



Physis: Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

ISSN: 1809-4481

IMS-UERJ

Acyllino, Ester Monteiro; Almeida, Patty Fidelis de; Hoffmann, Leandro Marcial Amaral

Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado
em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços

Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 31, núm. 1, e310123, 2021

IMS-UERJ

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310123>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400869817024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UABM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços

I¹ Ester Monteiro Acylino, ² Patty Fidelis de Almeida,

³ Leandro Marcial Amaral Hoffmann I

Resumo: Este artigo busca analisar o acesso e a continuidade do cuidado em trajetórias assistenciais de mulheres através da identificação dos principais pontos de apoio na rede de atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em uma região de saúde do Rio de Janeiro, a partir de entrevista semiestruturada com 21 mulheres para produção de suas trajetórias assistenciais. Os dados foram tratados por meio de análise de conteúdo e categorizados em quatro unidades temáticas: os agentes comunitários de saúde, identificados como o primeiro contato e facilitadores do acesso à rede; os profissionais de enfermagem, com quem se estabeleceram os mais fortes vínculos longitudinais e alguma possibilidade de continuidade do cuidado; o médico, que representava a expectativa de cura, mas onde os laços e a comunicação com as usuárias foram mais frágeis; e outros pontos de apoio, representados por atores intermediários (amigos, familiares, figuras políticas e outros) presentes ora como apoio, ora como facilitadores do acesso ao cuidado oportuno. O mosaico de trajetórias produzidas pelas mulheres na rede de atenção à saúde indicou fragilidades para garantia de acesso e continuidade do cuidado, mas também potências para a produção de intervenções e práticas que respondam a desejos e necessidades em saúde.

► **Palavras-chave:** acesso aos serviços de saúde; assistência à saúde; continuidade da assistência ao paciente; relações profissional-paciente.

¹ Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil (ester_acylino@terra.com.br). ORCID: 0000-0002-9815-3835.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil (pattyfidelis@id.uff.br). ORCID: 0000-0003-1676-3574.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil (leandrohoffmann@id.uff.br). ORCID: 0000-0001-5960-646X.

Recebido em: 29/06/2020
Aprovado em: 30/09/2020
Revisado em: 23/03/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310123>

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar acesso universal e integral em saúde. No entanto, a fragmentação das práticas de cuidado dificulta o alcance de suas diretrizes, sobretudo a integralidade, e manifesta-se, para os usuários, na experiência de descontinuidade da atenção (HAGGERTY et al., 2003).

Para atingir a almejada integralidade, serviços de saúde devem operar de forma conectada, de modo a compor uma rede assistencial integrada e sem barreiras, centrada nos usuários, família e comunidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MALTA; MERHY, 2010). Na busca por respostas às suas necessidades, os usuários caminham pelos serviços disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fora dela. Para Ayres (2004), a procura por cuidado em saúde pressupõe movimento, encontros interpessoais, atitudes ativas, desejos e poder decisório dentro de um espaço geográfico em um determinado período de tempo.

Feuerwerker (2014) ressalta que é preciso pensar em modalidades de cuidado que correspondam às necessidades dos usuários e na especificidade de sua região ou território. Destaca a importância de compreender as práticas em saúde desenvolvidas por profissionais e população para que as trajetórias, estratégias e táticas de cuidado e cura ganhem sentido, de forma a articular os saberes prático, profissional e o planejamento em saúde (FEUERWEKER, 2014).

A atuação dos serviços sofre interferência de diversos fatores, dentre os quais a relação entre os vários atores envolvidos na produção de cuidados em saúde, o que inclui considerar a autonomia do usuário (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004); além de constrangimentos impostos pelas dificuldades de acesso, continuidade do cuidado e insuficiente oferta de serviços na RAS (GALVÃO *et al.*, 2019).

O acesso aos serviços de saúde é tradicionalmente avaliado a partir da disponibilidade e utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Mais recentemente, busca-se uma compreensão ampliada dos processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso aos cuidados de saúde, reconhecendo-se que o uso (ou não uso), em diferentes momentos da vida, extrapola a disponibilidade de serviços e profissionais (GULLIFORD, 2017). Neste trabalho, considera-se que a utilização dos serviços de saúde passa pela negociação entre prestadores/profissionais e usuários, visto que nem sempre a oferta e a disponibilidade são compatíveis aos desejos e necessidades

do paciente e, em geral, apresentam-se de forma desfavorável às populações mais vulneráveis (GULLIFORD, 2017).

O tema da continuidade do cuidado está presente na literatura desde a década de 1950, sofrendo variações, interseções e sobreposição aos conceitos de coordenação, integração e gestão de casos. Uijen et al. (2012), em revisão da literatura, sistematizam três dimensões da continuidade do cuidado: ter um profissional de referência que conhece e acompanha o paciente, haver comunicação de informações relevantes e cooperação entre profissionais, usuários e serviços para garantir conexão do cuidado em saúde. Embora esses temas se repitam, em certa medida, nos demais conceitos, a continuidade do cuidado expressa-se a partir da experiência do usuário (HAGGERTY et al., 2003).

