

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**MODOS DE ACESSO, FLUXOS E INFORMAÇÃO: A
TRAJETÓRIA DAS MULHERES ACOMETIDAS POR
CÂNCER DE MAMA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Bárbara Lavarda Drews

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

MODOS DE ACESSO, FLUXOS E INFORMAÇÃO: A TRAJETÓRIA DAS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA

Bárbara Lavarda Drews

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Hemato-Oncologia**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosmari Hörner

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada

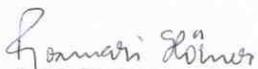
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

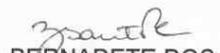
**MODOS DE ACESSO, FLUXOS E INFORMAÇÃO: A TRAJETÓRIA DAS
MULHERES ACOMETIDAS POR CANCER DE MAMA**

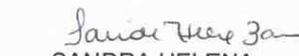
Elaborado por
BÁRBARA LAVARDA DREWS

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde : ênfase em Hemato-Oncologia**

Comissão Examinadora:


ROSMARI HORNER


BERNADETE DOS
SANTOS PEREIRA


SANDRA HELENA
COMASSETTO BARROS.

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

RESUMO

Trabalho Final de Conclusão
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público
de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

MODOS DE ACESSO, FLUXOS E INFORMAÇÃO: A TRAJETÓRIA DAS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA

AUTORA: BÁRBARA LAVARDA DREWS

ORIENTADOR: ROSMARI HÖRNER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

Este estudo teve como objetivo conhecer mais profundamente algumas interfaces dos altos índices de mortalidade por câncer de mama, com destaque à trajetória das mulheres acometidas, no cenário de municípios de altos coeficientes por este tipo de mortalidade de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Rio Grande do Sul. Os dados utilizados foram levantados por meio de entrevista semiestruturada com familiares de mulheres que foram a óbito por câncer de mama em quatro municípios da região central do estado, nos anos de 2009 a 2011, tendo sido realizadas as entrevistas em novembro de 2012. Os dados foram avaliados por meio da técnica de análise de conteúdo. Após a criteriosa análise dos dados, identificou-se que as mulheres acessaram o sistema público de saúde por meio da atenção básica, entretanto, encontraram dificuldades para acessar os serviços de média e alta complexidades, buscando serviços privados. Em todos os níveis de complexidade do sistema, percebeu-se a vigência de um modelo de atenção à saúde uniprofissional, centrado na doença, fragmentado e curativista; com forte desvalorização da informação e da educação em saúde como parte do processo de atenção à saúde. Com vistas a qualificar a assistência prestada às mulheres com câncer de mama, os profissionais e gestores da saúde tem o dever de priorizar a formação multiprofissional, no intuito de transformar o Sistema Único de Saúde em universal, equânime e, principalmente, integral; conforme a legislação que o implementa e regula.

Palavras-chave: Câncer de mama. Acesso aos serviços de saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Trabalho Final de Conclusão
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público
de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

MODE OF ACCESS, AND INFORMATION FLOWS: A TRAJECTORY OF WOMEN AFFECTED BY BREAST CANCER

AUTHOR: BARBARA LAVARDA DREWS

SUPERVISOR: Rosmari Horner

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

This study aimed to understand more deeply some interfaces of high mortality rates from breast cancer, with emphasis on the trajectory of women living in municipalities scenario of higher rates of mortality for this type of a Regional Health inside the Rio Grande do Sul data were collected through semi-structured interviews with families of women who died from breast cancer in four municipalities in the central region of the state, in the years 2009-2011, the interviews were conducted in November 2012. Data were analyzed using the technique of content analysis. After careful analysis of the data, we found that women accessed the public health system through primary care, however, found it difficult to access the services of medium and high complexity, seeking private services. At all levels of system complexity, realized the validity of a model health care uniprofissional, based on disease, curative and fragmented, with strong devaluation of information and health education as part of health care. In order to qualify for assistance provided to women with breast cancer, professionals and health managers have a duty to prioritize the multidisciplinary training in order to transform the National Health System in universal, equal and mostly full, according to legislation that regulates and implements.

Keywords: Breast cancer. Access to health services. Health education.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama representa um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, sendo o segundo tipo de câncer mais incidente e no Brasil, onde é o tipo de câncer mais incidente, além de estar entre as principais causas de morte entre mulheres (INCA, 2010). Os índices de mortalidade são alarmantes no país (12 mil mortes registradas pelo INCA em 2010), sendo que o estado do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar de maior incidência de mortalidade entre os estados, conforme Atlas de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer (1.144 mortes em 2011: dados do Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS).

