



**Universidade Federal Fluminense
Instituto de Saúde da Comunidade
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico**

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

**“TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PACIENTES COM
CÂNCER: ASPECTOS DO CUIDADO INTEGRAL EM
OPERADORA DE AUTOGESTÃO”**

Niterói

2012

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

**“A TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM
CÂNCER: ASPECTOS DO CUIDADO INTEGRAL EM
OPERADORA DE AUTOGESTÃO”**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO
REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA,
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA – ÁREA DE PLANEJAMENTO,
AVALIAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE,
INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE,
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.

ORIENTADOR: PROF DR. ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

Niterói

2012

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

**“A TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM CÂNCER:
ASPECTOS DO CUIDADO INTEGRAL EM OPERADORA DE
AUTOGESTÃO”**

BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

PROF. DR. ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR (ORIENTADOR)

PROF. DR. LEONARDO JUSTIN CARÂP (TITULAR)

PROF^a. DR^a. DENISE SCHOUT (TITULAR)

PROF^a. DR^a. MARCIA GUIMARAES DE MELLO ALVES (SUPLENTE)

PROF^a. DR^a. ROSENI PINHEIRO (SUPLENTE)

C757 Constancio, Thiago Inocêncio

A trajetória assistencial de pacientes com câncer: aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão / Thiago Inocêncio Constancio. - Niterói: [s.n.], 2012.

112 f.

Orientador: Aluisio Gomes da Silva Junior.

**Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –
Universidade Federal Fluminense, Faculdade de
Medicina, 2012.**

1. Avaliação em saúde. 2. Saúde
suplementar. 3. Oncologia. I. Título.

CDD 614

Dedicatória

Aos meus pais **José Carlos** e **Margarida** e ao meu irmão **David**: amorosos, empenhados e carinhosos, com quem aprendi as minhas primeiras lições.

À minha eterna companheira **Márcia**: esposa presente, sábia, amorosa e cuidadosa, com quem sempre me alegro.

Aos **pacientes entrevistados**, que mesmo em meio ao sofrimento contribuíram para a realização deste estudo.

A Deus, minha rocha, em quem posso confiar!

Agradecimentos

Ao querido mestre e amigo **Aluisio Gomes da Silva Júnior**, pela dedicação e generosidade com que me acolheu e me ensinou a trilhar os caminhos da gestão em saúde.

Ao querido mestre e amigo **Leonardo Justin Carâp**, pelas contribuições à dissertação, pela convivência e pelas várias aulas sempre ricas em aprendizado.

Aos queridos professores e amigos do Departamento de Planejamento do ISC/UFF – **Márcia Guimarães, Armando, Gilson, Lilian, Lúcia, Mônica, Verônica e Túlio** que desde 2001 me ajudaram a ampliar os horizontes profissionais e pessoais.

À Dra **Denise Schout** pela gentileza de vir à Niterói e contribuir tanto para a construção desse trabalho acadêmico.

Aos meus colegas de **turma do mestrado** que formaram um grupo simpático, multicultural e inteligente na UFF.

Aos **técnicos administrativos, secretárias e assistentes** que me ajudaram a cumprir as rotinas desta querida universidade.

RESUMO

Este estudo traz uma abordagem inovadora e complementar às metodologias convencionais para avaliação em saúde. Analisamos o cuidado em saúde pela perspectiva do usuário. A magnitude do câncer no Brasil tem mobilizado importantes esforços em termos de dar assistência de qualidade aos portadores dessa doença. Por outro lado, estudos anteriores apontam para a existência de oferta fragmentada da atenção oncológica no setor de saúde suplementar, bem como a insuficiência de coordenação do cuidado por parte das operadoras. Tivemos o objetivo de analisar qualitativamente a trajetória assistencial de pacientes oncológicos de operadora de saúde suplementar no Brasil, a partir de aspectos do cuidado integral em saúde. A metodologia leva em conta as seguintes categorias para análise das trajetórias: acolhimento, vínculo-responsabilização e coordenação do cuidado, estudados a partir de um caso específico de operadora de saúde de autogestão de pequeno porte. Por outro lado, também analisamos os casos de câncer de mama, lançando mão de publicações oficiais do INCA. No ano de 2008, foram levantadas informações junto ao plano de saúde e realizadas entrevistas presenciais e semiestruturadas com 8 pacientes oncológicos, de um universo de 24 pessoas em tratamento no ano anterior. Perfil dos entrevistados: 4 mulheres e 4 homens; 62,5% maiores de 65 anos; 37,5% acometidos por câncer de mama, 25% de pulmão e 37,5% por diferentes cânceres. Resultados: o processo de acolhimento realizado por prestadores foi considerado satisfatório, mas insatisfatório quanto ao atendimento do plano. O processo de vínculo-responsabilização foi considerado inadequado. Fragmentação do cuidado, desarticulação entre prestadores, ausência de oferta de referências médicas e desconhecimento das práticas dos prestadores por parte da operadora. Houve baixa influência da operadora nas trajetórias terapêuticas (75% dos pacientes entrevistados procuraram médicos não credenciados) o que pode ter impactado na resolutividade dos casos. Recomendações do INCA atendidas prioritariamente quanto ao tempo para conclusão da investigação diagnóstica e para início do tratamento, mas houve problemas quanto à medidas de promoção e prevenção ao câncer. Conclui-se que apesar do acesso mais facilitado às tecnologias de saúde no setor suplementar, o cuidado oferecido é parcialmente efetivo no que tange aos aspectos do cuidado integral e às recomendações do INCA.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; trajetória assistencial; avaliação em saúde; oncologia; saúde suplementar;

ABSTRACT

This study presents an innovative approach for evaluating health care performance. We have analyzed the health care from the patients perspective. Cancer's impact on healthcare in Brazil has resulted in a significant investment by the government and the private insurances to improve the quality of care to these patients. Previous studies point out the existence of a fragmented healthcare attention to cancer patients within the private healthcare sector in Brazil. Additionally, these studies have shown the lack of coordination of care by the operators. We aimed to analyze the cancer care from a qualitatively perspective, from the aspects of integrated care. The methodology takes into account the following categories for analysis of the patients' trajectories: Host, bond-accountability and coordination of care studied from a case of a small healthcare insurance company. In addition, we analyzed the cases of breast cancer, making use of official publications of INCA. Information was raised by the health insurance and personal and semi-structured interviews were conducted. Eight cancer patients from a total population of diagnosed people were included. Profile of respondents: 4 women and 4 men, 62.5% over 65 years, 37.5% affected by breast cancer, 25% by lung cancer and 37.5% for different cancers types. Results: the process of host performed by providers was considered satisfactory, but poor on the part of the plan. The process of bond-accountability was considered inadequate. Fragmentation of care, disarticulation between providers, lack of provision of medical references and of knowledge of the providers' practices by the operator were recurrent. The operator has little influence on the trajectories of the patients (75% of the interviewed patients sought medical non-accredited) which may have impacted on solving cases. Conclusion: Even the easier access to health technologies in the private sector in Brazil, the care offered is partially effective when it deals to aspects of integrated care and the recommendations of INCA.

Keywords: Integrated care; patients' trajectories; health assessment; oncology; health insurance;

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO GERAL.....	17
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 MARCO TEÓRICO	18
3.1 INTEGRALIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
3.2 O CAMPO DE FORÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR	23
3.3 CONCEITUANDO GESTÃO DO CUIDADO.....	27
3.3.1 O CUIDADO	27
3.3.2 A COORDENAÇÃO DO CUIDADO COMO ELEMENTO DA GESTÃO.....	30
3.4 AVALIAÇÃO PELA ÓTICA DA INTEGRALIDADE.....	36
3.5 AS RECOMENDAÇÕES DO INCA COMO PARÂMETROS DE QUALIDADE	41
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	45
4.1 ESTUDO DE CASO	45
4.2 TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL.....	49
4.3 A ONCOLOGIA COMO FOCO	55
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	59
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
7 TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DOS ENTREVISTADOS.....	62
7.1 Trajetória assistencial de M1	64
7.2 Trajetória assistencial de M2	68
7.3 Trajetória assistencial de M4	71
7.4 Trajetória assistencial de H2.....	74
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
8.1 Análise das trajetórias assistenciais:.....	78
8.1.1 Dimensão ACOLHIMENTO.....	78
8.1.2 Dimensão VÍNCULO-RESPONSABILIZAÇÃO	80
8.1.3 Dimensão COORDENAÇÃO DO CUIDADO	82
8.1.2 Dimensão RECOMENDAÇÕES DO INCA	87

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
11	Figura 1 – Tensões delineadoras da Integralidade na Saúde Suplementar.....	105
12	Quadro 1 - Gerações da Avaliação	106
13	Quadro 2 – Instrumento para análise de entrevistas.....	107
14	Quadro 3 - Análise das entrevistas – parte 1.....	107
15	Quadro 4 - Análise das entrevistas – parte 2.....	108
16	Quadro 5 - Análise das entrevistas – parte 3.....	109
17	Tabela 1 – Topografia e nº de casos de câncer na amostra	111
18	Anexo 1 – Roteiro de questões	112
19	Anexo 2 - Parecer do CEP.....	112

1 INTRODUÇÃO

A contínua demanda por aprimoramento dos sistemas e serviços de saúde para que os mesmos entrem em sintonia com as reais necessidades das pessoas, leva-nos a analisar a trajetória assistencial de pacientes em um segmento específico da saúde por uma ótica inovadora, embora pouco convencional, a qual inclui o olhar da pessoa que é cuidada. Nessa lógica, a resposta aos questionamentos de uma população cada vez mais ávida por atenção à saúde passa pela perspectiva de dar tratamento digno, respeitoso e de qualidade, com práticas humanizadas de cuidado, no sentido da saúde como direito de cidadania (PINHEIRO, 2006).

Dessa forma, entendemos que a compreensão adequada dos processos que envolvem a organização e oferta do cuidado em saúde deve incluir a discussão sobre o que é Integralidade das ações, considerando que sua contribuição aos profissionais da assistência e gestão tem se mostrado relevante.

A Integralidade em saúde e seus diversos sentidos vêm sendo discutidos e aprofundados pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS há mais de uma década. Esta produção está, em maior parte, relacionada ao campo da Saúde Coletiva e tem sido amplamente utilizada para avaliar experiências no setor público. Tomando como referência essas experiências de avaliação, tentaremos analisar, agora, as práticas de cuidado integral no segmento da Saúde Suplementar.

Desenvolvemos, então, um estudo analítico que buscou identificar a existência de aspectos da Integralidade no setor suplementar da saúde brasileira. Vislumbrou-se, dessa maneira, um desafio importante, considerando que estudamos trajetórias assistenciais de pacientes que integram um subsistema de saúde brasileiro que sofre com os problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, marcado pela fragmentação do cuidado, pela predominância do modelo biomédico centrado no procedimento, o qual reduz o sujeito a objeto e o cuidado à incorporação crescente de tecnologias duras (MERHY, 2002). Também compõem este

cenário casos de excessiva medicalização e desumanização revestidas de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

É importante lembrar que a prática do cuidado integral no setor suplementar sofre diferentes influências e é limitada pela abrangência dos contratos estabelecidos entre beneficiários e operadoras. Esses limites têm sido ampliados pela ação regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelos questionamentos no Judiciário. Os órgãos de defesa do consumidor, os movimentos de beneficiários, associações profissionais, grupos de pressão das operadoras, a mídia e outros atores têm também tensionado essas limitações no cuidado integral, tanto na ampliação como na redução de coberturas. Conforma-se, assim, o que SANTOS (2006) chamou de “Integralidade Regulada”, um campo de tensões onde o poder público tem importante papel na garantia e expansão de direitos. A compreensão desse contexto nos orienta na preservação da relevância pública que a saúde assume em nossa sociedade e nas escolhas políticas que promovam o bem-estar coletivo.

Para analisar as práticas da integralidade no setor suplementar, tomamos para estudo a experiência de uma operadora de saúde, a partir da trajetória assistencial de pacientes oncológicos.

Analisar a Integralidade em experiências na área de Oncologia se justifica, pois, acompanhando as transformações demográficas, o Brasil vem apresentando um processo de transição epidemiológica com alterações relevantes no seu quadro de morbimortalidade. Em um período inferior a 40 anos, o país passou a apresentar um perfil caracterizado por doenças crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas (BRASIL. INCA, 2011C).

Atualmente, o principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, são as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as causas externas e as neoplasias em terceiro lugar (DATASUS, 2012), diferentemente de um passado não muito distante em que as doenças infecto-parasitárias prevaleciam nas estatísticas.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) diz que cerca de 40% dos cânceres poderiam ser evitados se programas de prevenção de doenças e promoção à saúde estivessem cobrindo a população mais exposta a estas doenças. Seguindo as recomendações da OMS (2005), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem nos últimos anos induzido a proliferação desses programas, numa tentativa de incentivar a mudança de modelos de assistência na saúde suplementar e contribuir para a prevenção e contenção dos avanços das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL. ANS, 2009). Atualmente os programas focam em questões como o rastreio precoce do câncer, educação em saúde, melhoria da qualidade da alimentação, controle do tabagismo, prática de atividades físicas regulares e outros aspectos relevantes.

A discussão que trazemos nesse estudo não apontou para questões relacionadas à causalidade do câncer, embora o assunto mereça estudos. Tratamos do problema do câncer como uma condição crônica que é, além de serem as doenças oncológicas um representativo problema de saúde coletiva. Também observamos aqui a esfera dos problemas do câncer como uma espécie de *locus* de análise dos aspectos do cuidado integral na saúde suplementar e, por outro lado, também pelo fato de existir considerável dificuldade no manuseio dos problemas relacionados ao paciente com câncer, mesmo na saúde privada. Por exemplo, podemos citar o senso comum de que há um acentuado desgaste emocional dos pacientes, uma percepção de solidão e fragilidade na busca por opções terapêuticas, uma suspeita de baixa efetividade de dispositivos convencionais de ordenação de fluxos de assistência e de insegurança dos profissionais das operadoras em referenciar serviços e prestadores.

Outro ponto que justifica a nossa escolha é o fato de o câncer, em geral, envolver equipes de diversas áreas médicas – diagnósticas, clínicas e cirúrgicas – bem como de outras profissões – psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, enfermagem, entre outras - que em um esforço cotidiano buscam integrar as suas ações de saúde no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Seguindo essa lógica, esses pacientes também transitam por vários níveis de serviços de saúde como os consultórios

de especialidades, laboratórios de análises clínicas e de imagem, clínicas de infusão de quimioterápicos, hospitais-dia, chegando até a necessidade de internações hospitalares para realização de cirurgias e/ou tratamentos de intercorrências que surgem ao longo do tratamento. Essa característica multiprofissional, transdisciplinar e ampla da experiência da doença, em termos do envolvimento de diferentes profissionais e de níveis de serviços, torna a área de assistência ao câncer um local rico em informações, propício aos estudos que levam em conta a trajetória de pacientes.

Ainda nessa seara e considerando a complexidade já demonstrada em dar suporte aos pacientes com câncer, há uma percepção que, em geral, os portadores de neoplasias não encontram amparo adequado nas redes de assistência à saúde pública ou mesmo na saúde suplementar. Considerando que o trajeto assistencial depende em boa parte das iniciativas do próprio paciente, das suas redes de ajuda e das referências que os profissionais de saúde (e não do sistema, ao contrário do que parece) quando do momento do diagnóstico da doença, os pacientes sentem-se desorientados em relação às melhores escolhas relativas aos médicos e terapêuticas cientificamente efetivas. Essa situação de incertezas e tensão ao longo da trajetória pela busca das melhores opções chama-nos a atenção, pois pode trazer consigo grandes impactos sobre a saúde emocional e física das pessoas acometidas pelo câncer facilitando o acúmulo de seqüelas evitáveis da doença, o desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia e qualidade de vida. Pensamos que o trajeto terapêutico fragmentado e desarticulado nos diversos níveis de assistência tem relevância nesse contexto.

No presente estudo, temos a situação do câncer em uma operadora de plano de saúde com características de uma autogestão. As autogestões são organizações de saúde que se diferenciam das outras operadoras de mercado, entre outras coisas, porque operam sem fins lucrativos, ou seja, não costumam sofrer tanta pressão por questões estritamente comerciais na condução/gestão dos seus modelos de assistência como sofrem aquelas.

No entanto, por serem geralmente ligadas a instituições públicas e serem organizações “autogerenciadas”, ou seja, gerenciadas por grupos e/ou

conselhos compostos pelos próprios funcionários em atividade, aposentados ou representantes de associações de funcionários e outros, têm como característica a proximidade dos beneficiários do plano da sua gestão. Essas características do segmento de empresas de autogestão facilitam que questões envolvendo a insatisfação dos beneficiários-donos com a cobertura assistencial ou com a incorporação de novas tecnologias médicas, sejam levadas para o centro das discussões, por exemplo. Alia-se a isso o fato de que os principais interesses das empresas e dos funcionários que patrocinam esses planos residem na preservação do benefício e na ampliação da cobertura oferecida aos beneficiários, havendo, portanto, pouca resistência ao acesso à tecnologias comprovadamente benéficas à saúde das pessoas. De maneira geral, as pressões que incidem sobre as autogestões são de diferentes naturezas quando comparadas às pressões sofridas por planos de mercado. No entanto, estas forças interferem de maneira semelhante no sentido do dever de oferecer as melhores opções de cuidados de saúde aos beneficiários dos planos, sem deixar de lado o equilíbrio econômico-financeiro da empresa.

A operadora de autogestão estudada é considerada de pequeno porte e é responsável por uma população de aproximadamente 7500 pessoas, e encontrava-se com a reestruturação do modelo de assistência em curso, seguindo as orientações do programa para a qualificação de operadoras (BRASIL. ANS, 2009).

Nessa ótica, podemos entender que as operadoras de planos de saúde são atores importantes na oferta de seus produtos, na formação da concepção de Integralidade no setor (CUNHA; SILVA JUNIOR; CONSTANCIO, 2006) e na regulação permitida do acesso ao cuidado integral. Contudo, sabemos que essas empresas coabitam com outras forças em um tensionamento constante, cujo resultado é a ampliação ou redução dos sentidos da Integralidade, mesmo em se tratando das operadoras de autogestão.

Por outro lado, como autor desta dissertação de mestrado, penso na importância de esclarecer as minhas implicações no estudo antes do seu desenvolvimento, dando alguns detalhes da minha breve história.

Sou médico formado pela Universidade Federal Fluminense (UFF) em 2006, com vivência nos últimos 5 anos na área clínica como emergencista e como médico de família. Paralelamente, nesse período, passei por experiências gerenciais como supervisor de equipe clínica, coordenador de unidade de saúde e diretor técnico de hospital de médio porte. Estas experiências se deram tanto na área pública como no setor privado.

A escolha pela carreira da gestão se consolidou pelo ingresso em 2008 no programa de residência médica em Medicina Preventiva e Social (2008-2010) também na UFF, no qual tive a oportunidade de ter como campo de estágio o projeto de redesenho do modelo assistencial em uma operadora de autogestão. Nessa perspectiva, ao participar da elaboração de um projeto para gestão do cuidado à pacientes com doenças crônicas, entrevistei diversos pacientes da operadora, inclusive os pacientes oncológicos que aqui terão suas histórias assistenciais relatadas.

Após esta etapa, cursei a residência médica em Administração em Saúde (2010-2011) e ingressei no mestrado acadêmico em Saúde Coletiva (2010-2012), ambos na UFF.

Em decorrência dessas vivências descritas na gestão da operadora de saúde, surgiu a ideia de utilizar o banco de dados existente como substrato para o desenvolvimento da dissertação de mestrado, o que se tornou factível a partir de uma inserção nos grupos de pesquisa GEGES/UFF e LAPPIS/UERJ que usufruem expertise no estudo do tema da saúde suplementar.

No final de 2011, ingressei no quadro de servidores da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz - como Analista de Gestão em Saúde Pública, trabalhando atualmente no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) na área de Planejamento Estratégico.

Portanto, considerando todas as questões levantadas acima, tanto aquelas relacionadas estritamente ao tema de estudo quanto as questões de implicação pessoal, resolvemos analisar a trajetória assistencial de pacientes em oncologia sob os aspectos do cuidado integral em saúde, a partir dos serviços oferecidos por uma operadora de autogestão na saúde suplementar.

2 OBJETIVO GERAL

- Conhecer e analisar a trajetória assistencial de pacientes portadores de doenças oncológicas, em operadora de autogestão na saúde suplementar, na perspectiva do cuidado integral em saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a trajetória de pacientes na busca por cuidado;
- Conhecer as dinâmicas assistenciais das estruturas organizadas para a prestação de serviços em oncologia no âmbito da autogestão, na perspectiva do cuidado integral em saúde;
- Analisar a trajetória assistencial quanto ao acolhimento, ao vínculo-responsabilização, à coordenação do cuidado e às recomendações do INCA;
- Cotejar e analisar as confluências e os desencontros dessas duas visões (operadora e usuários) na atenção à saúde, produzindo subsídios técnicos para gestores de saúde.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 INTEGRALIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A compreensão ampliada de Integralidade nos permitiu avançar para além dos sentidos tradicionais apontados por Mattos (2001) - quais sejam: a) Integralidade como um traço da boa Medicina; b) A Integralidade como um modo de organizar as práticas; e c) Integralidade relacionada a políticas para grupos específicos - projetando-a como uma Imagem-Objetivo na construção da política e das práticas de saúde, indissociável da Equidade e da Universalidade, associada fortemente, portanto, à noção de Direito de Cidadania (PINHEIRO, 2001, 2006; PINHEIRO e GUIZARD, 2004; PINHEIRO, FERLA E SILVA JUNIOR, 2004).

