cirurgia, ela foi lá, viu. Ensinou os exercícios a gente, que a gente não deveria deixar de fazer, por conta do braço. Porque você não pode fazer muita coisa, porque pode inchar grave. E depois que incha, não tem mais jeito. Segui tudo direitinho. Eu não pegava em vassoura, não fazia movimentos repetitivos. Tudo o que ela pediu, eu não fiz. [...]. Ela ensinou uns exercícios que eu fazia. Mas aí, eu não precisei de fisioterapia, não.” (Usuária 2, Rede Recife).</p>
<p>Conhecimento acumulado</p>	
<p>Conhecimento sobre o contexto das usuárias</p>	<p>“Mas, para eles se comunicarem, tinha que vir uma do Hospital xxx também, porque ali ela já sabe, ali ela já está sabendo dos exames todinhos e da operação que eu fiz. Ali, ela já sabe de tudo. Aí, para mim a senhora quer saber se melhorava. Melhorava muito. Não estou dizendo, se tivesse de lá que viesse de lá.” (Usuária 1, Rede Recife).</p>

Tabela 12-10. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Gestão da atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

<p>Acessibilidade entre níveis</p>	
<p>Fase pré-diagnóstica</p>	
<p>Deteção precoce</p>	<p>“O diabetes eu comecei com fome, sede e urinar. Eu tinha uma fome que ninguém controlava. E eu sempre fui ao doutor aqui no posto. Eu ia, mas tomava remédio e nada. Aí, comecei a perder o peso, mas perdi o peso numa violência. Quando comecei eu estava com setenta e cinco quilos, e quando foi descoberta a diabetes, eu já estava com cinquenta [...]” (Usuária 1, Rede Recife).</p>

Continua

Acessibilidade entre níveis	
Apoio ao diagnóstico	“Muitos exames de sangue. Foram 110 reais. Aí, eu fiz e levei o raio-x e os exames. Levei tudinho para a Doutora. Aí, ela olhou e disse: “Não. O raio-x deu bom.” Doutora XXX, e os exames também para um diabético. Mas é assim. Tem gente que prefere fazer pago, porque demora muito. Demora muito, mesmo.” (Usuária 2, Rede Caruaru).
Fase Pós-diagnóstica	
Consultas e exames de seguimento	“Às vezes a gente vai e não tem vaga. É muito difícil a pessoa pegar uma ficha. Tem que ir muito cedo para conseguir uma ficha na USF. Eu fiquei com um problema que eu não podia me levantar muito cedo, por conta da frieza. Ficava passando mal. Aí, eu tinha que botar minha filha para ficar lá, para pegar uma ficha. Depois, quando pegava a fichinha, que eu me alimentava. Quando eu ia para lá, eu tinha que ir sem me alimentar para fazer o teste do dedo para saber como estava. Faz o teste, aufferi a pressão. Aí, eu... mas tenho grande dificuldade. Chego lá “Preciso de uma ficha para me consultar.” “É. Mas não tem vaga, não tem vaga.” “A Doutora estabeleceu um negócio assim: toda quarta-feira era dia para os hipertensos na parte da manhã e na parte da tarde [...]” (Usuária 2, Rede Caruaru).
Acesso à medicação	“Eu recebo aqui a medicação todos os meses. Só se não tiver de jeito nenhum. Só se tiver faltando. Mas tem sempre medicação. Não tenho do que me queixar. Quando não têm, elas explicam [...]” (Usuária 2, Rede Caruaru).
Encaminhamento à especialistas	“Quando chegava lá pra marcar direto, era bom. Tinha aquele dia só, quando chegava lá e marcava. Sempre marcando. Agora, é uma dificuldade. Agora, esse negócio por telefone.” (Usuária 1, Rede Recife). “Marca aqui no posto e encaminha. A gente fica indo lá para perguntar se já marcou, pois demora a conseguir marcar. Eu estou precisando de um oftalmologista faz tempo. Está demorando desde setembro [4 meses de espera].” (Usuária 2, Rede Recife).
Flexibilidade no tratamento	
Ajustes no tratamento	“E disse que eu tinha que tomar remédio. Aí, passou o remédio. Eu tomava primeiro. Eu comecei tomando Clorpropamida, depois eu fui para o posto de saúde. A Doutora Silvia passou para mim esse comprimido. Aí, eu tomei uns dias. Aí, eu tomei um bocado de tempo. Aí, depois, passou para outro que é esse Glibenclamida, que ainda eu estava tomando. Aí, agora estou na Diabinese, porque eu tomo remédio muito tempo.” (Usuária 2, Rede Caruaru).
Coerência do cuidado	
Coesão entre condutas da AE e AB	“É que deixa mais por fora. Das mudanças que estão acontecendo com aquele paciente que está aqui na comunidade, que a gente cuida dela também. Isso me deixa sem resposta para algumas coisas. Por que vai acrescentou um remédio. Mas porque acrescentou aquele remédio? Porque trocou o remédio? Ela se queixou de alguma coisa lá e não se queixou aqui? Fica um pouco mais difícil, por que foi mudado uma dose de insulina, é fácil para mim ver. Mas, aí, por que ele tirou um remédio e colocou outro? Ela teve alguma queixa lá que nunca se queixou aqui? Ou apresentou alguma coisa no exame que eu não tive acesso, que eu não soube aqui? Aí, fica como uma lacuna.” (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Tabela 12-11. Exemplos de citações sobre a Continuidade da informação na atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