Analisando a região centro-oeste do estado, objeto deste estudo, observa-se que os coeficientes de mortalidade por câncer de mama são ainda maiores que os do estado, mesmo com uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade (UNACOM) como referência para o tratamento desta doença na região. Tais índices loco-regionais são alarmantes, justificando a necessidade de compreensão dos fatores intervenientes que corroboram na determinação desta problemática.

Dois aspectos gerais caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil: primeiro, o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico; segundo, o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido de garantir-se o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (OLIVEIRA, 2011).

Entretanto, buscando uma análise de cunho mais operacional desta problemática, segundo Oliveira (2011), a mortalidade é maior, principalmente, em regiões onde a incidência é elevada e os recursos para prevenção e tratamento são de difícil acesso ou mesmo inexistentes. Nestes termos, infere-se que o modo de utilização dos serviços na perspectiva de gestão dos mesmos (fluxos, referências para atendimento, sistemas de informações, entre outros fatores técnico-operativos) interfere na determinação desses altos coeficientes de mortalidade.

Com base nisso, há mais de uma década, o Ministério da Saúde vem adotando estratégias para combate desta problemática, tendo como referência a publicação da Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção

Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. O documento destaca a “*necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer*”. A regularização do processo de implementação desta Portaria tem como referência o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão auxiliar do Ministério da Saúde, que propôs o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, como uma das prioridades nos planos municipais e estaduais de saúde.

Diante da legalização de medidas de combate a esta problemática que envolve altos índices de mortalidade de mulheres por um agravo que poderia ser evitado, questiona-se: qual a razão destas normativas não conseguirem impactar efetivamente para a diminuição desta problemática? Como ocorreu o acesso aos serviços de saúde direcionados às mulheres que perderam a vida em consequência dessa condição clínica? Quais as informações foram disponibilizadas e de que forma? Que barreiras elas encontraram no acesso ao tratamento? Que modelo de atenção foi e é oferecido?

Tais questionamentos assumem um significado ainda mais intenso no contexto do processo de formação como profissional da saúde residente de um programa de residência multiprofissional com ênfase na área e hemato-oncologia, no qual se identificava as dificuldades encontradas pelas mulheres acometidas por câncer de mama para acessar o tratamento, culminando com elevado número de óbitos. Compreender essa problemática a partir de outras dimensões e níveis estruturais dos serviços, na perspectiva de estruturação das redes de atenção e gestão, tornou-se um desafio a ser conquistado para a qualificação de uma formação orientada para o comprometimento do fortalecimento do SUS e das Políticas públicas de saúde vigentes no País.

Assim, o principal *objetivo* deste estudo é conhecer mais profundamente algumas interfaces dos altos índices de mortalidade por câncer de mama, com destaque à trajetória das mulheres acometidas, no cenário de municípios de altos coeficientes por este tipo de mortalidade de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Rio Grande do Sul.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo trata-se uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa dos dados, cuja principal finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias (GIL, 2011).

O cenário da pesquisa foi quatro municípios pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde da região centro-oestes do estado do Rio Grande do Sul, que apresentam os maiores coeficientes de mortalidade por câncer de mama entre os municípios desta regional. Juntos, os municípios perfazem um total de trinta e um óbitos, nos anos de 2009 a 2011 (NIS/DAT/CEVS/SES-RS). Foram então escolhidos dois municípios cujos coeficientes cresceram e dois que decresceram.

Os sujeitos da pesquisa foram os familiares das mulheres que foram a óbito, por câncer de mama, no período de 2009 a 2011. Como critérios de inclusão considerou-se ter acompanhado a trajetória da mulher e aceitar, mediante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, participar da pesquisa; como critério de exclusão, não ter encontrado o familiar, não ter aceitado participar ou não ter acompanhado a trajetória. Desta forma, apenas dezesseis foram entrevistados, sendo em sua maioria, familiares diretos (esposos, mães e filhos).

De forma a garantir anonimato aos familiares e aos municípios pesquisados, os entrevistados foram identificados pelas letras A, B, C, D – conforme o município que reside, e números de 1 a 9, por exemplo: B2. Além disso, o estudo obedeceu ao preconizado pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Departamento de Ensino e Pesquisa da Instituição e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM e tendo sido utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados em novembro de 2012, no ambiente domiciliar, com visita pré-agendada. Utilizou-se, como instrumento da coleta de dados, entrevistas semiestruturadas, registradas em anotações, visto que o uso de gravador inibiu a maioria dos familiares. A entrevista foi estruturada a partir de unidades temáticas que permitissem ao familiar descrever como percebeu a trajetória vivida pela mulher acometida neste período em torno do diagnóstico, tratamento e óbito. As unidades foram: modo de acesso ao diagnóstico e ao tratamento; modo de atendimento dos profissionais; dificuldades encontradas na rede de serviço do SUS; informações recebidas neste período.