Este artigo analisa o acesso e a continuidade do cuidado em trajetórias assistenciais (TA) de mulheres, por meio da identificação dos principais “pontos de apoio” presentes no caminhar pela RAS. Um conjunto de estudos destacam os inúmeros desafios enfrentados para garantia de acesso e continuidade dos cuidados, tendo como perspectiva a análise das trajetórias ou itinerários terapêuticos, sobretudo nos contatos estabelecidos entre usuários e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (GERHARDT et al., 2011; RAUP et al., 2015; FAUSTO et al., 2017; GALVÃO et al., 2019). Ainda que se reconheça que o cuidado na APS ou em qualquer outro serviço de saúde seja, em parte, definido pela organização do processo de trabalho, condições de infraestrutura e relações de poder entre as equipes (OPAS, 2011), argumenta-se que a relação estabelecida entre usuários e profissionais e o vínculo que se produz a partir da afetividade, das relações terapêuticas e da continuidade do cuidado representam elementos potentes à compreensão dos sofrimentos contextualizados na vida de cada indivíduo (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006). Nesse sentido, para além dos serviços de saúde, o objetivo do estudo foi identificar como, através de quem e em que momento, os encontros produzidos entre usuários e profissionais na rede significaram apoio e foram capazes de potencializar ou dificultar o acesso e a continuidade do cuidado.

Percurso metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na experiência de mulheres em busca de cuidados na RAS. Foram construídas trajetórias assistenciais, a partir

de entrevistas semiestruturadas. Buscou-se compreender, através da narrativa de usuárias e suas lógicas de cuidado, o acesso aos serviços da RAS e a continuidade assistencial, com especial foco na relação estabelecida entre usuárias e profissionais de saúde, aqui denominados “pontos de apoio”. O pressuposto é que as escolhas terapêuticas dos usuários são definidas por decisão própria, pelos conhecimentos que possui, pela organização e acesso ao sistema de saúde (GERHARDT et al., 2008), mas também pelas relações e negociações que estabelecem junto aos profissionais de saúde (FEUERWEKER, 2014).

A utilização de TA como ferramenta metodológica permite refletir sobre a organização da atenção à saúde em determinado território, práticas assistenciais dos profissionais e como os serviços atuam e se articulam (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010; GERHARDT; ROTOLI; RIQUEINHO, 2011). Gerhardt, Rotoli e Riquinho (2011) destacam que a análise das trajetórias é uma forma de conhecer a rede de serviços de saúde que o usuário tem à disposição e os fatores que determinam sua entrada no sistema, a partir das escolhas, avaliação e adesão aos tratamentos.

Para construção das TA foi utilizado um evento traçador, segundo a premissa de Kessner, Kalk e Singer (1973) de que avaliações a partir de condições traçadoras permitem a detecção de obstáculos no acesso à rede de serviços. A lesão intraepitelial escamosa cervical de alto grau (HSIL), precursora do câncer do colo do útero (CCU), foi o evento selecionado por apresentar diagnóstico e evolução conhecidos e fluxo assistencial bem definido, o que permite a avaliação do cuidado em diferentes níveis de atenção, além de ser um agravo passível de intervenção na APS (INCA, 2016). No Brasil, a taxa de mortalidade por esta neoplasia na população feminina ainda é preocupante, embora apresente controle através de programas de prevenção e detecção precoce, o que a torna uma doença evitável e sensível à APS (INCA, 2016).

O estudo foi realizado em dois municípios de uma região de saúde do estado do Rio de Janeiro, com características distintas (tabela 1): município A, sede da região, com população de mais de 495 mil habitantes, predominantemente urbano, com elevada densidade demográfica, alto índice de desenvolvimento econômico, maior disponibilidade de serviços de média e alta complexidade e cobertura de Atenção Básica de aproximadamente 74% em dezembro de 2018, sendo cerca de 63% pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e 11% por unidades Básicas de Saúde tradicionais que não possuem EqSF (BRASIL, 2018); município B, de porte médio com população de 57.284 habitantes, localizado a 65 km da sede regional, com

extensa área rural e outra área menos urbanizada, dependente de pactuações para serviços de atenção especializada e hospitalar, com cobertura de quase 95% por ESF em 2018 (SPAS/MS, 2018).

Tabela 1. Caracterização dos municípios do estudo A e B, estado do Rio de Janeiro, dez/2018.

Município	População (hab.) N	IDH	Cobertura da AB (%)	Cobertura de ACS (%)	Cobertura de EqSF (%)
A (Sede)	499.028	0,837	73,75%	20,39%	62,91%
B	58.272	0,710	100%	87,82%	94,73%
Estado RJ	16.718.956	0,761	67,31%	52,74%	56,37%

Fonte: Brasil (2018) e IBGE (2010).