Por outro lado, pactuamos com a ideia de Giovanella *et al.* (2000) de que a Integralidade pode ser vista como “um requisito da efetividade/qualidade da atenção”, tendo impacto relevante nos resultados obtidos.

Visamos, pois, práticas sociais que permitam compreender as necessidades de saúde da população, em seus contextos diversos, nas dimensões individual e coletiva. Compreensão esta que possa mediar os conhecimentos, as práticas e as tecnologias na oferta articulada de ações de saúde mais adequadas à solução das necessidades apontadas.

Portanto, Integralidade pressupõe diálogo entre os vários atores da sociedade brasileira na produção da saúde, sem esquecer-se da luta por diminuir a assimetria nas relações de poder estabelecidas entre esses atores, a fim de que melhores resultados em termos de saúde sejam alcançados.

Por outro lado, observamos que a mesma Constituição que aponta a Integralidade como diretriz no sistema público também abre a possibilidade, no seu Artigo 199, do segmento privado operar no setor de maneira suplementar, demandando a regulação do Estado devido à relevância pública atribuída à

saúde (Artigo 197). Entendemos que estamos falando de um sistema único que tem um segmento privado de caráter complementar, regulado pelo interesse público e que tem como pressuposto a idéia de uma Integralidade garantida por um contrato entre as partes. Dessa maneira, podemos dizer que esse contrato passou a ser um dos alvos principais da regulação do setor complementar.

Olhando atentamente para este cenário, nos questionamos se na prática a contratualização entre partes dá conta de garantir o conceito de Integralidade na amplitude em que o tema é discutido no Sistema Único de Saúde. Ou, considerando a negativa, quais seriam as forças tensionadoras dessa ampliação/redução da Integralidade na saúde complementar?

Imbuídos de algumas reflexões sobre a Integralidade das ações de saúde e, sobretudo, como ela se materializa no setor público, podemos agora discutir alguns mecanismos de sua concretização na saúde complementar, dando continuidade a estudos anteriores (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003; CONSTANCIO; SILVA JUNIOR, 2006; PINHEIRO; MATTOS; SILVA JUNIOR, 2007; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009; SILVA JUNIOR *et al.*, 2010).

Nesse âmbito, a Integralidade é compreendida geralmente como um conjunto de ações e serviços que são garantidos por leis e normas de operação na oferta de produtos - os planos e seguros de assistência à saúde. Ao adquirir como um produto de mercado, algo que é garantido na Constituição como direito universal, o usuário passa a ter direito a uma série de ações e serviços listados em contrato. Mas como é possível garantir que essa prestação de serviços seja balizada pelo princípio da Integralidade? Ora, é neste contexto que os dispositivos legais e normativos contribuem seja de forma indutiva ou coercitiva para o estabelecimento de regras mínimas de operação às quais se sujeitam as empresas que desejam participar deste mercado como provedoras da assistência à saúde. Talvez seja esse o significado mais facilmente identificado e utilizado no setor privado para garantir uma suposta Integralidade das ações de cuidado. Ou seja, a contratação de um plano ou seguro de saúde comporta o direito à assistência a um dado conjunto de doenças (referenciado na Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID) sobre as quais se pode intervir por meio de um Rol (definido) de procedimentos.

Mesmo antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Estado se fez presente na regulação ao intervir nessa questão assistencial. Houve uma intensa movimentação política no Congresso Nacional em 1997 a fim de garantir a cobertura de itens que favoreciam o cuidado integral. Por exemplo, ao citarmos a lei 9.656 de 1998, entendida como marco inicial do processo de regulação pública do setor privado, temos algumas assertivas que apontam para a Integralidade, vejamos:

“Art. 1º (3º parágrafo) A assistência que alude o caput desse artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e recuperação, à manutenção e reabilitação da saúde observados os termos da lei e o contrato firmado entre as partes.”

Quando a mesma lei no seu artigo 10 institui o denominado plano referência de comercialização obrigatória, percebemos uma contraposição veemente aos produtos existentes até aquele momento, procurando mais uma vez estabelecer uma cobertura assistencial tendendo à Integralidade das ações conforme podemos observar no trecho selecionado a seguir:

“Art. 10º...compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) , da Organização Mundial de Saúde...”

Portanto, podemos perceber que os instrumentos legais deram formato ao que deveria ser oferecido como cobertura padrão ou referência, leia-se toda a CID. Torna-se importante recordar que havia na época a exclusão, legalmente permitida, de cobertura assistencial a determinados grupos de doenças ou de procedimentos nos contratos firmados, bem como o rompimento unilateral dos contratos, neste caso por interesse das empresas quando os mesmos deixassem de ser “lucrativos”. Em resposta a essa inconsistência, a lei fixou além do conjunto de doenças e agravos a serem tratados, o Rol de

procedimentos médicos e odontológicos de cobertura obrigatória pelas empresas.

Em seguida, ratificando a necessidade da regulação pública e ainda do acompanhamento das atividades do setor, foi criado o órgão responsável por regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no Brasil. A Lei nº 9.961 de 2000, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e determinou ainda suas competências conforme nos mostram os trechos destacados adiante:

“Art. 3º - A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.”

Compete à ANS, segundo o artigo 4º da mesma lei:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras (...);

Podemos considerar que está nestas leis o primeiro esboço de Integralidade para a saúde privada. Esta primeira referência dá idéia de um contrato amplo (padrão) contemplando as doenças e agravos em saúde previstas na CID e ainda um rol de procedimentos e eventos. Neste momento,

questionamos se estas prerrogativas fazem alusão ao conceito de Integralidade norteador do SUS já discutidos na primeira parte deste texto. Entendemos que sim, entretanto fomentamos a discussão a partir de algumas analogias, isto é, em que medida a Integralidade tradicionalmente estudada e desenvolvida pelo setor público é contemplada ou representada no âmbito do privado. Parece-nos que o conceito de Integralidade que buscamos ao longo de nossa luta, entendida como prática social, de fato é bastante amplo e que na legislação da saúde suplementar são dados limites, contornos ao que entendemos até o momento como Integralidade.

Vem sendo instituída uma política mais focada da regulação pública que tensiona a operação do setor nos rumos da Integralidade, porém ainda verificamos limitações. Veremos adiante no texto como se dão essas relações e os papéis que jogam os diferentes atores no campo suplementar, tensionando os limites da Integralidade em diferentes sentidos, ora buscando ampliá-los, ora pretendendo reduzi-los. Deixaremos esse debate para o próximo momento do texto já que ainda se fazem necessários alguns apontamentos sobre os limites jurídico-ideológicos da Integralidade no âmbito suplementar.

O Conselho Nacional de Saúde Suplementar, órgão anterior à ANS e ligado diretamente a União instituiu algumas resoluções e que, em nossa visão contribuíram para definição de regras de operação a serem seguidas pelas empresas no sentido de ampliar a Integralidade das ações. Vale registrar que os grupos de trabalho mais recentes, que têm por finalidade revisar as resoluções, contaram com a representação de todos os atores envolvidos na regulação: operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde e usuários.

Não tivemos a intenção neste estudo de sistematizar minuciosamente todas as revisões do rol ou a evolução detalhada dos mecanismos legais de regulação do setor, mas sim referendá-las num exercício de compreensão da Integralidade na saúde suplementar, mostrando que há um movimento permanente de reformulação e ampliação dos direitos de cobertura dos usuários de planos privados de saúde.

O papel exercido pela Agência tem sido, sobretudo, o de fazer avançar a perspectiva de construção da Integralidade do cuidado, em especial no período de 2003 à 2010, trabalhando a ideia de modelo tecno-assistencial mais adequado e de produção da saúde e não meramente a oferta de procedimentos técnico-profissionais, o que trouxe para o setor avanços importantes (SILVA JUNIOR, 2008).

Esse esforço da política de regulação no período citado acima foi materializado em resoluções da Agência, as quais têm caráter indutivo e de fomento às empresas para que desenvolvam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos e também da ratificação e avanço na questão da assistência aos transtornos mentais. Contudo, existem também outras forças que atuam sobre a Integralidade na Saúde Suplementar.

3.2 O CAMPO DE FORÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Até o presente momento, vimos que a imagem de Integralidade da assistência na saúde suplementar tem sido delineada pela ação do Poder Legislativo e da regulação do Estado por meio da criação da ANS e de suas normatizações. Por outro lado, é interessante apresentarmos outros atores que exercem pressão considerável para a ampliação ou redução da oferta de cobertura. Ilustramos a atuação das principais forças na Figura 1 (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010).

Iniciaremos nossos comentários pelo Poder Legislativo, que por excelência amplia ou restringe o acesso à Integralidade, dependendo dos debates que ocorrem neste foro. Apresenta papel relevante desde as considerações postas em lei que incluem coberturas e procedimentos, outrora excluídos pelos planos. Por outro lado, no momento em que o legislativo afirma a importância do acordo comercial entre as partes (contrato) pode-se entender que a Integralidade está sendo limitada, para que, por exemplo, ocorra uma previsibilidade dos custos e/ou prêmios ressarcidos ao usuário do plano.

É interessante destacar que esse efeito “sanfona” também ocorre nos processos de regulação do Estado no momento em que induzem mudanças na

operação do setor por meio das normas do órgão regulador. Desde 2009, a ANS priorizou a implementação de programas de promoção e prevenção. Está em curso também uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada no sentido de produção da saúde, em que há uma preocupação com o impacto epidemiológico das ações de saúde produzidas pelas operadoras, em termos de diminuição de determinados índices e agravos (BRASIL. ANS, 2009).

Em contrapartida, também pode haver indução no sentido de reduzir a oferta da Integralidade. É preciso registrar que o órgão regulador, em seu colegiado, possui diferentes representações ideológicas e partidárias, e esse campo de forças pode de maneira conjuntural permitir a involução de conquistas pró-Integralidade. Cabe dizer que há uma tendência se concretizando na gestão atual da ANS, em que representantes do mercado suplementar assumem cadeiras diretivas no órgão considerado estatal.

As empresas que contratam planos de saúde para os seus empregados, também desempenham papel importante no setor, considerando que aproximadamente 75% dos planos de saúde comercializados, são planos coletivos de empresas (BRASIL. ANS, 2010). Estas companhias exercem pressão sobre as operadoras com a finalidade de garantir nos contratos a fixação de itens negociados com empregados no campo das relações capital-trabalho, via-de-regra, instituindo pactos que são os acordos coletivos de trabalho anualmente revistos. Ou seja, em troca de determinados benefícios, os trabalhadores também fazem pactos de trabalho e, em alguns casos, esse pacto é repassado para uma operadora de mercado que será a executora do acordo. No caso do segmento das seguradoras e medicinas de grupo, opera-se com a necessidade de margens de lucro, o que torna o controle da sinistralidade (eventos que geram despesas de saúde) um componente estratégico para estudar e negociar os valores financeiros deste pacto.

Na verdade o que ocorre é uma negociação entre empregados e empresa e entre empresa e operadora (quando não é ela mesma que opera o benefício saúde) no sentido de discutir esses itens, adequar-se as lei e como gerir e regular todo o processo, internamente.

Dessa maneira, torna-se claro que nas empresas onde há maior incidência de adoecimento de pessoas o “custo da saúde” se eleva, então há uma negociação entre essas partes com o intuito de reduzir esta “sinistralidade”, a fim de viabilizar o pacto desejado. Não podemos negar que existe uma tensão nessa negociação. Dependendo da conjuntura local, importantes investimentos na produção de saúde podem ser realizados. Para exemplificar, podemos citar casos de empresas que montam programas de promoção e prevenção próprios, por vezes nos locais de trabalho, com vistas a baratear a contratação de planos de saúde ou minimizar os seus custos assistenciais diretos.

As operadoras são outros atores importantes na oferta de seus produtos e na regulação permitida do acesso à Integralidade (por meio de mecanismos de micro-regulação). Isso se tornou evidente a partir de estudos de atenção de algumas doenças mais graves, em que observamos um processo de autorizações para realização de procedimentos especiais ou de eventos que envolvam alto custo. Estes mecanismos podem tornar-se meios de dificultar o acesso ao cuidado (FRANCO; PIRES; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2007; CECILIO *et al.*, 2005 a, b).

Sob outra ótica, chamamos de “pressões especulativas” as forças representadas pelos meios de comunicação e da chamada “inovação tecnológica”, que por vezes estão associadas à idéia de “consumo de tecnologias da saúde”, agindo no aumento da pressão por cobertura desses novos itens. Pressões deste tipo criam uma perigosa tensão para ampliar os limites da Integralidade, por que são muitas vezes baseadas na especulação tecnológico-comercial do complexo médico-industrial¹, ávido por lançar novos produtos para elevar sua lucratividade, sem necessariamente trazer impactos positivos sobre a saúde das pessoas.

¹ Grupo de empresas da área da saúde que produz insumos, equipamentos e/ou medicamentos e que, pela lógica do mercado, tem interesse no consumo crescente dos seus produtos por parte da área médica e sociedade em geral.

Os meios de comunicação têm um papel importante na informação da população sobre essas tecnologias, contudo, também há certa manipulação das informações, por interesses comerciais, incentivando o consumo acrítico dessas tecnologias, a medicalização dos problemas, beirando inclusive a iatrogenia. Observa-se que essa atuação pode ter repercussão instantânea sobre a população, que passa a pleitear tais “produtos” sem tomar conhecimento de avaliação mais aprofundada. Na mesma esteira, identificamos as estratégias de marketing das empresas do complexo médico-industrial que assediam com propaganda os profissionais de saúde. Estes profissionais, como prescritores que são, desempenham papel fundamental na adoção e difusão das tecnologias de saúde. Muitas vezes, adotam condutas estimuladas pela indústria sem a devida crítica de sua real utilidade ou conveniência. Recentes escândalos divulgados na mídia expõem relações comerciais perigosas entre alguns profissionais e a indústria na prescrição de novos medicamentos (VEJA 5/11/2008; CARVALHO; PINHEIRO; FRANÇA; ASENSI, 2007)

Os principais obstáculos para a adoção de novas tecnologias em saúde são os custos econômicos para esta absorção. Estes custos se inserem numa escala, às vezes, tão grande que se tornam proibitivos. Concretamente, os custos com adoção de tecnologias impactam o orçamento do Estado e das Operadoras. Mesmo as autogestões que não têm fins lucrativos e buscam oferecer benefícios ampliados aos seus usuários, reagem ao aumento de custos. Surgem movimentos de operadoras para impedir ampliação do Rol de procedimentos e o retorno de planos de saúde mais segmentados.

Por outro lado, a organização de grupos de pressão de usuários vem crescendo, ocupando espaços em conselhos decisórios e na grande imprensa e defendendo a manutenção e/ou ampliação de direitos.

Essa disputa acirrada deságua em escala crescente no Poder Judiciário, mediada pelos Órgãos de Defesa do Consumidor e pelo Ministério Público. Operadoras de saúde e o próprio Estado têm sido compelidos a garantir a cobertura de procedimentos, internações e outros, independentemente da evidência contratual do direito do usuário.

Embora uma parte considerável dessa demanda ao Judiciário seja oriunda de usuários com contratos anteriores a janeiro de 1999, ou seja, não submetidos à regulação da ANS, vem crescendo o número de processos para garantir o acesso às “inovações tecnológicas” (FRANÇA; PINHEIRO; ASENSI, 2007; ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007).

Devemos salientar que muitas dessas demandas são justas e pertinentes, mas não podemos nos esquecer de que uma parte considerável é fruto de especulações tecnológico-comerciais produzidas pelo conluio de alguns profissionais com algumas empresas do complexo médico-industrial como já alertamos. A complexidade dessa questão se torna um desafio às decisões do Judiciário que não possui ainda suporte técnico adequado para diferenciar a legitimidade das demandas.

Todos esses atores em disputa ou aliança conformam o que Lenir Santos (2006) chama de “Integralidade Regulada” que entendemos no sentido de conciliar necessidades e demandas ou gerenciar o cuidado com as possibilidades orçamentárias disponíveis.

3.3 CONCEITUANDO GESTÃO DO CUIDADO

3.3.1 O CUIDADO

Na intenção de delinear o conceito de gestão do cuidado a que fazemos alusão nesse texto, buscamos aprofundar a idéia de cuidado e, também, versar sobre o cuidado como área da gestão em saúde. Isso se torna necessário, mediante o fato de que ao longo dos últimos anos vários significados têm sido dados a este conceito, ocorrência que pode distorcer o seu entendimento ou, no mínimo, descaracterizá-lo na plenitude e complexidade do que o consideramos ser.

Iniciamos essa discussão pelo que Pinheiro e Guizardi (2004) apresentam. Elas trazem a noção de cuidado não como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas

como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser.

Luz (2004) considera como cuidado o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social.

Este conceito vai ao encontro de outro olhar de Pinheiro (2008) sobre o cuidado:

“...um modo de agir que é produzido como “experiência de um modo de vida específico e delineado” por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em “práticas” de “espaço” e na “ação” de “cidadãos” sobre os “outros” em uma dada sociedade.”

Por outro lado, para Cecílio e Merhy (2002), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o ajuntamento de um grande número de pequenos cuidados complementares, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do ambiente de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o cuidado em saúde.

Ainda nessa esteira, Pinheiro e Guizardi (2004) avançam definindo o cuidado como algo que é indissociável de sua integralidade. O entendimento desses conceitos pode ser facilitado quando observamos o cuidado em saúde como um direito de cidadania, garantido na constituição brasileira. Esse entendimento tem uma interface com a discussão da Integralidade levantada por Mattos (2001) que teria a ver com uma prática médica que seria desejável, caracterizada pela recusa ao reducionismo, ou seja, em limitar o sujeito/paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a sua queixa. Torna-se importante dizer que, certamente, esse conceito se estende aos demais profissionais de saúde não-médicos.

Uma discussão complementar, embora contrastante a esta, pode ser considerada pela visão do não-cuidado trazida por Boff (1999):

“A racionalidade médica ocidental contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem. O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado”.

Aprofundando a discussão, Silva Junior *et al.* (2010) avançam para além dos conceitos sobre Integralidade do cuidado já postos, afirmando que:

“a Integralidade pressupõe diálogo entre os vários atores da sociedade brasileira na produção da saúde, sem esquecer-se da luta por diminuir a assimetria nas relações de poder estabelecidas entre esses atores”.

Dando seguimento à discussão sobre o cuidado, Grabois (2010) dialoga com as ideias de Roseni Pinheiro, e relata que para o caso de existir um conjunto de necessidades dos usuários, outro conjunto de práticas, habilidades e saberes estará relacionado ao primeiro, o qual é (ou pode ser) articulado pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. O mesmo autor segue dizendo:

“Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.”

Portanto, podemos inferir que a busca do cuidado pleno em saúde passa, necessariamente, pela visão de coordenação dos atributos, significados e práticas relacionados ao mesmo.

Nesse contexto, precisamos registrar que a reinterpretação do “managed care” ou atenção gerenciada (AD) pode contribuir com os conceitos que temos trabalhado, na perspectiva de Merhy (2002) que constata que algumas dessas práticas podem ser aproveitadas não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, mas para a implementação de novas formas de

operar, centradas nas tecnologias leves do trabalho em saúde, conforme discutiremos abaixo.

Por fim, temos no conceito de coordenação do cuidado algumas outras dimensões que podem nos ajudar a analisar a Integralidade, por isso, dedicaremos mais linhas aprofundando essa discussão.

3.3.2 A COORDENAÇÃO DO CUIDADO COMO ELEMENTO DA GESTÃO

A contribuição trazida por Silva Junior (1996) na discussão sobre modelos tecno-assistenciais em saúde nos apresenta pontos interessantes para reflexão. O autor sistematiza, analisa e compara modelos em algumas dimensões como, por exemplo, níveis de assistência, integralidade e intersectorialidade. A sistematização e análise das suas propostas nos incitam a pormenorizar os componentes da área da gestão em saúde, buscando outras possibilidades e aspectos que possibilitem o enfrentamento dos problemas de tamanha complexidade, presentes no dia-a-dia das instituições de saúde. Entendemos que tratar o cuidado como um desses pormenores da gestão poderia nos facilitar a encontrar estratégias e soluções gerenciais, ambas relacionadas com as práticas humanizadas, dignas e de qualidade. Para isso, Pinheiro e Mattos (2006) ressaltam que necessitamos criar padrões ético-políticos de atuação no cotidiano da gestão em saúde, para a afirmação da vida dos cidadãos do nosso país. O desafio é, portanto, entender e identificar as implicações do cuidado (na sua integralidade) na gestão de sistemas e serviços de saúde, indo para além da tradicional noção de que apenas a ampliação da oferta de serviços ou do acesso pode dar conta de solucionar as questões de saúde de uma população (MINTZBERG, 1997).

Na visão de Grabois (2010), quando pensamos em gestão do cuidado deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá

espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

Nesse sentido, Almeida; Giovanella *et al.* (2010) dizem que:

“a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.”