Para a análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), através da decodificação das comunicações a fim de apreender o conteúdo explícito e implícito. O autor afirma que esse procedimento apresenta conformidade com a premissa de que é permitido utilizar-se dessa técnica quando o interesse é aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, ou seja, é uma busca de outras realidades através das mensagens. A opção por esse método de análise justificou-se, também, pela possibilidade de agrupar, sistematizar, explicitar e correlacionar elementos que respondam às questões de pesquisa (BARDIN, 2011).

Dessa forma, através de leitura e releitura detalhada das informações coletadas, classificando a totalidade do texto de acordo com características de exaustividade, homogeneidade, objetividade, chegou-se à construção das seguintes categorias adequadas ao objetivo do estudo – unidades de significado – (BARDIN, 2011).

1. Fluxos e modos de acesso aos serviços de saúde
2. Modelo de atenção em saúde no combate ao câncer de mama
3. Educação e Informação em Saúde: significados e impacto

Tomando como referência tais unidades/ categorias, a análise e discussão busca confrontar a teoria com os fatos (RICHARDSON, 1999).

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Fluxos e modos de acesso aos serviços de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que vem sendo construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideológicas e sociais. Ao mesmo tempo, percebe-se que um dos maiores desafios a ser vencido pelo próprio sistema é a organização da rede de acesso e tratamento.

Sobre a organização do SUS em nosso país, ela está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos)*, *regionalização (região de saúde)* e *hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*. Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da Constituição Federal de 1988. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada*, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Nesse sentido, considera-se que o processo de universalização das ações e dos serviços promovido pelo SUS tem sido caracterizado como excludente, embora acompanhado de um processo de racionalização do financiamento e da inclusão de todas as camadas sociais na atenção pública à saúde (GAWRYSZEWSKI, 2012).

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS foi regulamentado e implementado pela Lei 8.080/90, sendo complementado por normativas e legislações que visam qualificar o sistema, bem como atender demandas específicas da população.

Uma delas é a Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS N° 2.439/2005), a qual deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo, dentre outros aspectos:

(...)

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

(...)

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

Ainda, dentre as legislações vigentes que propõem a reestruturação dos serviços, destaca-se a publicação recente do Decreto 7.508/2011 que dispõe, entre outros aspectos, sobre a organização do sistema:

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

O decreto define ainda as “portas de entrada” do sistema como os serviços de atendimento inicial para o acesso universal e igualitário à Rede de Atenção à Saúde, tendo a função de referenciar o usuário para o acesso aos serviços de atenção hospitalar, bem como aos serviços de atenção ambulatorial especializada, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica. Esta lógica observa o princípio da hierarquização e assegura, ao usuário, a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Ainda o Decreto legitima o conceito de “região de saúde” como um território delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e transporte, além de conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Ao estabelecer uma relação de como este referencial, de base legal/institucional, orienta as ações e serviços de saúde com a problemática dos altos coeficientes de mortalidade por câncer de mama em mulheres, percebe-se que existem graves fragilidades no sistema demandando análises, com destaque, neste estudo, aos modos de acessos, fluxos e informação que a usuária vivencia, no cenário loco-regional, na busca da resolução das necessidades em torno do controle de seu agravo.

Nos relatos dos familiares é possível identificar tais fragilidades, entretanto as mesmas não estão associadas, num primeiro momento, ao modo de acesso ou à porta de entrada no sistema público.

“Ela viu um carocinho no seio, durante o banho e foi logo no posto consultar com o médico.” D8

“A nora sempre examina ela, quando sentiu um carocinho, levou para consultar no Centro Materno-Infantil.” D3

“Ela sentiu o carocinho na amamentação, então procurou o médico do Centro Materno-Infantil.” D9

Os depoimentos evidenciam o reconhecimento dos serviços públicos de saúde da rede básica ou ambulatorial enquanto porta de entrada, para um número significativo de usuários, pois sete, dos dezesseis familiares, afirmam que as mulheres buscaram o primeiro atendimento em unidades de saúde próximas da sua residência, enquanto outras buscaram atendimento médico privado. Entretanto, a análise dos dados revela que este ponto da rede tem fragilidade em relação à sua conexão com os demais pontos e é exatamente neste âmbito de organização de fluxos que a problemática começa a ser evidenciada.