As participantes do estudo foram mulheres com diagnóstico de HSIL, em exames citopatológicos cervicais realizados no SUS, no ano de 2016, entrevistadas em 2018, a fim de garantir o tempo para percorrerem os serviços de saúde e minimizar o viés de memória. Para a identificação foram realizadas visitas aos municípios para busca nos registros nos Programas de Controle do Câncer do Colo do Útero. No total, foram identificadas 58 mulheres com diagnóstico de HSIL, em 2016, sendo 53 no município A e 5 no B. As usuárias foram contatadas, com a colaboração das equipes de saúde de referência. Ao final, atendendo ao critério de saturação de conteúdo, foram realizadas 21 entrevistas, sendo 19 no município A e 3 no B.

As entrevistas, realizadas de abril a agosto de 2018, orientaram-se por um roteiro semiestruturado, cujas categorias acesso e continuidade do cuidado emergiram como os principais temas nas TA. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio, com duração média de 30 minutos, e transcritas de modo literal para a produção das TA, com omissão de nomes e serviços. A tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica das participantes.

Tabela 2. Caracterização das participantes do estudo, municípios A e B, estado do Rio de Janeiro, 2018.

Usuária	Modalidade APS	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Filhos	Renda Mensal (salário-mínimo)	Benefício Social	Plano de Saúde
A01	UBS	35	Médio incompleto	Empregada doméstica	2	Até 2	Não	Não
A02	ESF	30	Médio	Caixa de mercado	1	Até 2	Não	Não
A03	ESF	36	Superior incompleto	Inspetora de alunos	1	Até 3	Não	Não
A04	ESF	19	Superior incompleto	Vendedora de Pet-shop	Não	Até 1	Não	Não
A05	ESF	27	Fundamental incompleto	Atendente de bar (informal)	2	Até 1	Não	Não
A06	ESF	25	Médio incompleto	Vendedora (informal)	2	Até 2	Bolsa Família	Não
A07	ESF	26	Médio	Vendedora (informal)	1	Até 2	Não	Não
A08	ESF	24	Fundamental	Manicure (informal)	1	Até 2	Bolsa Família	Não
A09	ESF	41	Fundamental incompleto	Faxineira (informal)	3	Até 2	Bolsa Família	Não
A10	ESF	34	Médio	Desempregada	1	Até 1	Bolsa Família	Não
A11	ESF	36	Médio incompleto	Manicure	2	Mais de 4	Não	Não
A12	ESF	52	Fundamental incompleto	Dona de casa	3	Até 2	Não	Não
A13	ESF	69	Fundamental incompleto	Aposentada	5	Até 1	Não	Não
A14	ESF	50	Fundamental	Servente de unidade de saúde	2	Até 1	Não	Não
A15	ESF	27	Médio	Auxiliar Administrativo	Grávida do 1º	Até 2	Não	Não

continua...

Usuária	Modalidade APS	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Filhos	Renda Mensal (salário-mínimo)	Benefício Social	Plano de Saúde
A16	UBS	62	Médio incompleto	Aposentada	2	Até 4	Não	Não
A17	ESF	32	Médio incompleto	Desempregada	4	Até 2	Bolsa Família + BPC	Não
A18	ESF	42	Fundamental incompleto	Aposentada/ invalidez	Não	Até 2	Não	Não
B01	ESF	75	Fundamental incompleto	Dona de casa	2	Até 1	Não	Não
B02	ESF	34	Médio incompleto	Desempregada	Não	Até 1	Não	Não
B03	ESF	23	Fundamental incompleto	Desempregada	1	Até 1	Não	Não

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

A elaboração das trajetórias foi realizada a partir da leitura aprofundada das narrativas, submetidas à análise de conteúdo categorial temática de Bardin (2010), que permite identificar os principais elementos e significações nos discursos. Em uma primeira etapa, realizou-se leitura flutuante das entrevistas para identificar as principais experiências das mulheres sobre o acesso aos serviços e à continuidade do cuidado na RAS. Em seguida, o material foi organizado e categorizado de acordo com os sentidos e significados, frente ao objetivo principal do estudo, e apresentados a partir dos quatro principais pontos de apoio identificados ao longo das TA: o agente comunitário de saúde (ACS); a equipe de enfermagem; o médico; e outros pontos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense sob o parecer nº 2.207.909 (CAAE 56261315.30000.5243).

Resultados e Discussão

Das 21 mulheres entrevistadas, 19 eram adscritas a unidades com Equipes de Saúde da Família (EqSF) e duas cadastradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, nas quais atuavam clínicos gerais, ginecologistas e pediatras, profissionais da enfermagem, serviço odontológico e de reabilitação, em áreas do município A não cobertas por EqSF.

As participantes tinham entre 19 e 75 anos, sendo cinco fora da faixa etária de rastreamento do CCU (INCA, 2016). A maioria possuía rendimento familiar mensal de até dois salários-mínimos; cinco recebiam algum tipo de benefício social; três não tinham filhos; e nenhuma delas possuía cobertura de saúde suplementar (tabela 2).