O desafio da coordenação do cuidado é tão intenso quanto a complexidade das organizações de saúde classificadas por Mintzberg (1979) como organizações profissionais, que precisam necessariamente de seus operadores para funcionar (mão-de-obra intensiva). São características dessas organizações a qualificação de alto nível – superespecialização - e a coexistência da autonomia profissional e dos mecanismos de controle formais da produção. Tal autonomia nos permite entender porque as mudanças nesse tipo de organização ocorrem ao nível das unidades que operam o trabalho, ao invés de acontecerem no nível da organização como um todo.

Em cima dessa ideia, Dussalt (1992) cita o caráter único dos problemas de saúde que por mais que se repitam em escala no cotidiano dos serviços, têm uma perspectiva individual de cada paciente. Essa situação se depara com uma dicotomia: o respeito a normas de qualidade e ao mesmo tempo a autonomia dos operadores para cuidar de cada pessoa de forma singular. Concordamos com essa visão e, ainda, incluímos como outro complicador o fator da autonomia decisória do paciente no processo de construção e execução do seu projeto terapêutico.

Dussalt (1992), também aponta como um desafio importante a coordenação de grupos de profissionais especialistas entre si e em relação aos gestores, no sentido do cumprimento de objetivos organizacionais. A descrição de questões dicotômicas como qualidade x autonomia e corporativismo x interdisciplinaridade e suas variações ou flexibilidades são abordadas pelo

autor como tendo um caráter formativo aos que pensam à gestão desses serviços, ou seja, trazem ensinamentos capazes de auxiliar a busca pela eficiência.

Como já citado, Mintzberg (1997) contrapõe uma visão histórica da confiança ilimitada dos planejadores e dirigentes no aumento do acesso da população aos serviços de saúde para atingirem melhores resultados. Dessa forma, compreender e refletir sobre a diversa gama de determinantes de saúde e doença, incluir essa discussão na formulação de políticas de saúde e ampliar a congruência dessas políticas com os objetivos organizacionais parece ao autor um caminho interessante para ser mais eficiente na busca da melhoria dos níveis de saúde dos indivíduos e comunidades.

Retornando para o “território” do cuidado, nos parece interessante destacar que compactuamos com reinterpretação de Starfield (1979) feita por Silva Junior e Mascarenhas (2004), em cima da noção de coordenação de cuidado exercida por profissionais de saúde. Essa idéia tem sua ênfase na capacidade de 1 - **perceber necessidades de usuários e articular os arranjos tecnológicos necessários para atendê-las**, em qualquer nível de densidade tecnológica; 2 - **produzir (im)pactos cuidadores e fluxos entre equipes** (referência/contra-referência), **vínculos e responsabilização temporários** (no local de encaminhamento); e 3 - **sensação de “ser cuidado” no usuário**.

Lembramos que esse tipo de prática é exercido por alguns profissionais como característica pessoal quando se deparam com situações em que seus pacientes que necessitam da intervenção de outros profissionais ou serviços e, ao encaminhar o paciente, contatam esses outros recursos alternativos, relatam o histórico do paciente, falam de suas dúvidas ou de suas indicações de intervenção e marcam a ida do paciente.

Conforme dito por Silva Junior; Alves; Alves (2005):

“Esses profissionais além de operarem o cuidado do paciente, gerenciam a busca de outros recursos específicos, articulando-os, otimizando resultados, evitando sobreposições ou contradições nas propostas terapêuticas.”

Nessa linha de pensamento, também são discutidas com o paciente as necessidades e esclarecidas as possibilidades de intervenção e/ou encaminhamento. Por fim, recebem orientação sobre a referência a ser procurada e como se estabelecerá o contato dos profissionais envolvidos naquela atenção, para assegurar a continuidade do cuidado. As referências pessoais são nominadas e os fluxos de encaminhamento e informação estabelecidos.

Por outro lado, em que pese a maior dependência dessas práticas das características pessoais dos profissionais de saúde e menos de uma diretriz institucional clara e respaldada em estudos científicos, há também por parte dos trabalhadores do setor (mesmo os bem intencionados) um posicionamento de recusa ou de insegurança em estabelecer referências ou direcionar os pacientes para determinados prestadores, mesmo que sejam os mais utilizados na rede, os mais competentes ou mesmo com indícios de melhor relação custo-efetividade / viabilidade econômica. Isso se deve, em grande parte, ao receio de serem corresponsabilizados pelos eventuais resultados negativos de uma proposta terapêutica, de serem acusados por estarem induzindo a escolha do paciente ou mesmo por serem arrolados em suspeitas de beneficiamento ilícito de prestadores.

Esse fenômeno também pode ser explicado pelo que relata Carâp *et al.* (2003), quando discutem uma proposta para acreditação de operadoras de saúde:

“... a variabilidade das atividades que compõem os processos de atenção à saúde (promover saúde, prevenir doenças, recuperar e reabilitar sistemas e funções) e a quantidade e diversidade dos recursos envolvidos na execução destes fazem com que, entre os serviços planejados e aquilo que efetivamente é oferecido, às vezes muitas das reais necessidades aos pacientes deixem de ser contempladas, independentemente de quão boas tenham sido as intenções do prestador dos serviços.”

Portanto, chamamos a atenção para a necessidade da institucionalização da coordenação do cuidado como uma tecnologia gerencial,

exercida como diretriz pactuada de um serviço, sendo um dos focos de gestão – para assegurar a continuidade do cuidado e também a segurança/respaldo do profissional envolvido nesta atividade. O desenvolvimento dessa prática como parte do processo de trabalho requer também investimentos de capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio de tecnologias de relação.

Por outro lado, os recursos ou arranjos tecnológicos a que nos referimos não se restringem somente aos tradicionais (consultas, exames, internações ou cirurgias), mas incluem aqueles provenientes da gestão da clínica como gestão de casos, gestão de doença, atenção domiciliar e outras modalidades e dispositivos assistenciais como: Linhas de cuidado, acolhimento nas unidades de saúde, classificação (estratificação) de risco, visita domiciliar, projeto terapêutico singular e discussão clínica multiprofissional, equipes de referência e equipes de apoio matricial na atenção básica e nos hospitais. Essa discussão é trazida por Grabois (2010) influenciado pelos estudos de Gastão Wagner de Souza Campos. Novamente, ressaltamos que o olhar ou a percepção do usuário sobre a ordenação dos recursos e terapêuticas deve ser incluído nas análises para a reorientação produtiva da saúde que almejamos.

Ainda nessa seara, quando pensamos em recursos tecnológicos, tanto mencionamos os do setor saúde, *strictu sensu*, quanto os de redes sociais de apoio ou apoio social (VALLA *et al.*, 2004; LACERDA; VALLA, 2004), e de outros setores (intersectorialidade).

Valla *et al.* (2004) ressaltam que a população, principalmente as classes populares, tem buscado caminhos não convencionais como alternativa para ajudar a solucionar os seus problemas de saúde. Via de regra, lançam mão de apoio social diverso, seja religioso, de organizações não governamentais, referências familiares, movimentos sociais e outros. Nesse sentido, a estratégia de mudança de atitudes e práticas médicas a partir da adoção e integração de caminhos terapêuticos cognitivos / alternativos parece estar sendo recomendada em outro âmbito, como uma possível saída para a humanização, bem como para a contenção de custos assistenciais em oncologia (SMITH; HILLNER, 2011).

Existe, portanto, um senso comum de que o apoio social tem ao longo do tempo se aprimorado em atender necessidades de pessoas que padecem de problemas de saúde, transformando-se, articulando-se em rede e gerando resultados positivos para estas pessoas.

Esse movimento de busca por alternativas ao cuidado médico tradicional reforça a idéia de que a percepção dos usuários é um componente importante de processos avaliativos da qualidade do cuidado prestado (STARFIELD, 1998 e 2002; CARÂP, 1997; MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2004). No entanto, a idéia de satisfação de usuários deve ser analisada com moderação, pois carrega consigo componentes subjetivos, às vezes, contraditórios.

Segundo Carâp (1997), em alusão à Calnan (1988):

“em referência à psicologia social a satisfação é o resultado da expectativa do cliente com relação a alguma coisa, menos a percepção que este venha a ter sobre essa alguma coisa, quando efetivamente vier a recebê-la. Então, na avaliação leiga de serviços de saúde haverá uma correlação de forças entre fatores que incluem: imagens leigas sobre saúde, nível de experiência acumulada com o uso do sistema, valores sócio-políticos do sistema de assistência médico-hospitalar e a busca por atendimento específico”.

Nesse sentido, em grupos populacionais de maior poder aquisitivo e/ou escolaridade, a “satisfação do usuário” expressa objetivamente um conjunto de expectativas de direito de cidadania. Entretanto, em algumas comunidades de menor poder aquisitivo e/ou escolaridade, alguns serviços são percebidos como “dádivas” de um Estado paternalista e os profissionais são uma espécie de “agentes caridosos” distribuidores das “dádivas”. A satisfação dos usuários, nestes casos, é a expressão de uma “gratidão” ou uma forma de assegurar a continuidade do serviço, pois, “caso critiquem, podem perdê-lo” (SILVA JUNIOR, ALVES E ALVES, 2005).

Ressaltamos a importância da qualidade como categoria de análise da oferta de serviços de saúde, por isso, observamos nesse estudo aspectos relacionados à qualidade do cuidado através de algumas recomendações do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL. INCA, 2011D). Além disso, também utilizamos a coordenação do cuidado como categoria de análise, metodologia que tem sido usada em outros momentos como, por exemplo, nos estudos de avaliação da Atenção Básica (SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004) e do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008).

Concluindo, poderíamos pensar em coordenação do cuidado como uma sub-área da gestão, assim como também um componente da qualidade da atenção prestada, gerando impacto direto na satisfação dos usuários. Tomando a coordenação do cuidado como elemento da gestão do cuidado, pode ser encarada como uma tentativa/ferramenta de planejamento e ordenação do uso de tecnologias, do fluxo de pessoas e da articulação de equipes, com vias de garantir a qualidade da atenção prestada.

Para dar conta desse desafio, lançamos mão da discussão da avaliação pela ótica da Integralidade.

3.4 AVALIAÇÃO PELA ÓTICA DA INTEGRALIDADE

Seguindo a lógica da Integralidade e preocupados em avaliar as práticas de cuidado, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram uma operacionalização pelos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento, para os autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das necessidades e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da

qualidade das ações de saúde (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Ainda, segundo esses autores, podemos pensar em **três dimensões do acolhimento**, que seriam **postura, técnica e como princípio de resolutividade**. Como postura, está relacionado à atitude, por parte dos profissionais de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas necessidades. Tal postura solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de escuta e diálogo às suas demandas. Seria estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários.

Por outro lado, o acolhimento visto como técnica implica em acreditar que o mesmo pode instrumentalizar a geração estratégica de procedimentos e ações organizadas, indo além da concepção de escuta como “ato de bondade” (MERHY *et al.*, 2000) e ao mesmo tempo dando respostas às necessidades dos usuários.

Por fim, o acolhimento é percebido como princípio de resolutividade, que tem a ver com a sua capacidade de dar respostas efetivas aos problemas apresentados pelos pacientes, mesmo que a solução não esteja exatamente naquele local, o profissional contata, encaminha, orienta ou dá referências de outros profissionais ou serviços que possam dar conta da questão de saúde levantada pelo paciente.

Com relação ao conceito de vínculo-responsabilização, iniciamos sua descrição segundo o que Merhy (1997) observou sobre vínculo, que seria ter relações tão próximas e tão claras que o profissional e a equipe pudessem se sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários ou da população adscrita, tornando-se referência para os mesmos.

Nessa lógica, caberia notarmos que Silva Júnior e Mascarenhas (2004) desmembraram a idéia de vínculo em algumas dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, segundo Kloetzel (1999), trabalha-se a idéia de que o médico deve gostar de sua profissão e interessar-se pela pessoa do paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável, que pode ser utilizado como instrumento valioso de trabalho.

Os autores apontam que uma relação terapêutica satisfatória deve ser considerada por si só um instrumento terapêutico, levando em consideração questões como a escuta, a divisão de responsabilidades, o autoconhecimento e os elementos de transferência e contratransferência.

Nesse sentido, a continuidade do cuidado também fortaleceria o vínculo e o mútuo conhecimento/confiança, segundo Starfield (2002).

Vínculo também está relacionado à responsabilização que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Juntos, **vínculo-responsabilização**, englobariam não só a noção de **longitudinalidade**, **mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe** em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Essa proposição foi testada inicialmente na tese de doutorado de Mascarenhas (2003) que comparou o processo de trabalho de uma equipe tradicional de unidade básica de saúde com aquele desenvolvido por uma equipe do Programa Médico de Família em Niterói, Estado do Rio de Janeiro.

A complexidade dessa discussão é também amparada pelos conceitos de rede de atenção à saúde (RAAs) desenvolvidos por Mendes (2011) e que podem nortear a organização dos sistemas de saúde complexos a partir coordenação realizada no nível da Atenção Primária em Saúde (APS):

“As Redes de Atenção em Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e

interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população”.

Essa definição origina conceitos básicos das RAAs:

“...apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população” (MENDES, 2012).

Avançando na construção teórica com fins de operacionalização desse arcabouço, SILVA JUNIOR, ALVES E ALVES (2005) sistematizaram a discussão sobre redes de cuidado e a Integralidade como eixo estruturante. Destacaram a organização de malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, bem como a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. A partir do conceito de coordenação do cuidado, fizeram contraponto às práticas usuais de referência e contra referência baseadas em aspectos apenas normativos, que transferem ao usuário a responsabilidade pela busca dos recursos.

Esses conceitos vão ao encontro de Hartz e Contandriopoulos (2004), que afirmam que:

“a integração propriamente dita dos cuidados é uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”.

Novamente, acolhimento, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado são conceitos úteis para avaliar a Integralidade na rede de serviços.

SILVA JUNIOR, ALVES E ALVES (2005), referindo-se a uma comunicação pessoal de Mendes, atribuem muitas dificuldades na implantação dos sistemas de referência e contra referência dos pacientes, ao quase desconhecimento de tecnologias de micro gestão da clínica como a gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação. Merhy (2002) define as seguintes categorias para compreender as tecnologias e o processo de trabalho: as centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de tecnologias duras; as do conhecimento técnico (saberes), tecnologias leve-duras; e as das relações, tecnologias leves. As novas possibilidades que se apresentam constituem o que mesmo autor denomina de reestruturação produtiva na saúde, marcada muito mais pela modelagem que opera a produção das ações de saúde, por meio das chamadas tecnologias leves ou não dependentes dos equipamentos do que pelas mudanças resultantes da introdução de novos equipamentos no setor. Esse movimento já foi compreendido e reinterpretado, por exemplo, pela proposta de atenção gerenciada (*managed care*) desenvolvida nos EUA, desde a década de 80, como parte do projeto do capital financeiro para reformar a saúde, inventando também novas formas de trabalhar a gestão, através da otimização da relação “custo versus qualidade” (UGÁ *et al.*, 2002; IRIART, 2000 e 2003).

Entre essas práticas destacamos: a adoção de protocolos clínicos de investigação diagnóstica e tratamento; o gerenciamento de doenças de impacto econômico elevado; o gerenciamento de casos de assistência complexa; o monitoramento de fatores de riscos à saúde em populações selecionadas e

outros. Essas práticas têm suas efetividades demonstradas no que tange à redução de custos e à diminuição da incidência de certos agravos (KAISER PERMANENTE, 2006).

Entretanto, concordamos com a posição crítica de Silva Junior, Alves e Alves (2005), que ao refletirem sobre o assunto, concluem que quando essas práticas de gerenciamento ocorrem desarticuladas de práticas humanizadoras e de investimentos em mudanças no nível das relações entre profissionais de saúde e usuários ou dos profissionais entre si, não provocam as mudanças desejadas na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários. Portanto, prossegue o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com sofrimentos difusos ou pouco específicos, que representam grande parte das demandas aos serviços.

Mas a estratégia da atenção gerenciada (AG) não é o único caminho trilhado nesta direção. Já podem ser identificadas experiências públicas e privadas que também têm apostado nesse novo desenho para a área de saúde, através da priorização do território das tecnologias leves numa perspectiva mais ampla e centrada na lógica do beneficiário.

Mehry (2002) constata que algumas dessas práticas podem ser aproveitadas não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, como preconizado pela AG, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas tecnologias leves do trabalho em saúde.

Complementando a análise dos aspectos relacionados ao cuidado integral citados acima, também fizemos uso das recomendações do INCA (BRASIL. INCA, 2011D) para analisar outras categorias como a prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer.

3.5 AS RECOMENDAÇÕES DO INCA COMO PARÂMETROS PARA A QUALIDADE

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) como órgão do Ministério da Saúde tem a função de coordenar ações

integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil (BRASIL. INCA, 2011C). Nesse sentido, tomamos as publicações do INCA como referência quanto aos assuntos ligados ao câncer no país.

Com relação ao nosso estudo, que levanta questões sobre a Integralidade em saúde e considerando que aprofundaremos a análise de alguns casos de câncer de mama, tema bastante visitado pelo INCA, tomaremos como suporte uma publicação que traz as recomendações dessa instituição para a diminuição da mortalidade por câncer de mama no Brasil.

Essas orientações foram elaboradas em 2010 por uma equipe multidisciplinar do INCA que se empenhou em buscar para tal bases científicas, linguagem simples e objetiva. Em 2011, foram acrescentadas as recomendações específicas para o tratamento do câncer de mama, dimensão estratégica na melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida das mulheres com a doença (BRASIL. INCA, 2011D)

Em 2012, esperam-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil) (BRASIL. INCA, 2011C).

Das quatro mulheres com câncer entrevistadas, três foram acometidas pelo câncer de mama. Dessa forma, apesar deste trabalho não versar especificamente sobre a causalidade do câncer, as recomendações do INCA para o controle do câncer de mama serão tomadas como elemento que nos ampliará a visão das necessidades de saúde das pacientes quanto à prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação. Entendemos, assim, que a concepção de Integralidade em saúde terá seus contornos ampliados na análise dos casos.

O controle do câncer de mama tem sido prioridade na agenda da saúde no Brasil, por conta de sua alta incidência em mulheres e o importante impacto nas taxas de mortalidade. Em decorrência desse fato, há uma maior estruturação de ações e publicações científicas ligadas ao tema, ao contrário do que notamos para os demais tipos de cânceres, principalmente, no que se

refere aos cânceres que acometeram os pacientes entrevistados. Ou seja, há uma maior disponibilização de protocolos, relatos e estudos sobre o câncer de mama em comparação aos outros tumores malignos. Nesse sentido, utilizamos apenas as informações do INCA relacionadas ao câncer de mama como parâmetros de qualidade do cuidado.

Apresentamos abaixo as recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil (BRASIL. INCA, 2011D):

1 Toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama.

2 Toda mulher fique alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e procure avaliação médica.

3 Toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha direito a receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias.

4 Toda mulher de 50 a 69 anos faça mamografia a cada dois anos.

5 Todo serviço de mamografia participe de Programa de Qualidade em Mamografia. A qualificação, quando obtida, deve ser exibida em local visível às usuárias.

6 Toda mulher saiba que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de prevenir o câncer de mama.

7 A terapia de reposição hormonal, quando indicada na pós-menopausa, seja feita sob rigoroso acompanhamento médico, pois aumenta o risco de câncer de mama.

8 Toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado inicie seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de 3 meses.

9 Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias; e o de radioterapia, no máximo, em 120 dias.

10 Toda mulher com câncer mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal.

11 Toda mulher com câncer de mama seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e um radioterapeuta), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.

12 Toda mulher com câncer de mama receba cuidados em um ambiente que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

13 Todo hospital que trata câncer de mama tenha Registro de Câncer em atividade.

14 Toda mulher com câncer de mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Como se vê, as recomendações do INCA e os aspectos do cuidado integral levantados anteriormente estão inseridos na metodologia proposta para analisar as trajetórias assistenciais dos pacientes oncológicos. É o que será detalhado a seguir.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 ESTUDO DE CASO

Uma das medidas para o desenvolvimento deste projeto é o aprofundamento dos estudos em termos da realidade de saúde da população beneficiária da operadora de saúde em questão, assim como das dinâmicas assistenciais em uso por sua população.

Este trabalho se caracteriza como um estudo de caso, por buscar em profundidade dados de uma realidade local. Para Yin (2001), o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto. Segundo este autor, deve-se lançar mão desta estratégia sempre que os efeitos atribuídos ao contexto de implantação de um programa sejam difíceis de diferenciar dos seus efeitos isoladamente.

O principal benefício que vemos em utilizar o estudo de caso é poder detectar e aprofundar a análise de questões que dificilmente seriam captadas por estudos em larga escala. Ou seja, estudos de caso podem iluminar aspectos outros e atingir resultados que os grandes estudos quantitativos não têm condições.

Por outro lado, a proposta do estudo de caso pode ficar limitada ao estudo de experiências locais e específicas, que em pequena escala não necessariamente terão resultados aplicáveis aos macro-ambientes.

Trata-se, portanto, de um estudo de caso de portadores de câncer na Saúde Suplementar, a partir de uma operadora de autogestão em saúde, sem fins lucrativos, com sede no Município do Rio de Janeiro. Esta operadora foi criada em 1990 com o objetivo de responder pela atenção complementar à saúde dos seus funcionários, aposentados e dependentes. No ano de 2008, a operadora era responsável por cuidar de cerca de 7.500 vidas.