“Enquanto não vinha o resultado do exame que ela fez aqui, ela foi pra outra cidade trabalhar, então eu disse pra ela ir a um hospital particular de lá e refazer” D9

“Ela foi encaminhada para o hospital Universitário, mas o médico disse que demoraria a fazer o exame, perguntei se no particular era mais rápido e ele disse que sim, aí pagamos, não dava pra esperar!” B1

“Pegamos os exames e fomos num médico particular da capital, diziam que ele resolvia sem cirurgia” D2

Conforme a legislação, a partir deste primeiro atendimento, ao ser identificado um possível tumor, a usuária deve ser encaminhada para serviços de médica complexidade para realizar assistência diagnóstica, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência, segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2005).

A análise dos fragmentos revela, ainda, a existência de uma forte mediação público-privado, justificada, nos discursos, pelo medo de esperar pelos procedimentos no sistema público. A complementariedade é importante e prevista em Lei, porém não pode ser viabilizada sem critérios legais-operacionais. Os relatos demonstram que esta complementariedade é uma iniciativa do usuário e não uma oferta organizada do sistema, o que indica pouca resolutividade nos serviços de saúde de média complexidade, demonstrando a fragilidade da Rede de Atenção. Esta fragilidade é reforçada nos relatos de que, quando encaminhadas para a média ou alta complexidade, algumas mulheres mantinham-se no SUS, porém saíam de suas regiões de saúde:

“Como a filha e a neta moram em outro estado, levaram ela pra lá fazer exames e fez a cirurgia lá também.” D3

“A médica do convênio encaminhou ela pra Caxias, que um filho dela morava lá. Daí ela se mudou pra lá, fez a cirurgia e a quimioterapia lá, pelo SUS.” D4

“Do posto aqui encaminharam pra o Hospital Universitário, mas demorou muito, aí falamos com um vereador e ele conseguiu uma vaga em Porto Alegre, primeiro num hospital, depois em outro.”D8

Percebe-se, portanto, a deformidade do fluxo, que é hierarquizado, mas não regionalizado e a inequidade do acesso, uma vez que para ter condições de acessar o tratamento é necessário ter a definição do diagnóstico, feita na média complexidade (OLIVEIRA, 2011). Porém os caminhos para a média complexidade são interfaceados por mediações com o privado, impossibilitando muitos sujeitos de terem acesso a ela ou ficando por um longo tempo à espera deste atendimento.

O cenário do tratamento do câncer de mama, desvelado nestes depoimentos, indica que o caminho à cura ainda é longo, não por elementos de ordem clínica-terapêutica, mas institucional, ou seja, de organização da oferta dos serviços. Para conseguir a minimização dos impactos indesejados da doença, é necessário organizar-se uma rede de serviços (INCA, 2010), com referências bem estabelecidas e logística definida para o tratamento completo, adequado e ágil, que permita acesso a todas as tecnologias disponíveis, propiciando um atendimento de base universal, equânime e integral (OLIVEIRA, 2011).

Os dados sinalizam para a necessidade de mudanças, no modelo de atenção da rede pública de oferta de serviços aos usuários, que não se farão sem mudanças nos modelos de gestão. Esta é uma tarefa de todos: profissionais, gestores, usuários e familiares, mas para executá-la necessitamos compreender melhor seu processo de viabilização.

2.2 Modos de atenção e gestão em saúde no combate ao câncer de mama

Quando se discute modelo de atenção à saúde, Merhy (2002) faz referência de que esta não é uma questão de programas, mas do modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas *ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da*

oferta. Esta lógica tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Se considerarmos que a atuação dos profissionais ainda não é incisivamente orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. Podemos compreender que isto é resultante do fato de que ainda predomina na prática, a influência de modelos de atenção e gestão de base tradicional, expressos pela visão focada na doença, na tecnologia dura, na medicalização e na fragmentação do sujeito e dos serviços (CAMPOS, 2011).

Os relatos dos familiares demonstram exatamente este modelo vigente. Um dos primeiros aspectos que se observa ao analisar as informações é a hegemonia do modelo médico-centrado, visto que todos os entrevistados só referem-se a este profissional em qualquer nível de atendimento que as mulheres tenham recebido:

“Ela já fazia acompanhamento *médico*, por causa da idade” B3

“No início ela aceitava bem o tratamento, mas quando *o médico* disse que não tinha nada para fazer, ela desanimou” C1

“Na época da mãe era *só o médico* mesmo, só quando internava que tínhamos as enfermeiras da unidade” D1

“É muito difícil acessar os médicos, o pior é que tu *precisa deles* pra tudo: pra receitar um medicamento pra dor, pra dizer o que pode comer” D5

“Ela sentia dores e ficava muito triste, chorava, não sabíamos o que fazer, diziam até que era depressão, mas nunca soube” D3

Este modelo uniprofissional é incapaz de responder à complexidade de necessidades geradas nos sujeitos pelo câncer e pelo tratamento da doença, pois traz à tona sentimentos relacionados à morte, à perda, à autoestima. Num outro extremo, o tratamento pode levar ao afastamento do trabalho, incidindo sobre as condições econômicas das famílias, ao distanciamento de atividades cotidianas e sociais; as reações aos medicamentos podem levar a perdas nutricionais e outros agravos (CARVALHO, 2008).