O ACS: “aquele que mora perto”

Os ACS foram considerados o primeiro ponto de contato com a RAS. Além de terem sido muito referidos nas TA, representaram o profissional mais próximo à realidade das comunidades e que dividiam o cotidiano de vida com as usuárias. Foram citados como figuras frequentes no território, identificados como moradores da localidade e conhecedores de suas rotinas:

A agente comunitária de lá [...] é vizinha. Não sei quanto tempo que ela tá lá como agente de saúde, mas eu conheço ela há um bom tempo (B02).

Por serem membros da comunidade e compartilharem os mesmos desafios diários, os ACS desenvolvem elos de maior confiança e familiaridade com os usuários (NUNES et al., 2002), buscando, por exemplo, facilitar o acesso à EqSF diante das restrições do horário de funcionamento, incompatíveis às necessidades da população (GULLIFORD, 2017), como exemplificado na fala a seguir:

[...] Ela [ACS] é bem compreensiva, uma ótima pessoa. [...] Marcar [consulta], ela que vai até mim lá. Aí às vezes eu falo: ‘Se eu não estiver em casa, eu tô no trabalho’, ela vai, pois meu trabalho que é aqui mesmo (A05).

A frequência de visitas domiciliares, nos dois municípios, parecia afetada pelo horário de funcionamento das unidades de saúde, restrito ao período laboral:

[...] Porque eu não tô em casa também. Não paro. Eu chego em casa já tá quase... já estão quase fechando. [...] Então ele [ACS] não visita minha casa, não... talvez não por não visitar, porque eu não estou muito com frequência em casa (A03).

Estudos apontam a necessidade de horários estendidos de funcionamento dos serviços da APS com vistas à ampliação do acesso (PESSOA; GOUVEIA; CORREIA, 2017; ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011), achado reforçado por este estudo. Contudo, argumenta-se que tais medidas devem ser pensadas no contexto da territorialidade, incluindo a atuação comunitária e coletiva para que seja capaz de ampliar e potencializar o acesso ao conjunto de ações que caracterizam uma APS abrangente (GULLIFORD, 2017), para além da provisão de atenção clínica individual.

Uma das principais potencialidades do ACS é realizar a mediação entre o saber técnico dos profissionais de saúde e o popular (COSTA et al., 2013; NUNES et al., 2002). Achados deste estudo sinalizam que, para além da função de elo, o ACS foi parte importante do fluxo comunicacional, colaborando para a efetivação do acesso à saúde e para que houvesse algum tipo de continuidade do cuidado (UIJEN et al., 2012). Destacaram-se como os principais responsáveis pela comunicação da chegada dos resultados alterados do Papanicolau:

Aí eles foram me procurar lá em casa. Foi a ACS, ela que foi lá na minha casa com a equipe dela e falou: 'Olha, vai lá, seu resultado deu alterado, tem que marcar a consulta' (A17).

No que diz respeito à busca ativa e convocação para a realização do exame, apenas uma usuária de EqSF do município A mencionou esta ação por parte do ACS, evidenciando que nem todas as potencialidades deste profissional estavam sendo aproveitadas nesta linha de cuidado.

Não foram identificadas diferenças na atuação dos ACS nos dois municípios, apesar dos portes populacionais distintos. Mesmo no município B, com expressiva área rural, parece não haver adequação do trabalho às características do território, sendo as ações bastante similares.

A equipe de enfermagem: “aqueles que estão sempre de olho na gente”

Enquanto os ACS foram referidos como o primeiro ponto de contato com a RAS, os enfermeiros e técnicos de enfermagem, representaram os principais profissionais de referência para as usuárias de EqSF por vezes, referidos com familiaridade, importantes para que alguma continuidade do cuidado pudesse ocorrer (UIJEN et al., 2012):

[...] ela [técnica de enfermagem] encontra a gente na rua, puxa a orelha. A gente some, tá de olho. [...] Tem vacina, [ela] faz questão de ir na porta avisar. Ela cuida, ela zela, não tenho que reclamar, muito pelo contrário, às vezes a gente esquece e ela quem lembra (A11).

Eu tenho mais intimidade com ela [enfermeira], de perguntar as coisas, de vim tirar as minhas dúvidas (A08).

Diferenças foram percebidas em relação às duas usuárias de UBS tradicional do município A, que pouco referiram integrantes da equipe de enfermagem e tinham na figura do médico o seu principal profissional de referência. Os resultados destacam o papel amplo e versátil dos profissionais de enfermagem na APS. Ratificam a importância da reorientação do sistema de saúde e das práticas de APS alicerçadas na

ESF, valorizando a equipe multiprofissional, através do estabelecimento de vínculos e compromisso entre a população e os profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2018).