Transferência da informação	
Mecanismos de transferência de informações	“O encaminhamento foi num papel e eu não sei dos médicos terem entrado em contato, não. E se aconteceu, não percebi. Nem mandar recado de consulta ou exame. Nunca soube que os médicos se falaram ou mandaram bilhetes. [Eles se comunicarem] ajudava, sim, porque um fica sabendo o que vem acontecendo anteriormente. “O prontuário de lá do Hospital xxx ficou lá, e no posto de saúde, abriu um novo. Nem eu contei nada que passou lá. O que passou lá, passou lá. Ficou e acabou-se.” (Usuária 2, Rede Recife).
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências	“Explica. Ele explica. Ele diz que a pessoa fazendo regime, tomando a medicação, verificando assim que dia, quando está muito alta, ele diz que de oito em oito dias, ou dia sim dia, não quando ela já está baixa. Aí, com uns quinze dias ou um mês. Eu acho normal mesmo, porque você toma a medicação e ela baixa. Depois, tenho que fazer um regime que ele passou, onde não posso comer muitas coisas doces. Eu já uso adoçante, a manteiga sem gordura, aquele refrigerante light. Pronto. É suficiente mesmo.” (Usuária 1, Rede Caruaru).
Conhecimento Acumulado	
Conhecimento do contexto das usuárias	“Desde que estou aqui, ela é sempre tratada com os mesmos profissionais. Eu acho importante ela estar com o profissional. Vai conhecendo a história dela, a doença dela, vai vendo a evolução. Acho bom. Vai criando um vínculo. Eu acho que a confiança do médico, do paciente, conhecer já aquele profissional, e seguir mais um pouco aquilo que ele fala.” (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Tabela 12-12. Exemplos de citações sobre a Continuidade da relação na atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

Consistência da Equipe	
Estabilidade da equipe	“É sempre a mesma médica que me atende no posto. [Na atenção especializada], tem um médico da catarata, tem um médico do glaucoma. O da cirurgia é a mesma coisa. Primeiro, foi a doutora. Me recebeu muito bem. Não senti nada na cirurgia. Chorei muito porque eu disse assim, não me deixe não. Volte para fazer a cirurgia no outro olho. Eu gostei tanto da senhora,. Aí, não senti nadinha da sua mão. Aí, quando foi para fazer o outro, foi um doutor. Já não foi ela. Mas quem mudou foram eles mesmos. Não foi eu, não.” (Usuária 3, Rede Recife). “Quando troquei de médico, contei minha história de novo. É normal ter de contar minha história. Como é que ele vai descobrir numa pessoa, se não conversa com ele. Não sabe de nada, não vai adivinhar. Eu acho normal.” (Usuária 2, Rede Recife).
Consolidação do vínculo entre as usuárias e os profissionais	
Confiança no profissional	“Era atendida pela mesma médica. Parece a Dra. YYY. E depois foi Dra. XXX, que saiu rápido. Aí, veio essa agora. Um ano, mais ou menos, ou mais. Tem dia que tinha palestra que ela fazia. Uns três meses, numa quarta-feira, que a paciente dela podia ir assistir a palestra. A responsável pelo meu acompanhamento é a Dra. ZZZ. Eu acho uma maravilha o tratamento dela. É bom. Ela atende bem o paciente e ela se preocupa com o paciente. Eu só vou a ela. Só vou nela. As informações que ela me dá são muito boas. É para o bem do paciente. E eu compreendo a palestra dela é clara.” (Usuária 2, Rede Recife).