Nesse sentido, o modelo convencional sobrepõe-se ao que é garantido por lei como obrigatório: a assistência por equipe multidisciplinar às mulheres com câncer de mama (INCA 2012). Somente uma equipe formada por diversos profissionais de saúde – psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas – pode garantir melhor qualidade de vida durante o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos.

Outra característica do modelo hegemônico de atenção em saúde é a *fragmentação* do modo de perceber o ser humano, pois os dados mostram que ainda é muito presente a forma

de como o usuário é visto: como uma parte de um corpo com problemas biológicos, um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos (CECILIO; MERHY, 2003).

“Ela sempre fez tratamento para os ‘nervos’, tomava medicamento, ia às consultas, mas nunca pediram exame das mamas, nem faziam nenhum exame físico nela” C1

“Ela fez todo pré-natal. Depois que teve a menina continuou indo ao médico! Aí sentiu aquela dor e não conseguia amamentar, mas ele disse que era normal, sem nem fazer exame ou perguntar se ela já tinha feito alguma vez.” D9

“A mãe não queria fazer o tratamento, porque ia cair o cabelo e isso abalou muito ela, mas não deram outra alternativa. Ela sofreu muito com isso.” D8

Grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento da escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar.

Essas relações aparecem bastante fragilizadas nas situações retratadas nas entrevistas, onde as necessidades das mulheres são absolutamente negadas pelos profissionais, bem como são negados seus direitos enquanto usuários do SUS:

“Ela teve que ficar internada, fez cirurgia para colocar dreno, teve insuficiência cardíaca e nunca pode ter acompanhante” D5

“A gente informou o doutor que ela estava com muita dor e ele disse que não tinha o que fazer. Não de um remédio, nada” D4

Esta fragmentação não se dá apenas pelo olhar do profissional, mas pela própria organização do sistema que não desenvolve ações intersetoriais, reduzindo os serviços de saúde à cura da doença e ignorando as necessidades sociais dos sujeitos e suas famílias. Se analisarmos os dados do ponto de vista tecnológico, percebemos que ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos, medicalização, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Evidencia-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde neste cenário, refletindo o modelo ainda vigente no Brasil e em muitos países do mundo (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Quando questionados sobre as dificuldades encontradas pelas mulheres e familiares em torno da doença, além das relacionadas às reações físicas e emocionais ao tratamento, a maioria cita dificuldades financeiras:

“Tivemos dificuldades financeiras, porque tínhamos que ficar longe de casa...” C2

“Às vezes não tínhamos dinheiro pra comer lá, mas ela não quis vir para o Hospital Universitário da região, porque tinha vínculo.” D7

“As piores dificuldades foram ter que parar em alojamento, não ter dinheiro para o ônibus pra andar dentro da cidade. Foram dois anos de tratamento, às vezes não dava tudo certo, ficava sem dinheiro pra comer...” D8

O sistema prevê suporte para estas mulheres e suas famílias na Portaria da SAS/ MS 055/99, que define o Tratamento Fora de Domicílio: *é obrigação do município de origem o fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS*. Porém num modelo uniprofissional, biologicista e fragmentado, a intersectorialidade e as demandas sociais ficam em segundo plano, mesmo que para a precocidade do diagnóstico e para a eficácia do tratamento, a localização dos serviços, os meios de transporte disponíveis, a distância, o tempo e os custos envolvidos no deslocamento devessem ser considerados (OLIVEIRA, 2011).

Reforçando esta lógica mercadológica no modelo de atenção à saúde, destaca-se a priorização de ações voltadas para o tratamento e cura de doenças, em detrimento de ações de promoção da saúde e de prevenção. Ou seja, dos dezesseis familiares entrevistados, quinze afirmaram que a confirmação do diagnóstico foi tardia, denunciando as fragilidades do sistema em termos de ações preventivas:

“Ela sentiu essa fisgada no braço, quando foi olhar tinha um vergão no seio dela, daí procurou médico do SUS mesmo” D7

“Tinha um carocinho, achamos que não era nada. Quando começou sair líquido vermelho do seio, aí mandei procurar médico” D9