Foram identificadas atuações diferenciadas nas ações de Controle do CCU entre enfermeiros dos dois municípios. No A, este profissional não realizava coleta do exame citopatológico, prática exclusiva dos médicos, o que representou obstáculo importante para o acesso de algumas mulheres:

[...] essa minha médica, por exemplo, toda hora tá de licença. [...] teve uma época por causa desse negócio de licença que não queriam agendar [o Papanicolau]: ‘Ah, volta depois’, aí eu bati o pé disse que não, que eu precisaria fazer naquele mês. [...] se eu aceitasse, eu não teria feito naquele mês... (A07).

Estudos apontam necessidade de ampliação do escopo de atribuições do enfermeiro, sobretudo na APS, como uma ferramenta importante na melhoria do acesso e fortalecimento dos sistemas públicos de saúde (OLIVEIRA; SILVA, 2018; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016). O município A destacou-se pela distância em que se encontrara da discussão da enfermagem com práticas avançadas (MIRANDA NETO *et al.*, 2018), sendo a coleta do preventivo apenas pelo profissional médico um dos exemplos. Embora esta discussão envolva múltiplos aspectos, desde a assunção da sobrecarga do trabalho médico à necessidade de formação específica, estudos apontam que o exercício da enfermagem com práticas avançadas imprime maior qualidade aos serviços de APS, com ampliação do acesso, maior tempo de duração das consultas, melhor comunicação e adesão aos tratamentos (MIRANDA NETO *et al.*, 2018; OLIVEIRA; SILVA, 2018; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016). Além disso, reconhecendo que maior rotatividade e dificuldades de fixação acontece entre médicos na ESF (GALVÃO et al., 2019; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017), restrições na atuação da enfermagem podem configurar importante barreira de acesso ao cuidado em saúde, como também evidenciado neste estudo.

Nas TA observou-se que os profissionais da enfermagem das EqSF promoveram relações usuário-profissional mais acolhedoras dentro dos serviços de saúde:

Aí [a enfermeira] entrou em contato com a minha mãe. Ela [enfermeira] foi e falou assim: ‘Ó, deu uma pequena alteraçãozinha e eu preciso falar com você’ (B02).

Em revisão da literatura, Brunello et al. (2010) destacam que os vínculos estabelecidos com os profissionais de enfermagem são considerados pelos usuários mais duradouros, próximos e de maior confiabilidade, assim como identificado em diversas TA reconstruídas neste estudo.

Na presença do resultado de HSIL, as enfermeiras foram responsáveis pelas explicações das condutas terapêuticas e marcação de exames na atenção especializada, buscando coordenar o cuidado e assegurar a continuidade assistencial na RAS, como descrito na fala a seguir:

Ela [enfermeira] fez tudo. Assim, procurou, ligou... Ela que marcou, passou endereço, ligou pra mim pra falar como era (A06).

Os achados parecem indicar que a enfermagem na ESF se ocupa tanto da coordenação horizontal, dentro do próprio território e ao interior da EqSF, quanto pela garantia de acesso aos demais níveis assistenciais, em uma perspectiva de coordenação vertical (ALMEIDA et al., 2018), garantindo certa continuidade informacional e clínica às usuárias, provavelmente diante da insuficiência de recursos informacionais na RAS. Neste sentido, pelo maior vínculo e também, em geral, maior tempo de permanência nas EqSF, o profissional de enfermagem acaba por assumir o papel de *advocacy* em saúde, constituindo-se o principal elo entre usuários e demais serviços na RAS (OLIVEIRA; SILVA, 2018) e um ponto de apoio fundamental nas TA das participantes desta pesquisa.

Embora a prática clínica dos profissionais da enfermagem se desenvolva em vários serviços ao longo da RAS, neste estudo, tendo como evento traçador as lesões precursoras do câncer do colo do útero, estes profissionais foram muito mais citados do âmbito da APS. Apenas no município B, houve referência ao enfermeiro em um serviço de atenção especializada, onde o profissional exercia função de coordenação do Serviço de Atenção à Saúde da Mulher.

O médico: “o profissional capaz de curar”

Para a maioria das entrevistadas, o acesso ao atendimento médico, muitas vezes referido ao longo das narrativas, foi o principal objetivo ao ingressarem na RAS, sobretudo diante da detecção da lesão precursora.

Nas TA, as usuárias diferenciavam o atendimento prestados por médicos das EqSF e por especialistas dos serviços de referência, sendo os primeiros questionados quanto à capacidade de atender ao conjunto das necessidades em saúde:

Eu acho que como é uma médica que é clínico-geral e faz preventivo, faz um monte de coisas, deixa muito a desejar (A18).

As narrativas expressaram supervalorização das especialidades. A compreensão do médico de família como generalista ou como “ponte” para acesso ao especialista

se interpôs como uma barreira à vinculação das usuárias às EqSF. As TA sinalizaram certo desprestígio dos médicos generalistas e dificuldades para compreender sua atuação, que junto ao insuficiente reconhecimento pelos pares, caracterizam menor prestígio social e profissional dos trabalhadores da APS (CECÍLIO et al., 2012).