Escolhemos uma operadora de saúde de autogestão por algumas questões que devem ser listadas. Como já discutimos, as autogestões são organizações de saúde que se diferenciam das outras operadoras de mercado, entre outras coisas, porque operam sem fins lucrativos, ou seja, não costumam sofrer tanta pressão por questões estritamente comerciais na condução/gestão dos seus modelos de assistência como sofrem aquelas.

No entanto, por serem geralmente ligadas a instituições públicas e serem organizações “autogerenciadas”, ou seja, gerenciadas por grupos e/ou conselhos compostos pelos próprios funcionários em atividade, aposentados ou representantes de associações de funcionários e outros, têm como característica a proximidade dos beneficiários do plano da sua gestão. É bastante comum nessas organizações que os beneficiários se organizem para influenciar as decisões da gestão do plano.

Isso traz com maior facilidade para o centro das discussões, em comparação com planos de mercado, questões que envolvem a insatisfação dos beneficiários – que também agem e de fato são donos do plano - com a cobertura assistencial ou com a incorporação de novas tecnologias médicas, por exemplo. Alia-se a isso o fato de que os principais interesses das empresas e dos funcionários que patrocinam esses planos residem na preservação desse “benefício-saúde” e na ampliação da cobertura oferecida, havendo, portanto, pouca resistência de acesso à tecnologias comprovadamente benéficas à saúde das pessoas.

Há também uma preocupação dessas empresas com a inclusão no plano das diferentes camadas sociais representadas pelos funcionários. Via de regra, as pessoas de menor poder aquisitivo contribuem mensalmente e co-participam nos gastos com valores/percentuais menores do que os de maior poder aquisitivo, no entanto, as coberturas assistenciais tendem a ser as mesmas.

De maneira geral, as pressões que incidem sobre as autogestões são de diferentes naturezas, mas interferem na condução dos planos de maneira semelhante às operadoras de mercado, no sentido do dever de oferecer as

melhores opções de cuidados de saúde aos beneficiários dos planos, sem deixar de lado o equilíbrio econômico-financeiro.

Além disso, outro fato que nos chama a atenção é que apenas por essas características citadas já poderíamos dizer que as autogestões reproduzem de alguma maneira preceitos do SUS como a participação social, equidade e a integralidade.

Entretanto, a partir das informações fornecidas pela autogestão em estudo, as despesas com o plano de saúde, acompanhando o cenário de saúde no Brasil, têm sido muito elevadas e tendem a continuar em crescimento, o que requer uma análise criteriosa de todos os fatores que impactam nesta situação e a adoção de ações que visem à conciliação de custos com efetividade da assistência.

As informações fornecidas pela autogestão estudada apontam que há uma parcela de 28% da população beneficiária com idade acima dos 59 anos. Esta faixa etária requisita, naturalmente, mais serviços de saúde que as demais faixas etárias e também há, por outro lado, uma maior incidência de problemas oncológicos que na população em geral, os quais quando não cuidados e/ou prevenidos adequadamente geram os transtornos já citados anteriormente, assim como custos assistenciais mais elevados do que quando bem assistidos.

No ano de 2007, as despesas relacionadas à faixa etária acima de 59 anos corresponderam a 64,35% do custo assistencial do plano. Nesse sentido, os agravos oncológicos, embora acometam pequena parcela de população beneficiária (0,64%), foram responsáveis por parcelas significativas nos custos assistenciais (8,47% em 2007). Os pacientes que utilizaram serviços de atenção oncológica representaram um custo “*per capita*” 14 vezes maior que a média anual de custo do plano de saúde em 2007.

Levando em contas esses argumentos, tivemos a intenção de elucidar os aspectos existentes em relação à organização e articulação da rede de assistência, dos profissionais de saúde credenciados pelo plano de saúde que se envolvem no cuidado da população em questão e da trajetória assistencial praticada pelos pacientes que orbitam essas relações.

Por outro lado, pretendeu-se com a análise desse estudo oferecer subsídios técnicos para os gestores incrementarem a articulação das estratégias de oferta de cuidados, tornando-as mais efetivas que as atuais.

Nesse contexto, reforçamos que, em cima do fato de haver uma grande parcela de pessoas idosas entre os beneficiários, há a informação de que eles residem numa grande cidade e se submetem aos fatores sócio-ambientais citados anteriormente, os insere na discussão do aumento da incidência de neoplasias e do seu impacto na qualidade da assistência à saúde dessa população, levando em conta o cuidado, a Integralidade e os custos associados.

Para dar resposta a essas questões, no período de agosto de 2007 até janeiro de 2010, ampliou-se a discussão interna sobre a mudança do modelo de operação do plano, contando para isso com uma consultoria de professores e pesquisadores do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade – UFF. Assim, foi discutida uma nova forma de atuação do plano, fundada no cuidado amplo aos usuários e na democratização institucional, buscando adotar uma política de atenção que entenda a saúde como conjunto de fatores sociais e políticos, além somente dos aspectos biológicos e psicológicos.

A proposta dos estudiosos foi um novo modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com abordagem multiprofissional, uso racional de tecnologias e desenvolvimento de novas tecnologias de gestão e atenção em saúde para reequilibrar o plano econômico-financeiramente e reorientar seu modelo tecno-assistencial para que se torne um “gestor de cuidados”, considerando: a promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento e recuperação de doenças, a partir de um cuidado coordenado e integral.

Temos como fatores limitadores do estudo: o fato de ser um acesso remoto às entrevistas que foram realizadas com os pacientes em 2008; o fato do falecimento de alguns dos pacientes abordados, dificultando o levantamento de informações complementares; o término do período de inserção do ISC/UFF como instituição de pesquisa e apoio na gestão da operadora de autogestão; a mudança de diretoria e gestão da operadora.

Este estudo teve caráter exploratório, documental, que levou em conta a trajetória terapêutica dos usuários para analisar a experiência do adoecimento oncológico. O estudo referenciou-se nas informações fornecidas naquela época pela gestão da operadora de saúde e também em consultas realizadas ao site oficial do plano. Também foi utilizado um banco de informações (transcrições de entrevistas e relatórios) do ano de 2008 sobre os usuários dos serviços oncológicos, período inicial da reestruturação do plano de saúde. Não tivemos acesso aos prontuários dos pacientes.

Este estudo, que envolve seres humanos em seu protocolo de pesquisa, foi submetido e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (CEP-CCM/HUAP/UFF), sob o registro nº 413/11, CAAE: 0429.0.258.000-11, tendo sido julgado aprovado, através de parecer de 02/12/2011 (Anexo 2).

4.2 TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL

Apropriando-se da discussão e do que sistematizou Almeida (2009) em dissertação de mestrado, registramos que a opção pelo exame da trajetória assistencial dos usuários com câncer na operadora de autogestão articula-se à necessidade de incorporar os itinerários terapêuticos e suas especificidades às práticas avaliativas de seus gestores.

“As análises que emergem desses estudos permitem tornar visíveis diversos fenômenos socioculturais que devem ser considerados na ação política de julgamento e tomada de decisão, no que concerne à construção de uma rede mais porosa às demandas e percepções da população” (ALMEIDA, 2009).

Nessa perspectiva, Bellato *et al.* (2008) consideram o itinerário terapêutico como:

“Prática de empreendimento de busca por cuidado em saúde de usuários na experiência de seu adoecimento, e que essa busca realiza-se nos diversos sistemas de saúde...” (BELLATO et al., 2008).

Essas autoras, ainda, apontam-no como tecnologia avaliativa em saúde, tendo em vista sua possibilidade de apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas, através das quais os princípios da Integralidade e resolutividade na atenção podem ser questionados. E assim:

“Esses princípios evidenciam os tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidados em saúde por usuários e suas famílias e dos modos como os serviços de saúde podem dar-lhes respostas, mais ou menos resolutivas” (BELLATO et al., 2008).

Segundo Almeida (2009), os estudos sobre itinerários terapêuticos têm sido realizados por diversas áreas do saber, como a antropologia, psicologia, sociologia e saúde. Contudo, consideramos que há uma importante conexão entre essas áreas de conhecimento, o que as transformaria em uma grande e única área quando pensamos os fenômenos humanos. Mesmo assim, levando em conta o caráter indissociável dessas áreas de estudo, nesta última, área de nosso interesse, a abordagem metodológica traz um componente novo, pouco explorado pelos atores da área da saúde (gestores, profissionais). Como um estudo eminentemente cultural, pode-se observar expressiva produção na antropologia médica americana, sendo os estudos aplicados principalmente sobre condições crônicas, destacando-se os transtornos mentais, a hipertensão arterial e diabetes, a hanseníase e as doenças respiratórias crônicas. No Brasil, a autora cita que os primeiros estudos da área são da década de 80, destacando-se Montero (1985), Rabelo (1993) e Alves (1993), com enfoque na experiência de adoecimento e busca por cuidado dentro do subsistema de saúde popular, e na religião como instância de cura. (BELLATO *et al.*, 2008). De acordo com ALVES E SOUZA (2005), a literatura sócio-antropológica sobre itinerário terapêutico tem como objetivo interpretar os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento, na tentativa de encontrar respostas às suas aflições. Esta abordagem baseia-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes caminhos na resolução de seus problemas de saúde.

O itinerário terapêutico é tratado como uma ação humana, sendo um termo que designa um conjunto de planos, estratégias, e projetos voltados para

um objeto preconcebido, qual seja: o tratamento da aflição, nele incluindo-se interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Esse fenômeno assume grandes proporções e significados nas sociedades modernas. Alves e Souza (2005) ressaltam que esse fato está intrinsecamente relacionado à ampliação de serviços terapêuticos que se colocam à disposição dos grupos sociais. Além disso, estes serviços definem diferentes modelos explicativos para compreensão e tratamento das doenças, ampliando a possibilidade de escolha dos indivíduos em torno de suas preocupações.

O trabalho de Rabelo *et al.* (2005), sobre signos, significados e práticas relativos à saúde mental, contribui com essa discussão. Os autores apontam que o itinerário terapêutico é um fenômeno complexo e que as pessoas podem recorrer a diversos tratamentos, de acordo com a compreensão que as mesmas têm de suas enfermidades. A incerteza da natureza da doença e o reconhecimento de que diferentes causas podem combinar para produzi-la, o que levam as pessoas a transitar por diversos serviços, que vão desde os estabelecimentos médicos até instituições religiosas, já que elas desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar o adoecimento dos pacientes.

Conforme citado por Almeida (2009), para a interpretação do itinerário terapêutico, que visa a compreender esse complexo processo de escolha de agências de cura pelos indivíduos, o contexto sociocultural em que ocorre o fenômeno apresenta-se como elemento central, já que a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem dos serviços de cura são insuficientes para essas análises. Sendo assim, para entender o itinerário terapêutico, é fundamental considerar a idéia de que este se desenvolve num campo de possibilidades socioculturais, para além da conduta singularizada dos indivíduos.

A proposta de incluir o olhar e autonomia do usuário nas práticas avaliativas encontra eco no que Pinheiro e Silva Junior (2008) falam, quando discutem as práticas avaliativas e suas mediações com a integralidade na saúde:

“Acrescentamos ainda, na perspectiva das práticas avaliativas de integralidade, a centralidade do usuário nos desenhos avaliativos, pois,

ao ser “objeto” do que se prescreveu para disciplinar seu corpo, gera outros saberes e práticas que irão influenciar de forma substantiva esse universo de referências, pois se amplia a percepção da técnica para além de um procedimento contábil, de modo a ser compreendida também em sua dimensão ética, estética e (por que não?) afetiva. Nesse sentido, definimos como práticas avaliativas amistosas à integralidade os diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, na medida em que forjam acoplamentos de saberes e práticas dos sujeitos implicados (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde, subsidiando sua avaliação como intervenção; não se esgotando nas ferramentas avaliativas já existentes e podendo se tornar técnicas não compartilháveis.”

Outro dado que ganha relevância nas análises de itinerários terapêuticos é a influência exercida pelas redes sociais ou de apoio social no processo de busca por cuidado (VALLA *et al.*, 2004; LACERDA; VALLA, 2004; ALMEIDA, 2009; NASCIMENTO SILVA *et al.*, 2008). Assim, queremos mostrar que quando um indivíduo é atingido por determinada patologia, ocorre um fenômeno que envolve um grupo de pessoas, parentes e/ou amigos ou até organizações mais estruturadas como associações de determinados grupos de pacientes. Tal grupo se mobiliza para tentar definir a situação e buscar uma solução para o respectivo problema. As respostas provenientes dessa mobilização dependerão da forma como essas redes sociais estão estruturadas, principalmente no que diz respeito às conexões entre seus membros e entre seus membros e outras organizações.

Pinheiro e Silva Junior (2008) citam, ainda, que a incorporação dos itinerários terapêuticos como uma prática avaliativa eficaz da integralidade do cuidado, como direito à saúde, ganha ressonância com a proposição inovadora de Martins (2008), sobre a noção de rede de usuários mediadores, que nos propõe três pontos a serem considerados: a) a desnaturalização da categoria usuário como uma categoria relacional, como uma constituição imaginária e social, a qual depende da correlação de forças envolvendo atores comunitários, agente de saúde, gestores e estrategistas. Ancora-se no entendimento do usuário mediante uma teoria relacional de rede como aquela oferecida pelo

dom, pois permite criticar as visões reducionistas dominantes sobre o usuário do serviço público; b) o usuário dos serviços de saúde no Brasil vem-se constituindo mediante associações públicas híbridas que podem se tornar esferas públicas democráticas. As direções de tal processo dependem de uma série de fatores, entre os quais se deve ressaltar a valorização do usuário como identificador privilegiado de seus determinantes em saúde, tanto no plano micro como macrosociológico; e c) as redes de usuários dos serviços públicos são geridas e reproduzidas por mediadores colaboradores que formam redes muitas vezes invisíveis que denominamos de redes de usuários mediadores.

Bellato *et al.* (2008) também chamam atenção para outro fator que influencia a escolha desses trajetos terapêuticos, estando relacionado ao modo como os serviços de saúde à disposição da população estão conformados, e que pode facilitar ou dificultar a acessibilidade dos usuários às suas ações e práticas, com consequências em suas decisões na busca por cuidado. Apesar da importância dessa questão na busca por cuidado, essas autoras ainda reconhecem que as instituições de saúde formais não têm objeto de estudo para compreensão dessa temática.

Desta forma, pouco se discute a tensão que se estabelece na relação entre as pessoas que buscam e as instituições de cuidado, sendo esta a necessária reflexão aqui apresentada, dada a dimensão de um subsistema de saúde que também se pretende integral, tal como os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), configurado como uma rede complexa, estruturada em níveis hierarquizados de atenção e regulado pelo Estado, através da ANS.

Considerando a complexidade da abordagem metodológica dos “Itinerários Terapêuticos”, decidimos tomá-la como um apoio, dedicando-nos a ilustrar apenas a trajetória assistencial, a qual nos indica os caminhos do usuário na busca de assistência pelos serviços de saúde disponíveis. Esse olhar foi proposto por Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004) para avaliar acesso aos serviços.

Tomamos também como referência na construção metodológica o trabalho desenvolvido por Nascimento Silva *et al.* (2008):

“Ampliamos o escopo de observação e análise (das trajetórias assistenciais), incluindo outras variáveis. O objetivo foi perceber o cuidado do ponto de vista de quem é cuidado, observando com especial atenção as escolhas do usuário, a rede social que o apóia e a relação com a oferta de serviços do sistema de saúde local.”

Essa escolha justifica-se já que para a construção de um itinerário faz-se necessário ter entrevistas em profundidade, pois ele se constitui por um conjunto de ações que desenham as opções do usuário, suas experiências, frustrações e sucessos na solução de seus problemas de saúde (NASCIMENTO SILVA *et al.*, 2008).

Levando em conta a origem do material a ser analisado e a dificuldade de acessar os entrevistados novamente, optamos por uma abordagem menos complexa, que focaliza dentro do itinerário a trajetória assistencial dos pacientes. Pensamos, adicionalmente, que essa proposta poderá ser incorporada com mais facilidade ao cotidiano da gestão de saúde.

Nesse sentido, pareceu-nos fértil explorar a capacidade explicativa dos métodos e premissas nas trajetórias terapêuticas percorridas por pessoas com câncer, beneficiários de um plano de saúde, considerando que isso acabou por nos oferecer elementos avaliativos importantes para análise das intervenções assistenciais no enfrentamento desse agravo. Apoiados nas proposições metodológicas anteriormente citadas, construímos a trajetória terapêutica de 8 (oito) pacientes que compuseram a prevalência de câncer na operadora de saúde no ano de 2007. Em seguida, apontamos questões relativas ao imbricamento da oferta de serviços de saúde com as demandas e necessidades dos usuários na sua vivência com a doença.

Esta possibilidade foi materializada em estudos recentes que tiveram suas análises baseadas em Itinerários terapêuticos e/ou Trajetórias Assistenciais (BELLATO *et al.*, 2008; TAVARES; BONET, 2008; GERHARDT *et al.*, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2008; NASCIMENTO SILVA *et al.*, 2008; ALMEIDA, 2009). Estes estudos tiveram a capacidade de explorar as redes sociais formadas na e pela busca de cuidados em diversos contextos, revelando os desencontros entre as ações planejadas e executadas por serviços de saúde e

as necessidades dos usuários. Expuseram também o cotidiano destes usuários e a teia de significações produzida por este cotidiano na interação com os serviços de saúde. Ofereceram aos gestores e profissionais de saúde novas visões sobre os problemas enfrentados, as soluções ofertadas e o impacto produzido na vida dos usuários.

4.3 A ONCOLOGIA COMO FOCO

Selecionamos essa área para estudo considerando que as neoplasias são a segunda maior causa de morte em grandes centros urbanos (BRASIL. INCA, 2011C), levando em conta as doenças crônico-degenerativas, e que existe um senso comum de que tais doenças provocam grandes impactos emocionais, físicos, sociais e financeiros nas pessoas portadoras, a despeito do paciente estar ligado ao setor público ou ao privado.

Em especial, quando observamos o Estado do Rio de Janeiro no ano de 2007 (ano em que os casos estudados ocorreram), sua taxa de mortalidade bruta² por câncer - todas as neoplasias malignas - foi a segunda maior entre os estados do país, tanto entre mulheres (104,94 casos/100 mil hab) quanto entre homens (121,52 casos/100 mil hab)³, encontrando-se atrás apenas do Rio Grande do Sul.

Para se ter uma ideia comparativa, vemos que a taxa de mortalidade bruta brasileira ajustada⁴ por idade em relação ao Estado do Rio de Janeiro em 2007 foi de 69,87 casos/100 mil hab para mulheres e 99,67 casos/100 mil hab de para homens⁵.

Tais informações tornam-se relevantes para o delineamento do cenário em que deste trabalho, pois o Rio de Janeiro é a sede da operadora estudada, concentrando 100% dos casos oncológicos analisados.

² Refere-se ao risco de ocorrência de um evento (óbitos). Traduz-se pelo quociente entre o total de eventos e a população sob risco (BRASIL. INCA, 2011B).

³ BRASIL. INCA, 2011A.

⁴ O ajuste da taxa mortalidade permite eliminar (ou minimizar) o efeito de diferenças etárias entre populações (ou na mesma população em períodos distintos), a fim de que diferenças geográficas ou temporais não possam ser atribuídas a diferenças na estrutura etária (BRASIL. INCA, 2011B).

⁵ BRASIL. INCA, 2011A.

Sob outro prisma, atentando para o contexto da saúde privada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou em 2005 o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, em uma tentativa de avaliar e promover o aperfeiçoamento do setor. São avaliadas nesse programa 4 grandes áreas, entre elas a Atenção à saúde, cujo peso ponderado tem valor significativo (BRASIL. ANS, 2009).

Esse movimento da ANS chama a nossa atenção para a necessidade de estudarmos um sistema que padece de problemas em se tratando da gestão e organização dos seus serviços (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003; CONSTANCIO, 2006; FRANCO, PYRES, OLIVEIRA, KOIFMAN, 2007A), sendo os mesmos marcados por ações ou propostas de saúde fragmentadas, com o processo de trabalho centrado na pessoa do médico e em suas lógicas instrumentais. Por exemplo, podemos citar a capacidade insuficiente desse sistema em promover a articulação adequada do trabalho de seus prestadores de saúde, de maneira que constituam uma rede de cuidados na direção de dar conta das necessidades de saúde de sua população.

Especificamente na linha de cuidado da oncologia, não há evidências de um processo de reestruturação produtiva operando. Isso significa que os processos de trabalho estão centrados nas tecnologias duras e leve-duras, sem implementação de dispositivos que possam modificar a organização produtiva na rede assistencial (FRANCO *et al.*, 2007a). Aspecto importante é a constatação de que medidas de prevenção primária e secundária ao câncer, em geral, quando existem, estão descoladas das propostas de cuidados dos serviços de oncologia, apontando para a necessidade de implementação, articulação ou aprimoramento dessas ações, tornando-as parte de uma sequência do fluxo da linha de cuidado (SCHOUT *et al.*, 2007; FRANCO *et al.*, 2007a).