“Ela sentia um caroço no seio fazia dez anos, mas ela só foi ao médico quando aquele caroço começou virar uma ferida e sair uma secreção.” B2

Considerando que a cura do câncer de mama está diretamente relacionada à precocidade do diagnóstico, a precarização ou mesmo inexistência de ações de prevenção e de promoção da saúde são determinantes para o aumento da mortalidade (INCA, 2010). A associação do estreitamento de vínculos criados entre profissionais de saúde da atenção básica e do uso de equipamento e conhecimento estruturado da clínica e da epidemiologia poderiam antecipar estes diagnósticos por meio de informações de como reconhecer sintomas e de ações que visassem tanto prevenir os fatores de riscos da doença, como monitorar a população mais propensa a desenvolvê-la.

O SUS, embora ainda precise avançar muito, tem buscado, na construção da *integralidade*, uma alternativa para extinguir o modelo vigente. Para tanto, se faz necessária a

combinação de tecnologia dura e a tecnologia leve ambas orientadas pelos princípios da humanização, tendo como referência *o usuário e suas necessidades enquanto o ponto de partida para definir prioridades na atenção em saúde* (CECILIO; MERHY, 2003).

O resultado será a integração das ações orientadas pelo reconhecimento das diversas dimensões dos sujeitos pelos profissionais; o acesso garantido a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, mediados pelas ações intersetoriais que implicam nas condições de vida, determinantes de saúde e riscos de adoecimento (BRASIL, 2010).

2.3 Educação e Informação em Saúde: significados e impacto

Conhecer mais profundamente algumas interfaces dos altos índices de mortalidade em torno do câncer de mama implica também em discutir como a educação e informação em saúde foram percebidas pelos sujeitos sociais que se tornaram atores nesse processo, no caso, os familiares. Entretanto, para refletir os sentidos que as mesmas apresentando faz-se necessário abordá-las a como campo de saber e fazer integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso requer reflexões a respeito de questões que emergem no processo de institucionalização de uma política, ao evidenciar distintos atores, concepções, táticas e estratégias que, a despeito da diversidade, convergem no sentido de enfrentar os determinantes das condições de saúde, ou seja, transformar as condições de vida (Bonetti, 2011).

Em se tratando do câncer de mama, estas ações de informação e educação são primordiais no controle da doença, visto que podem impactar na diminuição da incidência, se voltadas para as mudanças no estilo de vida das mulheres, e na diminuição da mortalidade, se voltadas para a detecção precoce (INCA, 2010).

Os relatos dos familiares demonstram que nove mulheres nunca participaram de ações voltadas para a prevenção dos fatores de risco ou nunca receberam informações sobre como detectar sintomas:

“Ela fazia acompanhamento regular com o ginecologista, mas mamografia, não, até porque não tinha nem 40 anos. Também não fazia exame clínico e diziam que o autoexame não funciona.” A1

“Ela sentia aquele carocinho há anos, mas nunca achou que era grave. A agente de saúde vinha aqui, mas nunca disse que podia ser algo sério.” B2

“Ela fazia a coleta de preventivo, mas nunca disseram nada das mamas, porque ela ainda não estava na idade de fazer a mamografia.” D8

Os fragmentos nos levam a entender que se ocorre maior acesso informação adequada, via educação em saúde, este processo poderia catalizar, aproximar e mobilizar forças e pensamentos que até então parecem estar invisíveis e dissimulados no conjunto dos planos, programas e projetos que operacionalizam as políticas (Bonetti, 2011)

Quando perguntado se os familiares tinham conhecimento sobre programas ofertados nos serviços que envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e o tratamento adequado, a maioria afirma ter conhecido superficialmente durante o tratamento da familiar:

“Como o pessoal do Posto sabe que a mãe teve câncer, eles me disseram que tenho que fazer acompanhamento sempre, só isso.” D4

“A gente vê na TV que tem que procurar o Posto pra fazer mamografia, mas aí quando tu vai, nunca tem.” D5

Frente a isso se reforça o impacto que a educação em saúde pode ter na mortalidade das mulheres pelo agravamento do câncer de mama, se realizada desde a atenção básica, pois se a doença é identificada em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura (INCA, 2010).

Entretanto, quinze dos dezesseis familiares relataram que a doença estava em estágio avançado no momento do diagnóstico. Entende-se que isto pode ter sido um fator importante para o óbito das mulheres, comprovando a fragilidade ou inexistência das ações de educação em saúde e de detecção precoce.