No Brasil, ao contrário de outros países, não há obrigatoriedade para atuação na APS da residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC). Embora os Programas de Residência em MFC tenham se expandido nas últimas décadas, com incentivos governamentais em um passado recente, ainda se observa ociosidade na ocupação das vagas (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017), com consequências para a formação de médicos aptos a atuarem na APS.

Nas experiências das participantes, o profissional médico representou elemento de apoio, mas também barreiras de acesso, quando usuárias não encontravam o cuidado necessário para seus problemas de saúde, como exemplificado a seguir na fala de uma usuária sobre sua experiência na atenção especializada:

Porque lá [AE] você não é acolhido. [...] por causa dessa médica [da AE], porque o ponto forte de eu tá lá é ela. [...] não adianta eu passear pelos corredores se não tiver ela pra me atender... (A11)

Além disso, emergiu nas TA, sobretudo do município A, insatisfação também com a atenção prestada pelos médicos das EqSF durante a consulta. As usuárias queixaram-se de atrasos e ausências, da dificuldade de acesso aos mesmos e do limitado espaço de escuta e comunicação, fundamentais à adesão e continuidade do cuidado (UIJEN et al., 2012).

[...] porque às vezes você vem com perguntas pra fazer, elas [médicas] querem ficar olhando relógio na sua frente, pedir pra você falar rápido pra poder sair [...]. Elas têm pressa. Você não pode falar tudo que você quer, tudo que você tá sentindo, tem que falar tudo rápido (A07).

A ausência de profissionais médicos e a burocratização na organização do processo de trabalho da ESF agravou as dificuldades de acesso a consultas como expresso na fala de A11:

Então, eu vim pra fazer exame e ela [médica ESF] estava de férias e não deixaram eu marcar [com médico ou enfermeiro de outra EqSF]. [...] agora que eu vim marcar novamente. Aí tomei um puxão de orelha porque eu percebi que já tinha passado de um ano (A11).

Uma questão bastante frequente nas TA referiu-se à comunicação estabelecida entre médicos e usuárias. Embora o médico representasse a “cura” e fosse o

profissional mais almejado na RAS, a relação, na maioria das vezes, mostrou-se frágil e superficial, comprometendo, entre outras coisas, a percepção da qualidade da atenção:

Só acho que ela [médica] deveria dar um pouquinho mais de atenção, que às vezes faz o negócio correndo ali, às vezes pode deixar alguma coisa despercebida... (A07).

As trajetórias sinalizaram também obstáculos comunicacionais entre médicos da AE e usuárias, que culminaram em orientações não compreendidas, favorecedoras de automedicação, de não retorno às unidades de APS para continuidade assistencial e pouca clareza sobre as condições de saúde:

Porque os médicos [da AE] não explicam as coisas direito, aí a gente fica com vergonha de perguntar, a gente fica sem noção. Sei lá por que eu acho assim o médico, ele sabendo o problema seu, ele tem que chegar e explicar direitinho, né? Eu fiquei muito assim sem saber o que tá acontecendo comigo (A09).

Agregam-se aos problemas comunicacionais e de vínculo, situações que poderíamos classificar como “objetificadoras” (AYRES, 2001) entre médico e usuária, com consequências drásticas na decisão de continuidade do cuidado. A13, 69 anos, residente em uma comunidade vulnerável do município A, único caso confirmado de CCU, desistiu de continuar o tratamento, segundo sua avaliação, em função do tratamento desumano recebido durante a realização da biópsia em um hospital. Sua filha classificou como “humilhante” a forma como A13 fora tratada, fato que teria levado a família a desistir do tratamento:

Primeira consulta lá e desistimos. Até então, ele [médico] conversou. E conversando não com ela, conversando mais com as estagiárias, explicando o quê que era um câncer do colo do útero... ‘Ok. Agora vamos fazer a biópsia’. Ele simplesmente deitou a minha mãe numa maca... A sangue frio, ele ficou tirando os pedaços e falando com as meninas (residentes). Minha mãe se esvaindo em sangue naquela maca. [...]. Ela me olhava com olhar chorando, a lágrima descendo e ele tirando [...]. Ninguém foi pra ajudar ela... na hora pra tirar ela da maca, de conduzir até o banheiro pra limpar ela. Sabe? Foi assim, simplesmente desprezível! Não teve amor pelo ser humano que tava ali (Filha de A13).

Caso semelhante foi relatado por Almeida e Pinheiro (2010) em uma biópsia de mama na qual a usuária apenas assistia ao atendimento “como se não fosse sujeito de sua própria história e do seu corpo” (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010, p. 271). Embora neste estudo, tenha sido identificado um caso extremo, o mesmo não pode ser desconsiderado ou minimizado. Na verdade, é emblemático e poderia servir como um “evento sentinela”, sinal vermelho de que uma relação profissional de saúde-

usuário desumanizada, sem a baliza de princípios éticos de respeito à dignidade, pode ter um peso importante na decisão de viver ou deixar morrer.