Considerando a especificidade e complexidade dos processos de adoecimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas que se encontram acometidas por doenças oncológicas, observamos que por um lado trata-se de uma das especialidades com maior padronização e consenso em relação a tratamento nos âmbitos internacional e nacional, grande investimento

em pesquisa, tem um grau de velocidade de incorporação de novos conhecimentos diferenciados de outras áreas clínicas, possui indicadores de qualidade validados na literatura e representa uma situação clínica em que são utilizados recursos diagnósticos e terapêutica de alto custo (SCHOUT *et al.*, 2007). Apesar de todos esses recursos, há evidente dificuldade para dar conta de acolher e incluir o olhar dos pacientes nos momentos de importante labilidade emocional, de busca individual por acesso ao cuidado e de convivência com a fragmentação da oferta de serviços que ocorre no percurso por locais como consultórios, clínicas e hospitais.

Posto isso, observamos que os métodos tradicionais de avaliação, via de regra relacionados com questões epidemiológicas, de produção de tecnologias leve-duras e duras ou econômico-financeiras, não dão conta sozinhos de explicar ou promover um juízo de valor detalhado sobre questões que podem implicar diretamente no sucesso terapêutico ou na construção de uma linha de cuidado integrada e efetiva.

Nesse sentido, considerando que a avaliação na área da saúde agrupa realidades múltiplas e diversas, tanto em necessidade quanto em complexidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), pensamos que para tentar analisar tamanho emaranhado de maneira a complementar os métodos de avaliação estabelecidos, podemos lançar mão de um olhar avaliativo no âmbito individual e sistêmico, apropriando-nos da discussão sobre a Integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001 e 2003). Queremos, com essa outra via, levar em conta o olhar do usuário, implícito em sua trajetória assistencial e que por vezes é desconsiderado em outros métodos de avaliação.

Zulmira Hartz (2006) descreve a evolução dos estágios da avaliação em saúde. A primeira geração seria o momento em que o avaliador é essencialmente um técnico que estuda fenômenos com o uso de instrumentos. No segundo estágio os estudos passam a se colocar a serviço da avaliação a partir da identificação e descrição de programas, compreensão de estruturas, forças e fragilidades com a intenção de atingir resultados e emitir recomendações.

Em seguida, como a autora sistematizou:

“Nesse terceiro estágio predominam a função de “juízo”, como competência fundamental do avaliador, a institucionalização das práticas avaliativas e a emergência das iniciativas de profissionalização, como campo de conhecimento distinto, evidenciadas pelo número crescente das publicações específicas, a emergência das associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade. A passagem da segunda à terceira geração se justificava, sobretudo, por duas lacunas: apreciavam apenas os alcances dos objetivos ex-post, sem questioná-los em seu valor e relevância, não observando, portanto, as lacunas dos programas”.

Analisar serviços de saúde com a lógica da Integralidade citada acima se insere no que Guba & Lincoln (1990) classificam como um quarto estágio, ou quarta geração da avaliação. Nesse estágio, são negociadas entre os atores envolvidos nas intervenções avaliadas as possibilidades de trabalhar, por exemplo, dimensões pedagógicas, gerenciais ou de conquista de direitos de cidadania, levando em conta os seus distintos interesses de maneira mais democrática. Conrandriopoulos *et al.* (1997), ressaltam que são os interessados que dão sua forma particular em um dado momento em um dado contexto, podendo ter cada um dos atores seus próprios objetivos em relação à intervenção e sua avaliação.

Numa perspectiva posterior, Hartz (2009) classifica a metodologia que lançamos mão como uma quinta geração da avaliação em saúde, explicando o seu significado a partir da referência a Baron e Monnier (2003):

“A quinta geração combina as anteriores, mas implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação; esta abordagem, como as demais, se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a melhor compreender os próprios problemas e possibilidades de modificá-los”

Esses autores, em artigo chamado “Une approche pluraliste et participative: Coproduire l'évaluation avec la société civile”, ilustram a evolução

das gerações da avaliação, como podemos ver no Quadro 1 (tradução adaptada).

Portanto, nos aproximando dessa tendência, apresentamos aqui uma proposta para analisar a trajetória assistencial de pacientes oncológicos em serviços de saúde, cujo conteúdo é formado por aspectos inovadores advindos da discussão da Integralidade. Essa abordagem nos permitirá apreender informações que não só as da gestão e do funcionamento da rede de cuidado, mas também das dificuldades do usuário e como ele vivencia o cuidado.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para isso, revisitamos entrevistas realizadas com pacientes no ano de 2008 no contexto da reestruturação do modelo de assistência do plano de saúde em questão. Na ocasião, foram entrevistados pacientes que eram parte da prevalência de doenças oncológicas no ano de 2007, ou seja, pessoas que já estavam em tratamento ou que tiveram o diagnóstico da doença naquele ano. Na época, as entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro semi-estruturado de questões (Anexo 1), o qual permitiu ao entrevistado a oportunidade de considerar e dissertar sobre os assuntos que julgasse pertinentes.

As informações coletadas foram tratadas a partir de uma matriz de análise para facilitar a visualização das categorias selecionadas (Quadro 2).

Tomamos como objeto de estudo para o desenvolvimento deste trabalho as questões relacionadas à assistência aos portadores de doenças oncológicas, tendo como universo da pesquisa a prevalência de casos no ano de 2007 na operadora de saúde em questão.

Dessa forma, levantamos dados sobre os principais prestadores em oncologia da operadora, o custo global médio dos tratamentos, as experiências dos usuários, seu percurso diagnóstico, terapêutico e de reabilitação e sobre a existência de mecanismos que buscassem garantir a Integralidade da atenção à saúde.

5 INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

Esta pesquisa integra a linha de pesquisa “Avaliação sob a ótica da Integralidade em Saúde” – GEGES/ISC/PROPP/UFF/CNPq, ligado ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do ISC/UFF e articula-se com o LAPPIS/IMS/UERJ/CNPq , NUCEM/UFPE/CNPq e com o Projeto Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar do ISC-UFF/ANS (Edital MCT/CNPq/ANS, Nº 25/2007).

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo e seus instrumentos foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CCM/HUAP/UFF), sob o registro nº 413/11, CAAE: 0429.0.258.000-11, tendo sido julgados aprovados, através de parecer de 02/12/2012 (Anexo 2).

7 TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DOS ENTREVISTADOS

Dando continuidade ao proposto, entramos agora no momento de descrição das trajetórias assistenciais dos pacientes oncológicos entrevistados para, em seguida, analisa-las sob o prisma das três dimensões da Integralidade já citadas - acolhimento, vínculo-responsabilização e coordenação do cuidado - bem como das recomendações do INCA para a redução da mortalidade relacionada ao câncer de mama. Antes disso, uma breve caracterização do perfil dos entrevistados se faz necessária para o entendimento das trajetórias terapêuticas adotadas pelos estes personagens que integraram o estudo.

No ano de 2008, foram levantadas informações junto ao plano de saúde e realizadas entrevistas presenciais e semiestruturadas com uma amostra de 8 (oito) pacientes de um universo de 24 pessoas acometidas ou já em tratamento de algum tipo de câncer no ano anterior. Este grupo é composto por 4 mulheres e 4 homens, todos residentes em bairros nobres do Município do Rio de Janeiro, fato compatível com a renda de classe média-alta que desfrutavam.

Todos os entrevistados recorreram ao tratamento oncológico em estabelecimentos de saúde próximos as suas residências, portanto, sempre no município do Rio de Janeiro, com exceção de um paciente que iniciou a busca de referências terapêuticas por meio das indicações de seu médico de São Paulo que o acompanhava em outro caso de saúde.

Em relação à faixa etária, 62,5% eram maiores de 65 anos no momento das entrevistas. Destes, 3 mulheres foram acometidas por câncer de mama, 2 homens por câncer de pulmão e 3 casos por diferentes cânceres (1 mulher por câncer de útero, 1 homem por câncer no cérebro e 1 homem por câncer de bexiga) – Ver Tabela 1. Seis entrevistados consideravam-se curados no momento da entrevista, enquanto que os outros dois tiveram notícias de que o câncer havia dado metástases, apesar do tratamento.

As pessoas estudadas foram identificadas como M1, M2, M3 E M4 - as do sexo feminino - e como H1, H2, H3 E H4 - os do sexo masculino - a fim de que fossem guardados o sigilo e o anonimato das informações coletadas no momento da publicação deste estudo.

De forma semelhante, guardamos sigilo dos nomes de estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado dos pacientes, visto que pela diversidade de locais e pessoas, não seria viável solicitar todas as autorizações para citação de nomes em tempo hábil para a conclusão do estudo.

Esta etapa de análise se dará em dois momentos. No primeiro, optamos por relatar as trajetórias de 4 dos 8 pacientes, objetivando uma maior apreensão de detalhes que possam instrumentalizar a análise pretendida e também com vistas a dar conta da conclusão do estudo no prazo determinado. Dessa forma, os 4 pacientes foram escolhidos de acordo com maior a riqueza de fenômenos sócio-antropológicos percebidos nas entrevistas e o impacto desses fenômenos em suas trajetórias assistenciais. Por outro lado, também baseamos a escolha dos casos na possibilidade de confrontar as trajetórias assistenciais com os protocolos estabelecidos para o cuidado ao câncer de mama (BRASIL. INCA, 2011D), considerando os 3 casos existentes. Assim, foram selecionados: três mulheres com histórias sobre o câncer de mama e um caso masculino de câncer de pulmão.

É importante ressaltar que o autor desta dissertação conduziu todas as entrevistas utilizadas enquanto médico pesquisador integrante do grupo do ISC/UFF que apoiava a gestão do plano de saúde naquele período.

Portanto, as informações descritas aqui foram baseadas nos relatos dos entrevistados e nas informações cedidas pelo banco de dados do plano de saúde. Não houve levantamento de informações e/ou relatos médicos originados de prontuários.

As trajetórias serão narradas no tempo presente, como se estivéssemos no momento em que foram realizadas.

7.1 Trajetória assistencial de M1

M1 é uma mulher de 51 anos, moradora do bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, casada, com uma filha adolescente, funcionária de estatal, recém-aposentada e que há 1 ano e meio iniciou tratamento para um câncer de mama.

Assim se inicia a sua história: M1 engravidou tardiamente e no mesmo ano em que se aposentou, aos 47 anos de idade. Até o momento que estava em atividade profissional, disse ter procurado cuidados de saúde rotineiramente, os quais foram descritos como consultas com o ginecologista e os exames periódicos de saúde da empresa em que trabalhava, chamados popularmente de check-up. No entanto, nos três anos em que se dedicou aos primeiros cuidados da criança, M1 relata que interrompeu os próprios cuidados de saúde de maneira inconsciente, pois referiu ter dado toda a sua atenção ao novo membro da família. Nesse período, M1 nega ter sido alertada pelo plano ou pelo próprio médico de que teria que retomar os cuidados de saúde.

Após esses 3 anos, M1 retornou por conta própria ao consultório do seu ginecologista, dizendo ter percebido naquele momento que precisava voltar a cuidar de si própria e não somente de seu filho. Então, ao retornar ao médico e efetuar os exames de rotina M1 relatou:

“Depois de 3 anos que minha filha temporão nasceu, fui fazer exames rotineiros né...quando peguei o resultado da mamografia, o laudo foi aterrorizante! Câncer na mama esquerda.”

Seu diagnóstico foi de câncer na mama esquerda com alto grau de agressividade, o que a deixou bastante abalada psicologicamente, segundo seu relato. A partir desse diagnóstico, foram tomadas de imediato as primeiras decisões com vistas a solucionar o problema de saúde encontrado.

M1 relata que sempre teve uma boa relação de confiança com seu ginecologista, o qual frequentava há mais de 15 anos. Este médico fazia parte da rede credenciada de seu plano de saúde e também tinha uma boa reputação entre outras beneficiárias conhecidas.

Após a indicação de iniciar o tratamento por meio da etapa cirúrgica, M1 relata que fez a opção de operar com o seu ginecologista, que embora tenha dito não ser especialista em mastologia ou cirurgia oncológica, se ofereceu para operá-la. Então, M1 considerando toda a sua trajetória com este médico e avaliando que a relação de confiança e afetividade estabelecida com o mesmo era fator muito importante, o escolheu agora para atuar como seu cirurgião.

Seguindo a mesma lógica em que se vinculou ao médico da rede credenciada, M1 também usufruiu a rede para exames clínicos, de imagem e para a internação cirúrgica a partir das indicações de seu ginecologista.

No entanto, ao contrário do esperado, os exames no pós-operatório apontaram para a permanência de implantes cirúrgicos na mama recém-operada. M1 diz ter sofrido uma grande decepção em relação a essa situação e ao seu médico, resolvendo, por isso, romper com ele:

“...aí eu rompi com ele né!...nunca esperava que isso pudesse acontecer, né.. poxa...não fui mais ao consultório dele. A minha vida virou de cabeça pra baixo, tava tudo dando errado...”

Em seguida à notícia inesperada e ao rompimento com seu médico de confiança, M1 disse que não sabia o que iria fazer em relação ao seu tratamento ou onde ir buscar ajuda. Apenas disse ter permanecido estática em casa por alguns dias, emocionalmente fragilizada, pensando sempre que o pior poderia acontecer.

Nos dias de reclusão, seu irmão a procurou para conversar e disse lembrar-se de um amigo que era médico oncologista que talvez pudesse auxiliá-la nas decisões que estavam a sua frente. M1 ficou interessada na possibilidade de ser ajudada e permitiu que seu irmão o procurasse.

Após saber a situação de saúde de M1 detalhada pelo irmão e atendendo aos pedidos de auxílio, o amigo médico indicou-a a uma equipe oncológica que conhecia e que considerou à altura do problema.

Embora a equipe médica não fosse da rede credenciada, o que acarretaria gastos financeiros maiores, M1 acolheu a indicação do médico que assegurara que tal equipe era a mais indicada para resolver a sua situação.

Desse modo, foi agendada uma consulta com o médico cirurgião oncologista no espaço de tempo de 3 dias.

“Devido à gravidade do meu problema, procurei o médico medalhão no assunto...Aí eu tive que gastar muito dinheiro né!? mas a minha mãe me ajudou. Vendeu um apartamento pra ajudar nas despesas. A empresa também ajudou...teve um empréstimo lá...Olha só, com o tratamento todo...ah!. Tudo deu uns 200.000 (duzentos mil Reais)⁶. Uma boa parte foi “in cash”⁷.”

Nessa nova etapa, M1 foi submetida a tratamentos mais radicais do que os propostos até aquele momento. Logo de início sofreu a mastectomia total da mama esquerda e iniciou, em seguida, o tratamento quimioterápico em clínica credenciada, indicada pelo médico cirurgião oncológico.

No entanto, apesar de ser da rede credenciada do plano de saúde, a clínica oferecia um planejamento terapêutico adicional com “pacotes opcionais” aos seus pacientes, que incluíam consultas irrestritas aos profissionais de fisioterapia, enfermagem, psicologia, nutrição e ao próprio médico oncologista clínico. Para isso, além dos pagamentos repassados pelo plano de saúde, eram cobrados à beneficiária outros valores mensalmente. Apesar do gasto, M1 relata que sentiu-se muito bem cuidada:

“O médico que conduziu a segunda cirurgia e a sua equipe foram maravilhosos. Não tenho do que me queixar”.

A entrevistada também disse que sempre solicitava ao médico que indicasse dentro da rede credenciada de seu plano de saúde os locais para exames e tratamento (químio, hormônio e radioterapia) e concluiu que de alguma forma isso foi possível. Este processo de indicações a fez sentir-se participante, mesmo que indiretamente, das escolhas de seu tratamento.

Após a primeira mastectomia total a equipe cirúrgica recomendou a retirada total da outra mama, por conta de alguns sinais localizados de doença que surgiram nos exames de controle. Apesar se sentir-se frágil por ter sido

⁶ Valores relativos ao ano de 2008, sem correções monetárias.

⁷ Pagamento de despesas à vista, em moeda corrente e sem intermediários.

submetida a duas cirurgias, M1 resolveu seguir em frente e operar a outra mama.

Para isso, precisou solicitar novamente autorizações para internação cirúrgica junto ao plano de saúde o que lhe foi negado em 1ª instância, pois a equipe médica do plano não concordou com tal procedimento, julgando-o desnecessário. No entanto, após importante insistência de M1 o plano autorizou os novos procedimentos que incluíam os gastos com internação e próteses mamárias. A equipe médica foi paga à parte.

Seis meses após a cirurgia M1 continuava a ser acompanhada com consultas de 2 em 2 meses e realização dos exames clínicos e de imagem pela equipe oncológica. M1 relata estar curada, mas a cada ida ao médico refere sentir medo de que o câncer possa retornar.

Nessa trajetória repleta de sinuosidades e percalços, M1 diz ter se apoiado continuamente em sua família e amigos, os quais considerou fundamentais para o sucesso de seu tratamento. Ela conta um episódio em que, durante o seu tratamento, seus familiares organizaram um álbum de fotografias contando a sua história de vida, segundo ela, vitoriosa e aguerrida (esse álbum foi apresentado aos entrevistadores ao fim da conversa). Esse momento em especial, significou um grande aporte de estímulo e motivos para que continuasse lutando pela vida, diz M1.

A entrevistada também fala sobre a importância de uma orientação adequada nesses casos graves e termina dizendo que se não tivesse recursos financeiros para ter acesso à orientação particular, a qual acreditou ser a melhor pra si, o seu caso poderia ter um desfecho diferente.

7.2 Trajetória assistencial de M2

M2 tem 65 anos, casada, residente do bairro de Copacabana, Rio de Janeiro, dona de casa, tem dois filhos adultos e é beneficiária do plano de saúde como dependente do marido. M2 foi acometida por um câncer na mama esquerda.

Ao longo de sua vida adulta, M2 realizou exames ginecológicos anualmente, segundo orientações médicas. Ela relata que em uma de suas consultas, no ano de 2002, teve algumas alterações na mamografia e por conta disso teve que repetir o exame, mas nada foi confirmado.

Nesse período, M2 era acompanhada por um médico ginecologista particular. Por motivos alheios a sua vontade (mudança do local do consultório) precisou trocar de médico. A sua nova ginecologista, indicada por amigas, também não fazia parte da rede credenciada do plano de saúde.

Na nova etapa de acompanhamento médico, M2 relata que teve o diagnóstico do câncer:

“Em maio de 2006 eu senti um caroço muito grande na minha mama esquerda e meu mamilo afundou também. Nessa época eu já tinha mudado de ginecologista, né!? E ela mandou eu fazer os exames e tal...aí ela diagnosticou o problema”.

A partir do diagnóstico, M2 solicitou à ginecologista que referenciasse o médico por meio da lista de credenciados do plano de saúde, pois não teria condições de custear o tratamento por conta própria. A ginecologista reconheceu um dos médicos mastologistas listados no livro de credenciados e o indicou. M2 disse também ter aceitado a indicação do oncologista feita pelo médico do seu marido, que também havia padecido de câncer recentemente e ainda estava em tratamento.

“Na verdade, quando ele internou pra operar eu já sabia que estava com a doença. Na semana seguinte que eu falei pra ele.”

No entanto, a clínica para radioterapia escolhida não constava na rede credenciada do plano, ela foi indicada pelo médico oncologista apesar de M2 ter solicitado opções conveniadas.

M2 relatou que foi muito bem conduzida pelos médicos, tendo os exames, a cirurgia e outros tratamentos realizados rapidamente. Além disso, sentiu-se acolhida e amparada pelos profissionais médicos da rede credenciada participando ativamente das escolhas, pois solicitava sempre que os profissionais e clínicas indicados fizessem parte da rede do plano de saúde. O acompanhamento durante e após o tratamento foi, segundo M2, muito satisfatório, atingindo as expectativas de cura da entrevistada, que relata:

“Eu na realidade não formulei nenhuma expectativa inicial, apenas ficar curada. E agora eu tô! Meu médico é muito atencioso, minucioso e a cada 4 meses eu retorno nele com todos os exames...aí ele faz muitas perguntas e o exame clínico.”

Quanto à parte financeira do tratamento, M2 diz ter sofrido um impacto muito grande, a ponto de ter que solicitar empréstimo à fundação de apoio social da empresa⁸.

Por outro lado, M2 minimiza as dificuldades encontradas ao longo de todo processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação dizendo não ter tido barreiras ou problemas relevantes com autorizações, médicos ou laboratórios.

Entendendo que tomou a decisão certa ao realizar a mastectomia total naquele momento, a entrevistada diz que as orientações foram adequadas e corretas o que facilitou o sucesso do tratamento. Apesar de utilizar amplamente a rede credenciada do plano, M2 não reconhece a operadora de saúde como influente na sua trajetória assistencial, já que as indicações e referências partiram de iniciativa própria, de familiares e dos seus médicos.

Por fim, M2 tece alguns comentários sobre questões de comunicação e informação que deveriam partir dos médicos e da operadora:

“Acho que seria interessante ter mais orientações. Uma coisa que eu achei que faltou nessa parte de oncologia foi uma informação mais completa sobre as consequências deste tipo de tratamento. Eu descobri

⁸ Os beneficiários do plano de saúde interagem em alguns momentos com uma fundação de fins sociais, também ligada à estatal, que após análise dos casos pode ou não conceder empréstimos para custeio de despesas de saúde.

lendo no INCA a importância de usar uma luva compressor. Enfim, acho que faltou orientação neste sentido.”

Neste momento, M2 se prepara para a cirurgia de reconstrução mamária com colocação de próteses (com cobertura total do plano de saúde), dizendo estar bastante confiante.