“Já estava bem avançado, ela teve que tirar todo seio.” D3

“Acho que já era avançado, ela já sentia ao tocar, né.” D5

“Era avançado, o médico não me deu muitas esperanças, mas eu não contei isso pra ela.” D8

“Bem avançado, já tinha metástase!” A1

Qualquer ação de detecção precoce depende de uma população bem esclarecida quanto aos riscos de uma doença, das formas de preveni-la e dos benefícios de identificá-la precocemente, instruída a buscar um serviço de saúde o mais rápido possível quando notar alterações indicativas desta doença (INCA, 2010).

Da mesma forma que a população precisa estar bem informada sobre os possíveis riscos, benefícios da detecção precoce e disponibilidade de serviços, os sujeitos tem o direito

de receber informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde. Esta informação é subsídio para que o usuário possa tomar decisões sobre a realização de procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O profissional de saúde, ao mediar uma informação, deve adequá-la ao grau de compreensão do usuário, pois sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania (LEITE; VENTURA, 2011).

No cenário vivenciado pelos familiares, as informações eram dadas de forma que eles demonstram não ter compreendido os procedimentos realizados, devido a superficialidade das informações:

“Tirou uma parte do seio, depois um pessoal disse que tinha que ter tirado todo, mas o médico não disse nada, aí deixamos assim.” D2

Leite e Ventura (2011) afirma que a mediação da informação permite o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, colocando-o como ator central do processo de apropriação, ou seja, o empoderamento da informação pelo usuário o desloca da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo.

Enfim, a informação em saúde transformada em conhecimento, isto é possibilitando sua apropriação, leva ao empoderamento do usuário, trazendo possibilidades para que ele exerça efetivamente seu direito à saúde. Porém, o que se percebe, ao analisar os depoimentos, é que além da superficialidade da informação disponibilizada ao usuário, há uma desvalorização pelos profissionais, enquanto parte da atenção em saúde (LEITE; VENTURA, 2011). Em outras palavras, no atual modelo de saúde é excluído da mulher com câncer de mama o direito ao acesso à informação, impossibilitando sua tomada de decisões, portanto, cerceando sua autonomia.

“Eu não soube muita coisa, nem ela. Os filhos e os netos que são enfermeiros, nutricionistas, que acompanhavam e quem nos explicavam um pouco.” D2

Ela sabia de tudo, mas às vezes o médico iludia um pouco. As informações eram sempre atrapalhadas. Os médicos são desumanos, mesmo no convênio, que tu tá pagando.” D1

“A filha ia sempre junto e perguntava pra médica, mas ela era meio grossa. Achava que não era papel dela... Ora!” D2

“Quase nada! Aquele médico é um cavalo vestido de gente! só dizia: tô tratando! E não explicava o que estava acontecendo.” D5

“O médico nunca dava atenção. Chegamos a procurar ele fora do hospital, no consultório particular dele, aí ele conversou conosco, disse que a doença era muito agressiva. Mas outras coisas não sabíamos muita coisa.” D9

A análise dos fragmentos revela, nas suas entrelinhas, que há um desconhecimento do direito à informação, levando a uma posição passiva destes usuários frente ao comportamento dos profissionais em termos de atitudes dialógicas. Não há questionamentos sobre o que envolve a tratamento, e sim submissão ao profissional, pois inexistente diálogo entre profissionais e usuários. Considerando-se a informação e o conhecimento como meios que permitem a perpetuação das relações democráticas (COSTA, 2004), a falta de informação, caracterizada como ignorância, permite ações abusivas e de exploração.

Enfatiza-se, assim, que o empoderamento dado ao usuário por meio da mediação de informações é uma forma de permiti-lo exercer sua cidadania. Somente ao apropriar-se de conhecimento que os usuários poderão efetivar sua participação, na construção de um modelo de atenção em saúde pautado nos princípios e diretrizes do SUS.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta unidade visa delimitar algumas sínteses não conclusivas sobre o objeto de investigação - como os serviços de saúde tem se organizado no cenário loco-regional para atender as necessidades de mulheres com câncer de mama, devido os altos coeficientes de mortalidade por esta doença na região – bem como sobre o impacto deste estudo no processo de formação profissional dos pesquisadores.

Nesse percurso, as análises elaboradas a partir de unidades de significado permitiram identificar que as fragilidades encontradas no combate ao câncer, nestes cenários da pesquisa, estão diretamente relacionadas aos modelos de atenção e gestão em saúde. É o caso do impacto de uma rede de atenção fragmentada, sobre os altos índices de mortalidade: não consegue ser resolutiva. Embora as portas de entrada no sistema sejam reconhecidas e acessadas pelos usuários, entretanto, não há conexão de fluxos entre um nível e outro de atenção à saúde, conforme o estabelecido pelas legislações vigentes. Isto acarreta todo o quadro de agravamento da doença, pois o usuário não tem referência garantida no sistema.