Contudo, é indispensável destacar os relatos de boas práticas médicas referidas por algumas usuárias, com narrativas de atendimentos empáticos e acolhedores por profissionais que as orientaram na APS, colaborando para a adesão ao tratamento e continuidade do cuidado:

Ele [médico] me mostrou como é o colo do útero, essa alteração e que era pra mim fazer esse exame [colposcopia], né. Até eu grávida mesmo, ele ficou preocupado. Ficou perguntando o que eu ia fazer (A02).

Outros pontos: mais (des)encontros

Além dos profissionais do SUS, outros sujeitos e serviços de saúde fora do SUS emergiram nas narrativas e atravessaram as TA, em geral, em situações de barreiras de acesso e de falhas na continuidade assistencial na RAS. Incertezas, angústias e dificuldades na obtenção de atenção oportuna, motivaram busca por serviços na rede privada por iniciativa das usuárias ou por orientação dos profissionais do SUS:

Preventivo [coleta] eu faço aqui [EqSF], mas eu não espero resultado. Eu levo pra fazer no laboratório, porque demora um mês, dois, três e eu com esse meu problema, entendeu? [...] Ela [médica] que orientou. Foi até a enfermeira que fica junto que me deu o telefone do local [laboratório] lá onde eu levo (A07).

Ainda que o objetivo dos profissionais ao indicar a rede privada fosse reduzir a espera, situações como a narrada por A07 provocaram postergação dos cuidados, sendo necessário aguardar meses até a disponibilidade do recurso financeiro. Estes achados reforçam a importância do princípio da universalidade não apenas do direito, mas do acesso ao SUS.

O trânsito das mulheres entre a rede pública e privada foi observado em diversos momentos das TA, nos dois municípios, como uma função auxiliar em via paralela ao SUS, mesmo na sede da região de saúde, com maior oferta de serviços. O pagamento ocorreu por desembolso direto, com impactos financeiros para mulheres e famílias, ao se considerar a renda média familiar (tabela 1):

[...] não tinha vaga pra marcar [a colposcopia na rede pública]. Aí eu fui no enfermeiro-chefe que ele que marca. Aí ele ia no sistema na minha frente, ele, 'Não tem vaga.' [...] Pois é, eu fui em agosto [2016], eu esperei o décimo terceiro. [...] Mas foi em abril de 2017 que eu fiz. A primeira colposcopia foi no particular, em abril 2017 (A03).

Além dos gastos catastróficos, o *mix* assistencial público-privado estabelece uma fragmentação também de ordem simbólica, uma vez que o acesso direto ao especialista fragiliza o papel da APS como ponto preferencial, serviço de uso regular, além de minimizar as possibilidades de coordenação do cuidado (ALMEIDA, 2018).

Nas TA identificou-se interferência de parentes e conhecidos, como facilitadores de acesso, sobretudo na atenção especializada e hospitalar:

Quem conseguiu [a cirurgia] pra mim foi uma amiga até do meu cunhado porque tava muito difícil de vaga. [...] Foi meu cunhado que me ajudou. Tem um amigo dele que tem negócio de conhecimento, assim, né? E aí ele que conseguiu com a esposa dele lá (A14).

[...] conversando com uma vizinha, ela trabalhava no Hospital [nome] [...] Aí foi onde ela se interessou, falou pra mim que ia ver o que poderia fazer. [...] Aí me encaminharam pra lá. Ela tinha muito conhecimento, ela conseguiu essa faculdade aí. [...] E foi marcando, foi onde peguei o resultado da colposcopia. Aí marcou a internação (A16).

No município de menor porte (B), além da influência de profissionais que facilitaram o acesso à APS e AE, uma usuária referiu ter buscado ajuda de político e utilização de seu veículo para deslocar-se para o local de tratamento.

A internet apareceu como outro ponto de apoio quando as orientações dadas pelos profissionais não foram suficientes para esclarecer dúvidas ou minimizar preocupações. Embora tenha sido referida como fonte de informação, a busca por esclarecimentos em sites também causou angústia e sofrimento:

Ele [médico] falou do jeitinho dele, que eu não tava entendendo nada. Eu que fui pesquisar na internet. Eu que fui pesquisar que grau é esse Grau II. Na segunda vez que eu fui nele, eu disse: 'Doutor fala pra mim qual é a verdade, se eu tô com câncer ou não'. Ele, 'Não, você não tá com câncer, não'. [...] Aí eu falei pra ele: 'Doutor, eu tô ou não tô com câncer? Porque eu li na internet'. Aí, tipo assim, já fui com a ideia formada (A03).