7.3 Trajetória assistencial de M4

M4 é mulher, tem 63 anos, residente do bairro de Copacabana, Rio de Janeiro, é dona de casa, casada, tem 2 filhos adultos e é beneficiária do plano de saúde por meio do marido que é funcionário de estatal. M4 teve um câncer na mama direita em 2007.

M4 se considera uma pessoa muito cuidadosa com a sua saúde realizando periodicamente consultas com seu ginecologista, bem como os exames solicitados.

No ano de 2007, após realizar uma mamografia de rotina, foi diagnosticado o câncer em sua mama direita por seu filho que é médico oncologista, antes mesmo da consulta com o ginecologista. Nesse momento, M4 seguiu em busca de referências de profissionais médicos oncologistas no livro⁹ de credenciados do plano de saúde, mas relata que encontrou poucas opções, queixando-se de que suas escolhas tornaram-se limitadas. No entanto, M4 negou ter entrado em contato com a operadora de saúde para ter mais informações sobre o seu problema ou sobre referências terapêuticas e por ser acompanhada pelo próprio filho, que a partir desse momento conduziu todas as etapas do tratamento cirúrgico e clínico, articulando as equipes médicas multiprofissionais que conhecia e as tecnologias disponíveis.

Segundo M4, o fato de seu filho ser um profissional da área médica, em especial da oncologia, facilitou muito o seu tratamento, primeiro pela confiança que tinha nele e, por outro lado, pela ligeireza com que resolvia os problemas.

“Não consegui escolher os médicos do plano. Fui olhar no livro e percebi que não tinha muitos médicos credenciados para este problema. Então, eu resolvi tratar com meu próprio filho. Ele tem a equipe dele, né!?”

M4 relata que em 5 dias já estava no consultório do mastologista programando a cirurgia que seria realizada em 1 semana. A cirurgia obteve o

⁹ O plano de saúde disponibiliza aos beneficiários um livro contendo os profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados.

êxito esperado, apesar de difícil e mutilante, segundo a própria entrevistada. Por conta de seu filho fazer parte dessa equipe cirúrgica, M4 relata que não houve nenhum custo financeiro para ela, tanto em relação às consultas como em relação aos honorários médicos, do anestesista e dos auxiliares. Os gastos com as cotas do tratamento, segundo ela, ficaram em torno de 600 reais mensais nos últimos 2 anos, o que não causou maiores problemas.

Ao longo desse processo, M4 relata que teve a preocupação de solicitar diretamente ao filho e ao médico cirurgião que indicassem os hospitais e clínicas credenciadas ao plano para a internação cirúrgica, quimioterapia e radioterapia. Assim, foram iniciadas as sessões de quimioterapia e depois as de radioterapia, ambas em estabelecimentos credenciados ao plano de saúde.

As questões emocionais foram as principais dificuldades encontradas por M4, mesmo considerando que teve um ótimo acolhimento por parte dos seus familiares e médicos. Diz não ter encontrado problemas burocráticos importantes. Com relação à sensação de ser cuidada, M2 relata:

“Primeiro foi um susto. Mas depois fui muito bem cuidada, tratada... ao mesmo tempo eu tinha muita confiança neles... é meu filho, né!? Tô me sentindo muito bem agora.”

Segundo ela, o que trouxe mais facilidades foi o fato de ter seu filho como médico oncologista, articulando, integrando e resolvendo todas as etapas do tratamento com a sua própria equipe e, ainda, mitigando as despesas e dando a ela completa certeza de que suas escolhas eram as melhores. Refere que não sentiu necessidade de outras orientações por parte da operadora, mas que isso seria importante para pessoas que não têm a assessoria que ela teve, pois acredita que as pessoas não se sentem seguras em se consultar com médicos desconhecidos e, mais, M4 diz que a operadora não teria opções suficientes de médicos para indicar aos seus beneficiários. Nesse sentido, M4 ressalta que a operadora de saúde não teve participação direta nas suas escolhas.

Atualmente, M4 se consulta periodicamente com a oncologista clínica. Mas agora faz questão de pagar as consultas, pois a médica não faz parte da

rede credenciada. No entanto, continua utilizando médicos e serviços credenciados para outras questões de saúde, exames e procedimentos.

“Depois dessa doença fiquei com problemas de tireóide. Por isso, estou indo de três em três meses ao consultório minha médica particular, excelente, que infelizmente não é credenciada. Também faço anualmente um exame de colonoscopia com o meu proctologista, credenciado e excelente mesmo.”

7.4 Trajetória assistencial de H2

H2 tem 62 anos, é casado, morador do bairro de Ipanema no município do Rio de Janeiro, tem 3 filhos e encontra-se aposentado de estatal, mas mantém outras atividades profissionais como advogado. Em 2007, H2 teve o diagnóstico de câncer de pulmão.

Durante o período em que esteve na ativa, H2 relata que realizava consultas médicas e exames complementares de rotina, tanto por conta dos exames periódicos de saúde ocupacional como por iniciativa própria, nesse caso por meio de um familiar médico que o acompanhava:

“Fazia os exames da empresa e o meu primo é médico, ele me acompanha há muitos anos.”

Nesse contexto, no ano de 2006 enquanto cuidava de uma patologia cardíaca diagnosticada por outro médico, um cardiologista credenciado à rede do plano de saúde, H2 teve a indicação de realizar um procedimento cirúrgico cardiovascular.

O seu médico cardiologista indicou uma equipe cirúrgica em hospital credenciado do Estado de São Paulo, referenciando-o como um dos melhores do país para o seu problema. Para isso, H2 foi submetido a exames pré-operatórios e a intervenção foi agendada.

No momento da internação, H2 realizou outros exames e o médico responsável pela equipe o comunicou que havia encontrado um “nódulo” em seu pulmão e que o mesmo poderia ser maligno. De qualquer forma, o avisou que a cirurgia seria realizada e que tentaria retirar o tumor no mesmo momento cirúrgico se fosse possível. Isso aceleraria o processo diagnóstico. No entanto, devido ao fato de o “nódulo” estar posicionado em região próxima a uma grande artéria, o cirurgião optou por não intervir.

No pós-operatório, o médico explicou que optou por não intervir na questão do tumor, mas recomendou que procurasse outro cirurgião especialista em cirurgia torácica em local mais próximo de sua residência, o qual agiria com mais precisão sobre aquele problema. O próprio H2 sugeriu um cirurgião torácico que conhecia no Rio de Janeiro, amigo pessoal, e seu nome foi imediatamente ratificado pelo médico que o operara:

“Ele me orientou a procurar um especialista aqui no Rio. Eu disse que conhecia um cirurgião torácico que era meu amigo pessoal e ele me disse que eu não poderia estar em melhores mãos.”

Retornando ao Rio de Janeiro, H2 conta que se apressou em contatar o especialista, sempre com o apoio de seu primo. Em curto espaço de tempo conseguiu uma consulta com o médico que o aceitou como paciente:

“Quando procurei o especialista, ele aceitou acompanhar meu caso e me solicitou que só procurasse médicos e hospitais indicados por ele e assim eu fui fazendo.”

Com relação às escolhas e referências apresentadas para o tratamento, o entrevistado disse que se antecipou ao médico e apresentou a lista de estabelecimentos de saúde credenciados. O cirurgião, então, indicou pessoas, clínicas e hospitais dessa lista, inclusive o oncologista clínico.

Em poucos dias, H2 iniciou o tratamento quimioterápico e, em seguida, iniciou a radioterapia. Após a nova cirurgia para retirada do tumor, que teve o seu tamanho diminuído substancialmente pelas terapias citadas, H2 relata que teve apenas duas intercorrências ao longo do tratamento, com necessidade de internação e punção de líquido do tórax para análise, mas não houve grandes repercussões em seguida.

Ele relata que foi muito bem atendido por onde passou e que seu tratamento também foi muito bem conduzido pelo cirurgião torácico e que, com o apoio de seu primo médico, não teve grandes dificuldades de encontrar os médicos e hospitais corretos. Também disse que as autorizações do plano de saúde para internações e procedimentos foram concedidas sem problemas. H2 ainda relata:

“Bom, eu só tenho a agradecer. Não costumo misturar os assuntos. Tenho alguns problemas jurídicos lá, mas isso é outra coisa. Todas as vezes que precisei usar o plano tive um atendimento muito bom. Claro, às vezes a gente pensa que é de uma maneira e a coisa não é bem como a gente pensa, precisa de autorizações, mas isso faz parte.”

O entrevistado também conta que se sente muito bem e saudável no momento e que o tratamento atendeu completamente às suas expectativas. H2 passou por um acompanhamento quadrimestral no primeiro ano após terminar

os procedimentos e agora se consulta semestralmente com o oncologista clínico. O entrevistado também continua sendo visto pelo seu cardiologista e pelo cirurgião torácico. Mas refere que também não abre mão do acompanhamento de seu primo, que considera ter sido sempre o seu médico.

O entrevistado não considerou relevante o impacto financeiro do tratamento em seu orçamento familiar, relatando que sua esposa cuidou de toda essa parte. No entanto, julga que os maiores gastos foram absorvidos pelo plano de saúde, já que utilizou amplamente a rede credenciada.

Em termos da influência do plano de saúde em seu tratamento, H2 reconhece que em parte houve influência do plano, pois a rede credenciada foi bastante utilizada e o entrevistado acatou algumas sugestões da atendente telefônica, embora eventuais, não oficiais e não estruturadas pelo plano de saúde.

Dessa forma, H2 afirma a importância do apoio do plano de saúde no sentido de dar orientações e referências de médicos, clínicas e hospitais indicados em determinadas situações de saúde, quando for solicitado pelo beneficiário:

“Acho que o plano tem que se envolver mais com o usuário. Nem todo mundo tem o conhecimento que eu tive, né!? Nesses problemas graves, procurar o médico certo é fundamental.”

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos a seguir os resultados encontrados na análise das entrevistas realizadas com os pacientes oncológicos, beneficiários do plano de saúde de autogestão (Ver Quadros 3, 4 e 5).

Um aspecto interessante encontrado, e que fala a favor da integralidade do cuidado, é que ao longo da apreciação das transcrições percebemos que as 4 categorias selecionadas para analisar o conteúdo das entrevistas possuem aspectos que são, de algum modo, transversais entre si, intimamente ligados. Analisar a coordenação do cuidado, por exemplo, pressupõe entender como ocorrem as relações de vínculo-responsabilização e vice-versa. Portanto, percebemos que há áreas de interseção entre as categorias selecionadas, o que pode gerar ao leitor uma sensação de sobreposição da discussão.

8.1 Análise das trajetórias assistenciais:

8.1.1 Dimensão ACOLHIMENTO

Na dimensão acolhimento, podemos dizer que todos os entrevistados julgaram a postura dos médicos como adequada em receber, escutar e tratar humanizadamente as pessoas e suas necessidades (LUZ, 2004). Sentiram-se, de um modo geral, acolhidos pelos profissionais que os atenderam. Mesmo nos casos em que houve rompimento posterior ou troca de médicos ao longo do tratamento, os entrevistados ressaltaram que haviam sido bem recebidos e ouvidos.

Com relação à técnica, podemos dizer que 50% dos entrevistados se queixaram de equívocos técnicos relacionados direta ou indiretamente aos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. Estes equívocos tiveram ligação com o processo diagnóstico, a ausência de intervenção nos momentos adequados ou a intervenção errônea dos médicos. Por exemplo, podemos citar M1 que ressaltou ter tido problemas quanto aos aspectos técnicos do médico que a recebeu, o qual, segundo a mesma, teve atitude inadequada ao assumir a responsabilidade de tratar um caso que não era exatamente de sua especialidade. Tal fato teve impacto direto na resolutividade do seu caso. M1 relata que as repercussões desse erro geraram a quebra da relação de confiança estabelecida durante anos.

“Achei que meu caso não era tão grave. Acho que ele também deveria ter me encaminhado para um especialista, né!? O que você acha?(...) Enfim, fiz a cirurgia...mas infelizmente não deu certo, foi quando percebi a gravidade do meu câncer e fui procurar outra equipe.” **Entrevistada M1**

Na mesma lógica, outro entrevistado relata que ao perceber que o primeiro médico procurado não estava conduzindo a investigação diagnóstica de forma satisfatória, preferiu aceitar as indicações de sua filha e procurar outro profissional:

“Um dia, à noite, eu fui urinar e percebi que estava urinando sangue. Deixei para lá. Depois, em agosto de 2007 eu voltei a urinar sangue.”

Então fui ao urologista credenciado que me examinou, solicitou um exame de urina e disse que não era nada de mais, que poderia ser uma pedra. Então, minha filha que me levou no seu médico particular. Eu não queria ir porque ele é muito caro, mas minha filha pagou. Ele me pediu muitos exames...Então foi descoberto o câncer.” Entrevistado H3

Por outro lado, representando os outros 4 entrevistados que julgaram terem tido soluções adequadas aos problemas apresentados, há também o relato de que as indicações corretas e a experiência técnica do médico foram decisivas para o sucesso da intervenção:

“Por conta de sua grande experiência ele resolveu chamar um patologista para assistir a cirurgia, o que acabou evitando que eu precisasse fazer a radioterapia. Foi constatado câncer e meu útero foi retirado ali mesmo.” Entrevistada M3

Com relação à categoria de resolutividade que analisamos dentro da dimensão acolhimento, podemos dizer que em 3 dos 8 casos houve problemas. O primeiro tem a ver com a questão técnica levantada por M1 logo acima. Os dois outros casos, dois homens, podemos remeter que a falha de resolutividade estaria relacionada aos processos de diagnóstico tardio. Ou seja, quando ambos buscaram por tratamento para o câncer, a doença já havia se proliferado pelo organismo com achados de metástase à distância.

Nesse sentido, até o momento da entrevista havia uma percepção de cura por parte de 6 entrevistados. Apesar disto, foi citada com relativa frequência a preocupação quanto ao acompanhamento médico regular, posterior ao tratamento do câncer, para dar continuidade aos cuidados de saúde. Tal preocupação foi também associada à sensação de que a doença ainda poderia retornar.

“(...) agora vou à consulta e faço os exames de 6 em 6 meses. Fica sempre o fantasma de que o câncer pode aparecer em outro lugar, né!?” Entrevistada M3

8.1.2 Dimensão VÍNCULO-RESPONSABILIZAÇÃO

Analisando esta dimensão vínculo-responsabilização, lembramos que a mesma tem a ver com relações próximas e claras entre profissional e paciente, relações estas permeadas e entendidas como continuidade, afetividade e como relação terapêutica, sendo a pessoa do médico a referência de responsabilidade pela vida ou morte do paciente (MERHY, 1997; SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004).

Nesse sentido, de uma maneira geral houve problemas quanto à continuidade do cuidado, principalmente nos momentos iniciais da fase de investigação diagnóstica. Percebemos a recorrência de entrevistados relatando momentos de desorientação com relação ao tipo de profissional ou local de referência a ser procurado, apesar do acesso facilitado aos mesmos. Esse momento de investigação diagnóstica, cronologicamente falando, pode ter tido impacto na resolutividade de alguns casos. Dessa maneira, repetiu-se o relato de idas e vindas sem sucesso a diferentes médicos, até que obtivessem o encaminhamento correto.

A situação acima descrita vai ao encontro da idéia de que somente a ampliação da oferta de serviços ou do acesso não dá conta de solucionar as questões de saúde de uma população (MINTZBERG, 1997). Neste caso é preciso pensar na efetividade do vínculo-responsabilização como estratégia para o ordenamento dos serviços de saúde.

Podemos citar o caso de H1 que disse ter procurado, no início dos sintomas clínicos, equivocadamente alguns médicos, até ser adequadamente orientado por um médico integrante da família:

“Eu achava que estava com problemas de visão, fui a muitos oftalmologistas e nada... Mas aí, meu irmão é médico, né!? E quando disse pra ele o que estava sentindo, ele me encaminhou para o médico chefe da Neurologia(...).” **Entrevistado H1**

Em alguns casos, houve até um sentimento de culpa por parte dos pacientes pelas escolhas equivocadas. Nesses relatos, não foi atribuído ao plano de saúde uma corresponsabilidade pelas escolhas ou decisões:

“A busca pelo diagnóstico não foi muita boa e em grande parte por minha culpa.” **Entrevistada M1**

Por outro lado, após essa fase inicial de desencontros, podemos dizer que de uma maneira geral os entrevistados reconheceram em seus médicos - fossem eles da rede credenciada, particulares ou mesmo os médicos familiares – a capacidade de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas desencadeadas, dando continuidade aos processos de cuidado e reforçando ainda mais a relação de confiança entre eles.

Essa constatação, encontra eco na ideia de que a continuidade do cuidado fortaleceria reciprocamente o vínculo e o mútuo conhecimento/confiança (STARFIELD, 2002).

Podemos observar, que nos casos em que a principal referência era um médico, que também era familiar ou amigo próximo do entrevistado, os relatos de sucesso foram mais evidentes.

“Como temos médicos na família e muitos amigos, eles cuidaram de tudo, inclusive indicaram o Neuro.” **Entrevistado H1**

Analisando questões de afetividade e relação terapêutica, alguns entrevistados citaram sua gratidão e até mesmo “dívida” para com os seus médicos, reconhecendo a importância da relação de confiança estabelecida entre as partes:

“Eu devo muito a ele, ele foi muito corajoso. Eu sou grata por tudo.”
Entrevistada M3

De forma semelhante, H1 relata:

“Foi ótimo! É um médico seríssimo. Passa confiança. Ele tem o meu histórico todo.” **Entrevistada M2**

8.1.3 Dimensão COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Como já abordamos, a coordenação do cuidado no nosso entendimento está relacionada à capacidade dos profissionais que são a referência para o paciente de perceberem as necessidades de saúde dos mesmos, articularem tecnologias, produzirem pactos e fluxos cuidadores entre equipes e, por fim, gerarem no paciente a sensação de ser cuidado ao longo dos caminhos por que passa (STARFIELD, 1979; SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004).

De forma ampla, percebemos que em todos os casos estudados houve uma figura, um sujeito ativo, que centralizou a coordenação do cuidado. Essa pessoa, às vezes médico, familiar ou amigo próximo, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o adequado concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos entrevistados.

Percebemos que nos casos de maior fluidez em termos de êxito na obtenção e articulação dos diferentes recursos houve a presença de um médico familiar ou amigo próximo liderando ativamente, embora instintivamente, as conexões, idas e vindas aos locais por onde passava o paciente.

Relatos nesse sentido podem ser observados:

“Bom, nós tivemos uma porta aberta. Acredito que a intervenção do nosso amigo (diretor), ligando para o plano (de saúde), tenha influenciado bastante.” **Entrevistado H1.**

Em contraponto ao movimento ativo de coordenação do cuidado, vale ressaltar que o plano de saúde mesmo dispondo de médicos em seu quadro se comportou passivamente ou reativamente aos acontecimentos, manifestando-se somente quando era acionado pelos beneficiários. Pelo lado dos pacientes entrevistados, eles negaram ter acionado o plano de saúde especificamente para obter orientações, referindo entrarem em contato apenas para solucionar questões de autorizações. A postura da operadora nos faz pensar que as decisões e indicações de referências e de inovações tecnológicas, na maioria dos casos, recaem sobre os médicos da rede e, por consequência disso, para os próprios pacientes e suas redes sociais.

Mesmo assim, ao contrário do que vê no cenário de planos de saúde, em que há um crescente número de processos para garantir o acesso às “inovações tecnológicas” (FRANÇA; PINHEIRO; ASENSI, 2007; ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007), não houve nenhum relato dos entrevistados de ação judicial contra a operadora.

Com relação ao grau de interferência que o plano de saúde teve durante o processo de tratamento e acompanhamento dos pacientes, a percepção de sete entrevistados (87,5%) foi de que a operadora de saúde não interferiu ou orientou diretamente as suas escolhas, em termos de profissionais e estabelecimentos médicos, oferecendo apenas o livro contendo os médicos, clínicas e hospitais integrantes da rede credenciada. Nesse sentido, apenas um entrevistado relatou ter sido orientado por um atendente telefônico do plano de saúde quando buscava por autorizações. Ele foi orientado a procurar determinado serviço de radioterapia, no entanto, reconhecidamente, a orientação se mostrou como eventual e não baseada em evidências ou análises técnicas. Segue o relato de como se deu a sua escolha:

“...mostrei ao meu médico a relação de hospitais e clínicas da rede credenciada. Além disso, em uma oportunidade uma atendente do plano comentou comigo que sua mãe precisou de um hospital para realizar um tratamento semelhante e o hospital foi excelente. Bom mesmo. Então juntei as opções e realizei a radio neste hospital.

Entrevistado H2”

Esta contradição entre a necessidade de referências e articulação de recursos e a postura passiva da operadora e de seus profissionais de saúde pode ser explicada pelo senso comum de que em medicina ou em saúde não há uma única opção para a solução de problemas, uma resposta completa ou absoluta, o que leva os profissionais a se omitirem da responsabilidade de elencar referências e opções terapêuticas, mesmo as baseadas em evidências. Dessa maneira, há uma preocupação ou receio de profissionais e da própria operadora de saúde suplementar em dar indicações mais precisas para os beneficiários, temendo que no caso de insucesso sejam responsabilizados moral ou juridicamente por tal atuação.

Por outro lado, esse comportamento esquivo também pode ser explicado por Conill (2008) quando aborda questões relacionadas ao reconhecimento dos caminhos diversos percorridos por pacientes:

“Tais caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação profissional em saúde e, também, pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores, gestores ou formuladores de políticas.”