Outro elemento impactante no modelo vigente, identificado como fator de agravamento importante no enfrentamento desta problemática, é a lógica de atenção médico-centrada, em que o ponto de partida é a doença e não o sujeito, repercutindo negativamente nos resultados obtidos. As políticas públicas de combate ao câncer de mama (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Atenção Oncológica, Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama) preconizam a emergência da mudança destes modelos, configurando uma transição de ordem epistemológica, social, técnico-científica e, sobretudo, ética.

Esta questão diagnosticada em torno da fragilidade do modelo de atenção é reforçada pela inexistência de ações de educação e informação aos usuários. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente, a educação em saúde deve se constituir um desafio aos trabalhadores desencadeando a consciência sobre sua responsabilidade de mudar modelos de atuação no cenário de trabalho. Deve ser orientada pelo princípio da transformação das práticas profissionais, baseada na reflexão crítica do modo de fazer e pensar o cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Enfim, o estudo revelou que para combater os altos índices de mortalidade nestes municípios, há necessidade de reforçar o princípio da integralidade, compreendida no trabalho

em rede, fortalecendo as linhas de cuidado, cujas práticas transversalizam o sistema de saúde, por meio do acesso a muitos serviços de saúde (CECILIO; MERHY, 2003). Um modelo de atenção pautado na integralidade proporciona aos usuários um atendimento humanizado, universal, não discriminatório, respeitando os valores e crenças de cada um, realizado por equipes multiprofissionais, no qual a escuta e o fortalecimento os vínculos são fortalecidos (INCA, 2010).

Desvelar a trajetória das mulheres no sistema de saúde brasileiro reforça a importância da formação multiprofissional, como instrumento de transformação do modelo de saúde vigente. A inserção de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde proporciona troca de conhecimentos entre profissionais e entre profissionais e usuários acerca dos determinantes do processo saúde-doença, ampliando a resolutividades das necessidades dos usuários.

A análise da trajetória permite reconhecer, também, a importância da inserção de profissionais do Serviço Social nas equipes multiprofissionais, visto que esses profissionais tem o papel de garantir os direitos dos sujeitos por meio da viabilização das políticas sociais públicas e do empoderamento dos sujeitos pela informação. Os assistentes sociais têm como princípios, dentre outros, a defesa da democracia, da autonomia e emancipação dos sujeitos, da universalização do acesso aos direitos sociais e o compromisso com a transformação social. Esses princípios estão diretamente relacionados a um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade, universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BONETTI, José Ivo dos Santos Pedrosa; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. **Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde**. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora: UFJF, v. 14, n. 4, p. 397-407, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** – Cartilhas da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Versão/dezembro2010. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf> Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 198/ 2004**, de 13/02/2004, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2439/2005**, de 08/12/2005, Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508/2011**, de 28 de junho de 2011.

CAMPOS, G. W. de S., Minayo, M. C. de S., Akerman, M., Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. de. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. (2011)

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. **A necessária atenção à família do paciente oncológico**. Revista Brasileira de Cancerologia, INCA, Rio de Janeiro, 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A Integralidade Do Cuidado Como Eixo Da Gestão Hospitalar**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. P. 197 – 210.

COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. *Saúde soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 5-15. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/02.pdf Acesso em: 30 de dezembro de 2012.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denise Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS**: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, nº22, p. 119-140, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 13 de março de 2012.

_____, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro : Inca, 2011.

_____, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: Inca, 2010.

_____, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil**: balanço 2012/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.

LEITE, Renata Antunes de Figueiredo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Direito à Informação em Saúde: acesso a informações sobre diagnóstico, exames, medicamentos, riscos e benefícios do tratamento. In: XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia,

Documentação e Ciência da Informação, 2011, Maceió – AL. **Anais...** Disponível em: <http://www.febab.org.br/congressos> Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do sus, hoje:** compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf Acesso em: 12 de outubro de 2012.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de; MELO, Enirtes Caetano Prates; PINHEIRO, Rejane Sobrino; NORONHA, Cláudio Pompeiano; CARVALHO, Marília Sá. **Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama.** In.: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2):317-326, fev, 2011

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: Giovanela L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha Jc de, Carvalho AI. (Orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas . São Paulo, Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. **Dados e estatísticas: nascimentos e mortalidades.** Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/484/?Nascimentos_e_mortalidade > Acesso em: 15 de outubro de 2012.

SANTOS, Lenir. **O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares:** rede, regionalização e hierarquização. 2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/> Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde:** desafios e perspectivas. In: Morosini, Márcia; Valéria G.C.. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.