Indo além, mesmo quando inclinados a coordenar o cuidado instituindo referências, podemos lembrar que denúncias de conluíus entre profissionais e prestadores de serviços ou representantes da indústria de equipamentos ou medicamentos já citados nesse estudo podem, de igual maneira, inibir a postura ativa das operadoras e profissionais em atuar nesse sentido da coordenação do cuidado.

No entanto, o predomínio da lógica da “livre escolha”¹⁰ do paciente por médicos e serviços em um cenário de intensa assimetria informacional que é a saúde, pode ser preenchido por enganos e descaminhos, afetando os processos de cuidado.

A instituição de coordenadores do cuidado informais¹¹, os quais acabaram por realizar instintivamente este papel, é um achado interessante já que 7 dos 8 entrevistados lançaram mão de seus familiares, amigos e até mesmo profissionais de saúde que eram seus parentes como coordenadores de seu cuidado e não os profissionais do plano de saúde ou da rede credenciada. Dois foram os casos de médicos de dentro da própria família dos entrevistados (filho e filha) que articularam necessidades, recursos tecnológicos, referências médicas, potencializaram fluxos entre equipes,

¹⁰ Possibilidade oferecida ao beneficiário em optar por médicos e serviços sem a interferência do plano, mediante reembolso parcial do valor das consultas.

¹¹ O informal - *popular sector* - família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda, o popular - *folk sector* - agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade e o subsistema profissional - *professional sector* (CONILL, 2008).

discutiram os casos com diferentes profissionais e, assim, auxiliaram os mesmos nas suas escolhas, ampliando a sensação ser cuidado nos mesmos.

Podemos citar depoimentos em que a insegurança e desorientação quanto às escolhas é evidente e há uma fala recorrente de que orientações profissionais em casos de doenças graves seriam convenientes.

“Eu não tinha expectativas iniciais...a gente fica se sentindo desamparado. Eu achava que não ia ter jeito. Imagina se eu não tivesse minha filha, ou se ela não pudesse ter me ajudado financeiramente e também com a indicação do médico. Teria sido muito complicado.”

Entrevistado H3

E mais, segue dizendo:

“Como sugestão, eu acho que o plano devia dar uma atenção especial aos usuários que apresentam doenças graves, como a minha. Não é reembolsar e pronto! Atender sem dar mais atenção ou orientação de alguma coisa, uma solução. O usuário que não tem recursos fica completamente desamparado.” **Entrevistado H3**

Portanto, defendemos que a coordenação do cuidado como prática estruturada em protocolos científicos, baseada no uso racional de recursos e com o respaldo institucional é uma estratégia gerencial portadora de real segurança para o paciente nas suas escolhas. No entanto, esta estratégia deve ser adaptada para cada caso monitorado, cada contexto em questão, sem que ocorra um engessamento das ações. O fato de adotarmos protocolos científicos tanto para a detecção precoce quanto para a coordenação do cuidado não é por si só fator pleno de sucesso.

Como exemplo, podemos citar uma questão intrigante que surgiu em um dos casos estudados, dado que foi o único em que a entrevistada ainda estava na ativa. Nesse caso, houve o relato de que o diagnóstico do câncer ocorreu em menos de 30 dias após o periódico de saúde ocupacional ter sido realizado.

“Eu não confio muito neste periódico que a gente faz aqui. É muito incompleto. Quando descobri o câncer, tinha praticamente acabado de realizar meus exames, não tinha nem um mês. Acho muito superficial.”

Entrevistada M3

Por outro lado, não podemos excluir a possibilidade de a doença ter apresentado os primeiros sinais e sintomas após a realização do periódico de saúde. Apesar desta pequena probabilidade, este fato pode levantar questões sobre a eficácia de exames periódicos de saúde realizados somente para cumprir a legislação vigente, numa perspectiva do dito “check-up”, que fica aquém do que entendemos como boas práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças alinhadas e sincronizadas às práticas de coordenação do cuidado.

Outro aspecto que nos pareceu bastante evidente foi a participação de profissionais de diferentes áreas da saúde nas trajetórias assistenciais. Em alguns casos, eles eram indicados pelos próprios oncologistas que, percebendo essa necessidade, se articulavam com profissionais de seu conhecimento, principalmente com psicólogos e fisioterapeutas. Outros entrevistados procuraram estes e outros profissionais praticantes de outras racionalidades médicas por conta própria. Não houve relato do uso de terapêuticas populares como as religiosas, por exemplo.

“Eu também passei a ir em paralelo a um médico homeopata e a uma psicóloga. Fica sempre o fantasma de que o câncer poderá aparecer em outro lugar.” **Entrevistada M3**

Quanto à sensação de estarem sendo cuidados, todos os entrevistados relataram boas experiências. Até mesmo os entrevistados que vivenciaram decepções em alguma etapa do tratamento disseram ter se sentido bem cuidados em momentos posteriores.

“Com a segunda equipe, acho que o tratamento foi ótimo, pelo menos estou bem.” **Entrevistada M1**

8.1.2 Dimensão RECOMENDAÇÕES DO INCA

Iniciando a análise sob o olhar das recomendações do INCA para a redução da mortalidade por câncer de mama (BRASIL. INCA, 2011D), podemos apontar um aspecto relevante na publicação em questão que está diretamente ligado à Integralidade em saúde que é a discussão de acesso dos pacientes a diferentes densidades tecnológicas, níveis de complexidade de serviços e equipes multiprofissionais, considerando a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos relacionados ao câncer, o diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Discutiremos esse tema ao analisarmos os 3 casos femininos de câncer de mama existentes em nossa amostra.

O primeiro ponto que nos chama a atenção ao olharmos para o conteúdo das entrevistas é a incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano de saúde. Nesse sentido, havia apenas uma ação do plano que se alinhava aos estímulos da e do INCA para promoção da saúde e prevenção de doenças. Tratava-se de um serviço de empresa terceirizada que atuava na confecção de artigos e matérias contendo temas gerais e dicas de saúde, publicados em informativos de circulação interna.

Ainda nessa seara, não podemos dizer que houve uma ação robusta no sentido de dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão especificamente sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Dessa maneira, havia apenas a divulgação de informativos sobre cuidados em saúde e vida saudável de um modo geral.

Da mesma forma, não nos pareceu evidente a preocupação da operadora e de médicos assistentes em divulgar amplamente aos beneficiários do plano os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama. Assim, perdeu-se a oportunidade de gerar um estado de alerta constante na população coberta sobre questões relacionadas ao câncer da mama.

Por outro lado, percebemos que o processo de diagnóstico do câncer apresentou importante variabilidade entre os entrevistados, havendo momentos em que o tempo ideal para o diagnóstico precoce foi ultrapassado, o que no caso do câncer tende a diminuir as chances de cura, levando o paciente a ser

submetido à intervenções mais agressivas e duradouras - no sentido cirúrgico e de sessões de quimio, hormônio e radioterapia.

Apenas os beneficiários da ativa contavam com o periódico de saúde ocupacional, pela via da própria empresa e não do plano de saúde. Mesmo assim, como já abordado acima, sem mecanismos de coordenação do cuidado suficientes que adaptassem os protocolos às necessidades de cada pessoa.

Os aposentados e beneficiários de outras categorias não dispunham de mecanismos protocolados para busca ativa de doenças e detecção precoce.

Nesse sentido, nos casos estudados em que houve o diagnóstico precoce da doença, há indícios que o mesmo ocorreu mais por iniciativa dos entrevistados do que por conta de um processo estruturado envolvendo médicos ou o plano de saúde. Ou seja, nos parece que as pessoas entrevistadas que buscaram cuidados de saúde ininterruptamente e informações sobre saúde por decisão própria tiveram aumentadas suas chances de realizar precocemente o diagnóstico do câncer.

Quando consideramos as recomendações do INCA para a diminuição da mortalidade por câncer de mama no Brasil, podemos dizer que de um modo geral as pacientes entrevistadas até tiveram um amplo ou hiperacesso à consultas médicas de profissionais generalistas e exames complementares laboratoriais ou de imagem quando solicitados, seja em se tratando dos exames de rotina preventiva, diagnóstica ou outros sob indicação médica. Como já dito, no entanto, essa busca ocorre por iniciativa própria dos beneficiários.

Assim, não foi identificado um monitoramento para a qualificação do consumo desses exames e consultas. Em decorrência disso, mulheres em faixas etárias específicas não costumam ser alertadas sistematicamente pelos profissionais dos serviços ou pelo próprio plano de saúde para situações em deveriam manter os cuidados de saúde rotineiros ou para o caso de realização inadequada de exames ou não-cumprimento de protocolos oficiais.

Nessa linha, ficou patente a ausência ou desarticulação das estratégias de prevenção e detecção precoce do câncer para pessoas que se encontravam aposentadas ou seus cônjuges, sem acesso aos exames periódicos de saúde.

Mesmo considerando as críticas já feitas ao modelo do “check-up”, este dispositivo quando utilizado adequadamente pode trazer considerável ganho aos pacientes.

Esta situação acima descrita é compatível com a constatação de Schout *et al.* (2007) e Franco *et al.* (2007a) de que medidas de prevenção primária e secundária ao câncer, em geral, quando existem, estão descoladas das propostas de cuidados dos serviços de oncologia, apontando para a necessidade de implementação, articulação ou aprimoramento dessas ações, tornando-as parte de uma sequência do fluxo de uma linha de cuidado.

Podemos citar como exemplo o caso de M1, aposentada, que permanecera 3 anos sem realizar exames preventivos ginecológicos e em nenhum momento isso fora detectado pelo plano ou por seu médico assistente com tomadas de medidas cabíveis para alerta ou orientação da beneficiária.

Por outro lado, analisando a temporalidade dos casos nos quesitos conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento, percebe-se que as recomendações do INCA foram cumpridas sem dificuldades. Percebeu-se a existência de uma articulação cronológica mais adequada e ligeira dos procedimentos necessários para o fechamento diagnóstico, o início do tratamento e das fases de reabilitação, em termos do tempo entre o agendamento de consultas, exames, cirurgias, sessões de quimio, radio e hormonioterapia, psicoterapia, fisioterapia e a própria efetivação dessas etapas. Ou seja, iniciado o processo diagnóstico as entrevistadas disseram não ter se deparado com entraves importantes para receber os resultados e disparar as etapas de tratamento e reabilitação. Esse fato, de alguma maneira, compensou o diagnóstico tardio de alguns pacientes.

É possível notar, também, que houve acesso facilitado dos pacientes do plano de saúde a estes diversos níveis de complexidade e densidades tecnológicas, sejam eles exames, cirurgias corretivas ou reparativas com colocação de próteses e etc. Apesar de alguns dos procedimentos necessitarem de autorizações junto ao plano, percebemos que este processo pode ter até aumentado os níveis de angústia e ansiedade dos pacientes, por conta do razoável tempo despendido, mas mesmo assim não foi considerado um importante obstáculo pelos entrevistados. Nos pontos em que havia

discordância, o plano de saúde tendeu a conceder a solicitação sob respaldo do médico assistente.

“Quanto à parte burocrática, não tive grandes problemas. Recentemente tive dificuldades para obter autorização para fazer a amputação da mama direita. As médicas do plano solicitaram relatórios e me colocaram que eu não devia mexer nesta mama pois ela estava sã. Mas quando realizei a mamografia deu algumas alterações e meu médico orientou a fazer logo a cirurgia para evitar maiores complicações. Mas consegui, fiz a operação e coloquei a prótese.” **Entrevistada M1**

A realidade apreendida neste estudo, em termos de acesso dos pacientes beneficiários aos serviços de saúde, de uma maneira geral, se contrapõe à informação que Almeida (2009) apresenta no âmbito do SUS em Volta Redonda (RJ). Tal autora relata que após o diagnóstico (precoce ou tardio) as pacientes que tinham câncer de mama padeciam por longos períodos tentando iniciar ou dar sequência ao tratamento, o que trazia impacto negativo à sobrevivência das mesmas.

O que poderia ser registrado em termos de entrave ao acesso, seria a questão da insatisfação dos entrevistados pela julgada carência de profissionais médicos credenciados ao plano, fato que foi contornado pelo acesso a outros profissionais de fora da rede credenciada, já que todos os entrevistados tinham ou criaram condições financeiras para isso e o plano também oferecia mecanismos para reembolso parcial dessas consultas e procedimentos.

Com relação ao acompanhamento das pacientes entrevistadas, foi amplamente relatada a percepção de uma baixa gama de opções credenciadas para o acesso à equipes multidisciplinares especializadas da área médica. No entanto, não houve queixas com relação ao acesso aos profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia.

De uma maneira geral, podemos inferir que as entrevistadas foram adequadamente acolhidas nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade.

Não foi possível ter informações sobre a existência de programas de qualidade da mamografia nos estabelecimentos utilizados pelas entrevistadas.

De igual modo, não foi possível verificar a existência de Registros de Câncer em atividade nos estabelecimentos frequentados pelas entrevistadas.

Não houve casos de entrevistadas que necessitassem de cuidados paliativos, impossibilitando a análise dos tópicos relacionados a este quesito.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta última etapa do estudo, pretendemos registrar os principais pontos de reflexão gerados a partir da análise das entrevistas com pacientes oncológicos, os quais tiveram as suas trajetórias assistenciais descritas.

É importante dizer novamente que este trabalho não teve a intenção de esgotar a discussão dos problemas ligados à assistência oncológica, dos processos de gerenciamento de redes credenciadas ou dos processos de trabalho de equipes de saúde, muito menos de fornecer todas as respostas. Nosso esforço se ancorou em vocalizar anseios, sonhos e direitos dos principais interessados nas mudanças e melhorias - os pacientes - indo na direção de levantar e analisar aspectos do cuidado integral que possam se tornar parte da agenda dos gestores da saúde suplementar.

Embora percebamos que em aspectos como o acesso à consultas, equipes multiprofissionais, exames, procedimentos de diversos níveis de complexidade, a dinâmica assistencial do setor privado avançou mais do que o sistema público, também identificamos a partir do levantamento das trajetórias terapêuticas pontos de importantes estrangulamentos a serem discutidos e solucionados, os quais têm impacto direto em termos de resultados para a saúde das pessoas.

Para dar conta de entrar nos meandros da assistência privada e levantar informações que são invisíveis aos mecanismos de avaliação tradicionais, a estratégia de estudar as trajetórias assistenciais foi de grande utilidade. Esta metodologia nos permitiu registrar detalhes, nuances de escolhas e decisões do cotidiano dessas pessoas, os quais deveriam estar sendo debatidos com prioridade pelos gestores, mas se tornam obscuros, pois ou são desconhecidos ou omitidos pelas estatísticas usuais. De certa forma, quando há ciência desses fatos, os mesmos tendem a ser naturalizados pela gestão, como se não fosse de sua responsabilidade dar retorno a estes tipos de questionamentos levantados. Mesmo em operadoras de autogestão, são insuficientes os mecanismos de cobrança sobre estes gestores e, assim, perpetuam-se as lacunas e incoerências entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços.

Queremos, portanto, mencionar algumas questões interessantes para reflexão. Um primeiro ponto que nos saltou aos olhos foi o fato de todos os entrevistados terem julgado a postura dos médicos como adequada em receber, escutar e tratar humanizadamente as pessoas e suas necessidades (LUZ, 2004). Sentiram-se, portanto, bem acolhidos pelos profissionais que os atenderam. Essa expressiva tendência ao julgamento positivo pode ter relação com uma inclinação natural dos pacientes em avaliar positivamente os seus cuidadores (CARÂP, 1997), principalmente em um momento de fragilidade.

Por outro lado, 50% dos entrevistados se queixaram de equívocos técnicos relacionados direta ou indiretamente aos profissionais responsáveis pelo seu cuidado, o que pode ter impactado negativamente as questões de resolatividade analisadas. Por exemplo, ficou explícito neste estudo um evento iatrogênico decorrente de uma abordagem cirúrgica inadequada que passou despercebida pelo plano de saúde. No entanto, no momento da entrevista havia uma percepção de cura por parte de 6 dos 8 entrevistados.

No sentido de competência técnica, não fazia parte das atividades da operadora de saúde a preocupação em elaborar um plano de capacitação ou atualização dos profissionais da rede nas questões mais relevantes ao seu público. Plano este que pudesse dar qualidade e sinergia aos trabalhos multilateralmente, em um espectro de cooperação entre as partes.

Dessa forma, a ideia de trabalho em rede ainda parece bem distante do que se tem discutido e buscado como um farol para a saúde, por exemplo, a noção de redes de atenção levantada por Mendes (2011), em que os profissionais teriam condições de prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis. Nesse ponto, fazemos um primeiro questionamento: ***Os mecanismos de credenciamento, incentivo à atualização ou controle desenvolvidos pelas operadoras de autogestão em saúde garantem a qualificação técnica, efetividade e segurança da assistência prestada pelos estabelecimentos e profissionais credenciados?***

Trazendo uma segunda reflexão, percebemos que de uma maneira geral, houve problemas quanto à continuidade do cuidado, principalmente nos momentos iniciais da fase de investigação diagnóstica. Notamos a recorrência de entrevistados relatando momentos de desorientação com relação ao tipo de profissional ou local de referência a ser procurado, apesar do acesso facilitado aos mesmos.

Finda a fase inicial de desencontros e interrupções, podemos dizer que os entrevistados reconheceram em seus médicos - fossem eles da rede credenciada, particulares ou mesmo os médicos familiares ou amigos - a capacidade de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas desencadeadas, dando continuidade aos processos de cuidado e reforçando ainda mais a relação de confiança entre eles.

Sobre questões de afetividade e relação terapêutica, alguns entrevistados citaram sua gratidão e até mesmo “dívida” para com os seus médicos, reconhecendo a importância da relação de confiança estabelecida entre as partes.

Fato interessante foi o registro de que em todos os casos estudados houve uma figura, um sujeito ativo, que centralizou a coordenação do cuidado mesmo que informalmente. Essa pessoa, às vezes médico, familiar ou amigo, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o adequado concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos entrevistados.

Registramos, assim, a percepção de que dentre estes casos em que havia um sujeito coordenando as etapas do cuidado, nos casos de maior fluidez em termos de êxito na obtenção e articulação dos diferentes recursos, esse personagem era um médico - familiar ou amigo pessoal - liderando ativamente as etapas do cuidado.

Em contraponto ao movimento ativo de coordenação informal do cuidado, vale ressaltar que o plano de saúde mesmo dispondo de médicos em seu quadro se comportou passivamente ou reativamente aos acontecimentos, manifestando-se somente quando era acionado pelos beneficiários.

A postura da operadora nos faz pensar que as decisões e indicações de referências e de utilização das chamadas inovações tecnológicas, na maioria dos casos, recaem sobre os médicos da rede e, por consequência disso, para os próprios pacientes e suas redes sociais. Há, portanto um distanciamento do que é proposto por Silva Junior *et al.* (2005) sobre a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção.

Não apontamos aqui um desinteresse ou descaso destes profissionais em coordenar o cuidado, pelo contrário, quando acionados exerceram o papel de assessorar os beneficiários. No entanto, notando que há um desconhecimento ou não entendimento por parte dos gestores dos planos de saúde da necessidade e da importância, entre outros motivos já discutidos, de instituir processos concretos de articulação e coordenação do cuidado, fazemos os seguintes questionamentos: ***Como esse tema poderia entrar na agenda prioritária das operadoras de autogestão em saúde? Seriam os conselhos de usuários uma boa estratégia?***

Na ausência da instituição formal de coordenadores do cuidado, abriu-se uma lacuna que foi ocupada por coordenadores do cuidado informais, os quais acabaram por realizar instintivamente este papel em 7 dos 8 pacientes entrevistados.

Mais uma vez, desencontros entre as demandas dos usuários, suas necessidades e a dinâmica desarticulada da oferta de serviços oncológicos por parte da operadora ampliaram em alguns momentos a sensação de insegurança e desorientação dos entrevistados quanto às melhores escolhas. Na esteira dessa situação, houve uma fala recorrente de que orientações profissionais em casos de doenças graves seriam convenientes para mitigar as questões da assimetria informacional. Ainda assim, de uma maneira geral, os entrevistados relataram em determinado momento terem vivenciado boas experiências quanto à sensação de estarem sendo cuidados, serem acolhidos nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Até mesmo

os entrevistados que vivenciaram decepções em alguma etapa do tratamento disseram ter se sentido bem cuidados em momentos posteriores.

Portanto, defendemos que a coordenação do cuidado como prática estruturada em protocolos científicos, baseada no uso racional de recursos e com o respaldo institucional é uma estratégia portadora de maior segurança para o paciente nas suas escolhas do que as práticas encontradas atualmente. No entanto, esta estratégia deve ser adaptada para cada caso monitorado, cada contexto em questão, sem que ocorra um engessamento das ações. Ressaltamos que o uso de protocolos científicos, tanto para a detecção precoce quanto para a coordenação do cuidado, não é por si só fator pleno de sucesso.

Outro ponto que nos chama a atenção ao olharmos para o conteúdo das entrevistas foi a incipiência de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos para os beneficiários do plano de saúde como um todo. Percebemos que o processo de diagnóstico do câncer apresentou importante variabilidade entre os entrevistados, havendo momentos em que o tempo ideal para o diagnóstico precoce foi bastante ultrapassado, o que no caso do câncer tende a diminuir as chances de cura, levando o paciente a ser submetido à intervenções mais agressivas e duradouras.

Nos casos estudados em que houve o diagnóstico precoce da doença, há indícios que o mesmo ocorreu mais por iniciativa dos entrevistados do que por conta de um processo estruturado envolvendo médicos assistentes ou o plano de saúde. Ou seja, nos parece que as pessoas entrevistadas que buscaram cuidados de saúde ininterruptamente e informações sobre saúde por decisão própria tiveram aumentadas suas chances de realizar precocemente o diagnóstico do câncer. No entanto, não foi identificado programa de monitoramento para a qualificação do consumo dos exames e consultas.

Uma questão que ficou bastante clara foi que, analisando a temporalidade dos casos nos quesitos tempo para conclusão da investigação diagnóstica e intervalo de tempo para início do tratamento, percebemos que os parâmetros de qualidade vigentes foram adequadamente respeitados. Nesse sentido, percebeu-se a existência de uma articulação cronológica mais

adequada e ligeira dos procedimentos necessários para o fechamento diagnóstico, o início do tratamento e das fases de reabilitação.

Por fim, é preciso criar condições para que beneficiários ampliem a sua capacidade de exercer pressão por seus direitos e necessidades, lançando mão de redes da sociedade civil, condições criadas pela ANS e de dispositivos internos efetivos de participação nas decisões das operadoras. Esta atuação pode tensionar o desenvolvimento de melhorias institucionais para um cuidado integral, levando que as operadoras de saúde avancem no entendimento de sua responsabilidade sanitária para com a sua população de beneficiários, gerando maior grau de satisfação, segurança e qualidade na assistência. Do contrário, a tendência é que se continue priorizando as questões econômico-financeiras em detrimento do cuidado integral.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA; PF.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, MHM.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.

ALMEIDA, S.B. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de Integralidade no município de volta redonda. Dissertação de Mestrado. IMS-UERJ, 2009.

ALVES, P.C A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Publica*, 9(3):263-271, 1993.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre Itinerário Terapêutico. In: RABELO, M. C. M. (org.). *Experiência de Doenças e Narrativas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.125-137.

ASENSI, F. D.; FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R. Ministério Público e Poder Judiciário: limites e possibilidades para assegurar “demandas coletivas” no campo da Saúde . In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /:*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 153 – 167.

BARON, G. & MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations Sociales*, n.110:1-7, 2003.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Programa de qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro. ANS, 2009. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf. Acesso em 03 abr. 2012.

_____. RESOLUÇÃO - RDC Nº 82, DE 16 DE AGOSTO DE 2001(*). Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=117&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 82, DE 29 DE SETEMBRO DE 2004. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=616&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0. Acesso em: abr. 2012..

_____. RESOLUÇÃO-RDC Nº 41, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2000. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=155&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. RESOLUÇÃO-RDC Nº 67, DE 7 DE MAIO DE 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=130&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=584&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. Lei nº 9.656, de 24 de agosto de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. Resolução CONSU n.º 08 (publicada no DO nº 211 - quarta-feira - 04.11.98). Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=86&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. Resolução CONSU n.º 10 (publicada no DO nº 211 - quarta-feira - 04.11.98). Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=82&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

_____. Resolução CONSU n.º 11 (publicada no DO nº 211 - quarta-feira - 04.11.98). Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=80&id_original=0. Acesso em: 03 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas de mortalidade por câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 03 abr. 2012 INCA, 2011A.

_____. Ministério da Saúde. Atlas de mortalidade por câncer. Nota técnica. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/arquivos/notatecnica.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2012. INCA, 2011B.

_____. Ministério da Saúde. Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em: 03 abr. 2012. INCA, 2011C.

_____. Ministério da Saúde. Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_de_z_2011.pdf. Acesso em: 03 abr. 2012. INCA, 2011D.

BELATTO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O Itinerário Terapêutico como uma tecnologia avaliativa da Integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA

JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.167-187.

CALNAN, M. *Towards a Conceptual Frame-Work of Lay Evaluation of Health Care*. Soc.Sci.Med. Great Britain. V.27, n.9, p.927-933, 1988.

CAMARGO JR *et al.*, *Vivências e reflexões de Avaliação na Atenção Básica: a experiência dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e no Espírito Santo*. In: Hartz, Z.; Felisberto, E. (org.); Vieira da Silva, L.M. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática*. / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CARÂP, L.J. *A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total. Qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar. A experiência do Hospital Orêncio de Freitas*. Dissertação de Mestrado. EAESP / FGV, São Paulo. 1997.

CARÂP, L.J. CREPALDI, R; NAVARRO, A. *Proposta de Modelo de Acreditação para Operadoras Privadas de Planos de Saúde*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 37(2): 285-312, Mar./Abr. 2003.

CARVALHO, M.; PINHEIRO, R.; FRANÇA, A . M.; ASENSI, F. D.. *Aspectos do direito à saúde na Saúde Suplementar a partir das relações entre campo jurídico e campo jornalístico*. In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /:*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 111 – 130.

CECÍLIO, LCO *et al.*; *A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro; 2005 a.b. p. 63-74.

CONILL, EM *et al.* *O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1501-1510. ISSN 1413-8123.

CONSTANCIO, T. I. ; SILVA JUNIOR, A. G.; *Perfil da Saúde Suplementar em Niterói: elementos para o planejamento de políticas públicas*. In: 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro. Anais do 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHANPANGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. *Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos*. In *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Hartz, ZA, 1997. P. 29-48.

CUNHA, G. T.; SILVA JUNIOR, A. G.; CONSTANCIO, T. I.; *A concepção de Integralidade na atenção à saúde no setor suplementar brasileiro*. In: 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro. Anais do 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde - <http://www.datasus.gov.br> - Acesso em 03 abr. 2012.

DUSSAUT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26(2), p.8-19, abr./jun., 1992.

FRANCO, T. B.; PIRES, A.C. ; OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. As linhas do cuidado como analisadoras da Integralidade na Saúde Suplementar. *In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 65 – 89.

FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Saúde Suplementar: Integralidade, contrato e mercantilização do direito à saúde. *In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas .* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 131 – 151.

GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A; RIQUINHO, D.L. . Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. *In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.197-214

GIOVANELLA, L.; LOBATO, LVC.; CARVALHO, AI.; CONILL, EM.; CUNHA, EM; Integralidade da atenção em sistemas municipais de Saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Relatório de pesquisa. PAPES. ENSP. 2000.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; Avaliação em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs). (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.159 -166.*

_____. Resenhas Book Reviews. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl. 1): 1625-1628, 2009;

IRIART, A. C. Relatório parcial do projeto de pesquisa "Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil". Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, set. 2003.

KAISER PERMANENTE. Apresentação para a ANS por M. P. Porter. Seminário Nacional de promoção em saúde e prevenção de doenças. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em www.ans.gov.br. Acessado em 20 out 2009.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S283-S297, 2004.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da Integralidade.* Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Cuidar do cuidado:*

responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

MASCARENHAS, M. T. Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói - RJ. Estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINTZBERG, H. The structuring of organizations: a synthesis of the research. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H. Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*; Fall 1997; 22(4), p.9-18.

NASCIMENTO SILVA, V.M; SILVA JUNIOR, A G; PINHEIRO, R.; ALVES,C.A. Trajetórias assistenciais em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à Integralidade . In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.225-234.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. 1993.

_____. "Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do Cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A.; Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado a Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

_____. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs). (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.159 -166.

_____. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.110 -114.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A; SILVA JUNIOR. A.G. Integralidade na atenção à saúde das populações. MARINS, J, *et al.*(Orgs.) Educação Médica em Transformação – HUCITEC – São Paulo. 2004.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In:PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.).Cuidado:

as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004. p.21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). *Integralidade e Saúde Suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PINHEIRO, R. MATTOS, R. A.; Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado a Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

_____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A G. Integralidade e Saúde Suplementar: uma experiência de pesquisa interdisciplinar e colaborativa. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/ 2008 – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 14)*. Brasil, 2009. p.277- 337.

_____. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde / Pinheiro, Silva Junior, AG.; Mattos, R.A; (Orgs.)*. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p.17-42.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Signos, Significados e Práticas relativas à Doença mental. In: RABELO, M. C. M. (org.). *Experiência de Doenças e Narrativas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.43-73.

RABELO, M.C.M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde pública*, 9(3):316-325,1993.

REVISTA VEJA. Remédios: Sustos difíceis de engolir. Editora Abril, 5/11/2008.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da Integralidade da atenção à saúde. *Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS*. Ano II, n.19, Brasília, Set./Out., p.. 46-47, 2006.

SCHOUT, D. ; MALIK, A. M. ; PADILHA, R. Q. ; ANDRIOLO, A.R. ; KAWAHARA, M. M. ; MIYAGI, M. ; SCATENA, P. D. . Modelo Tecno-Assistencial do Mercado Supletivo, seus Atores e a Qualidade da Assistência na Região metropolitana de São Paulo: Cardiologia e Oncologia. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/ 2008 – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 14)*. Brasil, 2009, p. 119-171.

SILVA JUNIOR, A.G.; Promoção à saúde e mudanças na prática da saúde suplementar, In: Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar*, p. 71-76 / Agência Nacional de Saúde. Suplementar. – Rio de Janeiro. ANS, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social*

da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A.G.; MERHY,E.E.; CARVALHO,L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2003. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005.p.89-112.

SILVA JUNIOR, A.G.; CONSTANCIO,T.I.; WERNECK, T.E.M.; NASCIMENTO SILVA, V.M.N.; MANTINI,C.; Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar. In *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde / Roseni Pinheiro e Tatiana Coelho Lopes, organizadoras.* – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 256 p.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

SILVEIRA, R. FEITOSA, A .; LOFEGO, J.; SOUZA,L.C. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da Integralidade em Rio Branco . In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.215-224.

SMITH, T.J.; HILLNER, B.E.; Bending the Cost Curve in Cancer Care. Sounding Board. New Engl. J. Medicine 364;21 NEJM. P.2060-2065 org. may 26, 2011.

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

_____. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*, n. 54, p. 361-9, 1979.

STARFIELD, B. *et al.* Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, v. 46, p. 216-25, 1998.

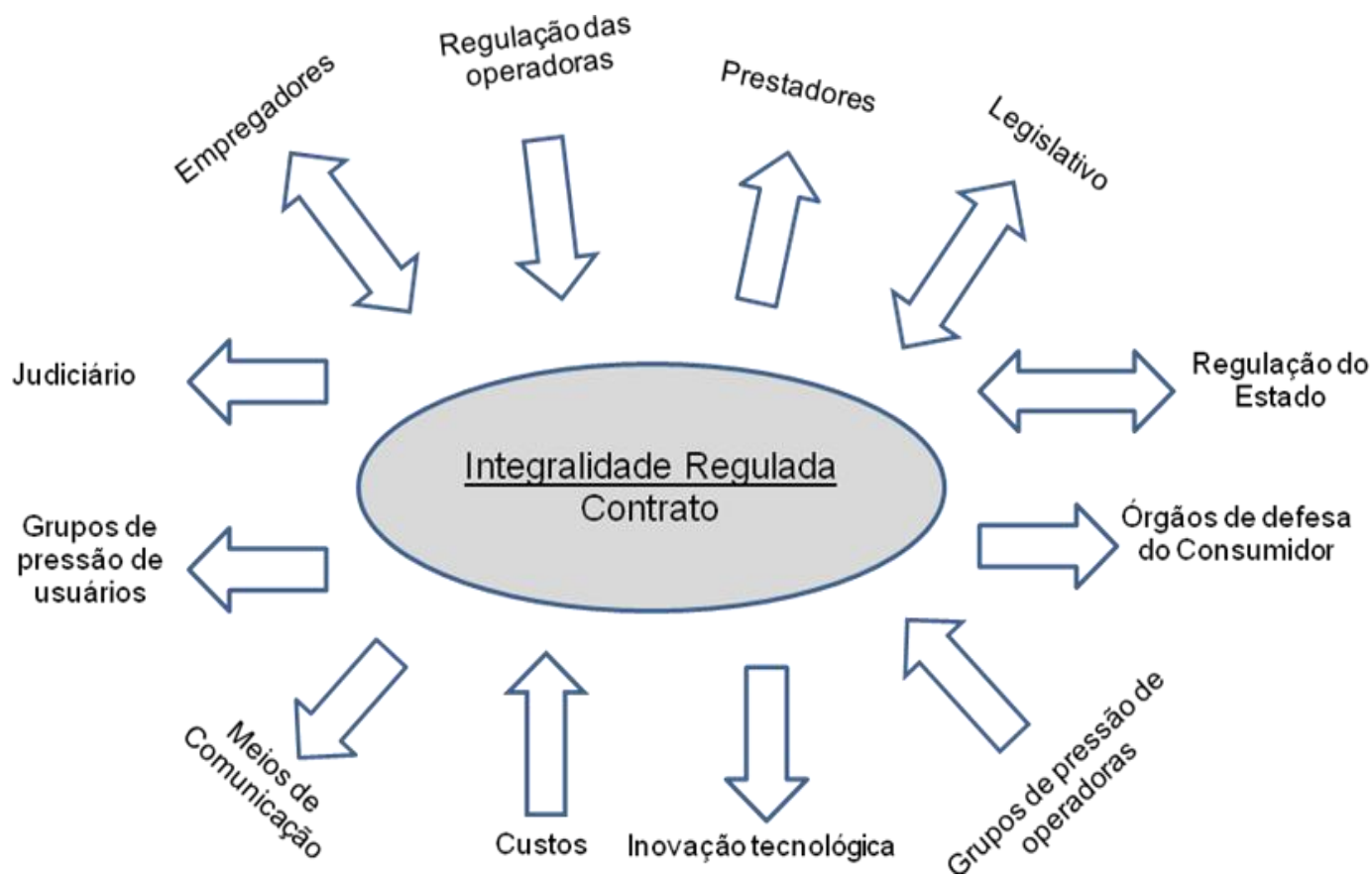
TAVARES; F.R.G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.189-196.

UGÁ, M. A. D. *et al.* A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001-2004.

11 Figura 1 – Tensões delineadoras da Integralidade na Saúde Suplementar (Fonte: SILVA JUNIOR *et al.*, 2010)



12 Quadro 1 - Gerações da Avaliação (Fonte: Tradução adaptada de BARON E MONNIER, 2003)

GERAÇÃO	TIPO DE AVALIAÇÃO	QUEM DECIDE O CONTEÚDO DA AVALIAÇÃO	QUEM IMPULSIONA O TRABALHO DE AVALIAÇÃO	QUEM PRODUZ O JULGAMENTO FINAL
1ª, 2ª E 3ª	ADMINISTRATIVA	ADMINISTRAÇÃO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO		A EQUIPE DE AVALIAÇÃO
4ª (A)	CO-PRODUÇÃO	AUTORIDADES PÚBLICAS (ELEITOS OU ADMINISTRAÇÃO)	GESTORES + OPERADORES	A EQUIPE DE AVALIAÇÃO
4ª (B)	PLURALISTA	AUTORIDADES PÚBLICAS (ELEITOS OU ADMINISTRAÇÃO)	AUTORIDADES PÚBLICAS + SOCIEDADE CIVIL + (OPERADORES)	
5ª	EMANCIPATÓRIA	SOCIEDADE CIVIL		

13 Quadro 2 – Instrumento para análise de entrevistas

Entrevistados	Categorias de Análise		
	Acolhimento		
	Postura	Técnica	Resolutividade
Entrevistado 1			
Entrevistado 2			
	Vínculo-Responsabilização		
	Longitudinalidade	Instituição de referências terapêuticas	Responsabilidade em articular ações
Entrevistado 1			
Entrevistado 2			
	Coordenação do Cuidado		
	Percepção de necessidades e articulação de tecnologias	Produção de (im)pactos cuidadores e fluxos entre equipes	Sensação de ser cuidado no usuário
Entrevistado 1			
Entrevistado 2			
	Recomendações do INCA para o Câncer de Mama		
	Prevenção e detecção precoce	Tratamento e cuidados paliativos	
Entrevistado 1			
Entrevistado 2			

14 Quadro 3 - Análise das entrevistas – parte 1

Entrevistados	Categorias de Análise		
	Acolhimento	Vínculo-Responsabilização	Coordenação do Cuidado
M1	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica na intervenção cirúrgica realizada, o que gerou o rompimento com o 1º médico ao longo do tratamento e impactos negativos na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce, diagnóstico e 1ª abordagem. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
M2	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente solucionadas, o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
M3	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Teve problemas de ordem técnica na etapa diagnóstica e em intercorrências que foram compensados posteriormente com intervenções precisas. A resolutividade foi considerada adequada.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de investigação diagnóstica. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O periódico de saúde realizado não se articulou com a condição clínica da entrevistada. O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
M4	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente encaminhadas o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>A continuidade do cuidado teve prejuízos após a conclusão diagnóstica. Em seguida, foi restabelecida a continuidade do cuidado e foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>

15 Quadro 4 - Análise das entrevistas – parte 2

Entrevistados	Categorias de Análise		
	Acolhimento	Vínculo-Responsabilização	Coordenação do Cuidado
H1	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebido e ouvido em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica na etapa diagnóstica o que gerou impacto negativo na resolutividade do caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce e investigação diagnóstica. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde se comportou passivamente ou reativamente às necessidades do entrevistado. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
H2	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebido e ouvido em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente encaminhadas o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>A continuidade do cuidado foi estabelecida em todas as fases e foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades do entrevistado. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
H3	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebido e ouvido em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica na etapa diagnóstica o que gerou seu afastamento do 1º médico. Em seguida, a resolutividade foi considerada adequada.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades do entrevistado. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
H4	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebido e ouvido em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica nas etapas de detecção precoce e diagnóstica que podem ter gerado importante impacto negativo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de investigação diagnóstica. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades do entrevistado. No entanto, houve um sujeito ativo (formal ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>

16 Quadro 5 - Análise das entrevistas – parte 3

Entrevistadas	Categoria de Análise
	Recomendações do INCA para a redução da mortalidade por Câncer de Mama
M1	Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano. Ações insuficientes do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi drasticamente ultrapassado. Houve um amplo acesso à consultas de médicos generalistas e de outros profissionais e à exames complementares, mesmo quando dependiam de autorizações especiais. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.
M2	Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano. Ações insuficientes do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi atingido. A entrevistada considerou que houve um amplo acesso à consultas de médicos e de outros profissionais generalistas e à exames complementares. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação, com ressalvas apenas ao acesso a médicos especialistas. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.
M4	Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano. Ações insuficientes do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi ultrapassado. A entrevistada considerou que houve acesso inadequado à oncologistas e outros profissionais especializados, mas referiu bom acesso à exames complementares. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação, com ressalvas apenas ao acesso a médicos especialistas. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.

17 Tabela 1 – Topografia e nº de casos de câncer da amostra

Topografia do câncer	Nº de casos
Mama	3
Pulmão	2
Útero	1
Cérebro	1
Bexiga	1
Total	8

18 Anexo 1 – Roteiro de questões

1. Você visita o médico ou faz exames periodicamente ?
2. Qual foi o problema de saúde constatado em 2007?
3. Em que circunstâncias ocorreu diagnóstico do problema de saúde?
4. Houve oportunidade de escolher a equipe médica para tratamento? Em que se baseou essa opção?
5. Quem foi o seu médico(a)? É da rede credenciada?
6. Como o médico conduziu o tratamento proposto?
7. Qual foi o plano médico para o seu tratamento (químico, radio, cirurgia...)?
8. Em que se baseou a escolha pelos locais de tratamento e/ou reabilitação? E os exames? O Sr(a) participou dessas escolhas? Como?
9. Qual foi o Hospital / Clínica da(s) internação(ões)?
10. O tratamento e/ou reabilitação atenderam às expectativas iniciais? Quais eram as expectativas?
11. Quais os medicamentos em uso atualmente? Qual o custo mensal com eles?
12. O acompanhamento médico após o tratamento escolhido foi satisfatório? O que considera satisfatório?
13. Qual foi o impacto financeiro do tratamento e/ou reabilitação no orçamento familiar?
14. Quais foram as principais dificuldades (burocráticas ou não) encontradas no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação? E as facilidades?
15. Em sua opinião, a busca pelo diagnóstico e a escolha do tratamento foram adequados?
16. O plano de saúde teve alguma influência sobre estas escolhas? Se sim, como?
17. Como estão os cuidados preventivos de saúde após o evento em questão?
18. Em sua opinião seria importante um acompanhamento ou orientação médica do plano de saúde ao usuário em situações desse tipo? Como?
19. Observações e sugestões – Aberto.

19 Anexo 2 – Parecer do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Renato Augusto M. Sá - Coordenador Geral
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Rosângela Arrabal Thomaz – Sub-Coordenadora
Faculdade de Medicina

Herbert Praxedes
Representante Comunidade Científica

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina – Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra
Instituto de Ciências Sociais – Depto Filosofia

Abrahão Santos / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais – Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

CEP CMM/HUAP nº 413/11

CAAE: 0429.0.258.000-11

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:
“PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
ANÁLISE DA TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS DE UMA OPERADORA DE AUTOGESTÃO, SOB
A ÓTICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE.”

Pesquisador(a) Responsável:
Aluisio Gomes Da Silva Junior

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):
Thiago Inocêncio Constancio

Data: 02/12/11

Parecer: Aprovado

Atenciosamente,

Prof. Renato Augusto Moreira de Sá
Coordenador