Ainda que efeitos negativos possam ser observados, como informações equivocadas ou fora de contexto que podem causar angústia e aumentar a chance de autodiagnóstico ou autotratamento, considerar que pacientes mais bem informados se envolvem mais ativamente na tomada de decisão sobre sua saúde, implica mudanças nos modelos tradicionais da relação médico-paciente, rumo a um paradigma centrado em relações mais colaborativas (TAN; GOONAWARDENE, 2017).

A utilização de recursos facilitadores para acesso aos serviços na rede pública ou fora dela é identificada frequentemente em muitos estudos (GALVÃO et al., 2019; FAUSTO et al., 2017). Tais práticas são descritas por Lofego e Silveira (2013,

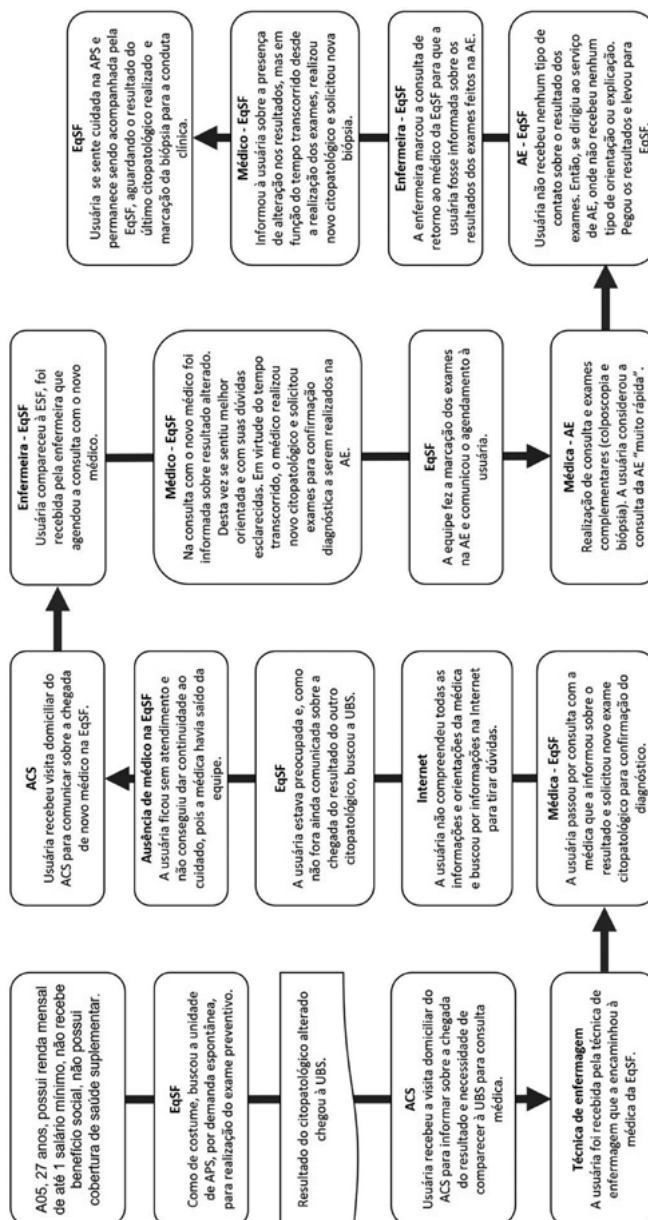
p. 124) como mediação, no que definem como “uma ação produzida por pessoas, situações ou dispositivos que intermedeia, traduz ou ressignifica sentidos, interfere [...] nos caminhos percorridos pelos usuários do SUS em busca de cuidado”. Para estes autores, os mediadores também desempenham um papel importante, pois são pessoas que oferecem apoio e acesso, assim como segurança aos usuários durante o processo de busca por cuidado.

Sem dúvida, o apoio social, representado por parentes e amigos é potente para o enfrentamento de condições de adoecimento (FAUSTO et al., 2017; LOFEGO; SILVEIRA, 2013). No entanto, as mediações informais e privadas promovem iniquidades, ao mesmo tempo, indicam a insuficiência da rede formal, ao desvelarem barreiras de acesso aos serviços e descontinuidade do cuidado, pela própria fragilidade na conformação das RAS, como identificado neste e em outros estudos (FAUSTO et al., 2017; GALVÃO et al., 2019).

A figura 1 representa os encontros mais frequentes nas TA de usuárias adscritas às EqSF. Embora tenha sido construído com base na experiência de uma usuária do município A, de forma geral, representa também o caminho percorrido por usuárias do município de menor porte, não tendo sido encontradas diferenças expressivas. Nesta TA, é possível observar a atuação da equipe multiprofissional e os diversos pontos de apoio na produção do cuidado na RAS. Salienta-se que, embora a usuária tenha enfrentado obstáculos, como a falta de médicos na EqSF, se sentia cuidada e relatou ser acompanhada pela EqSF.

A figura 2 descreve a TA de uma usuária cadastrada em UBS tradicional, também do município A. Destaca-se a constante referência ao profissional médico em todo o seu percurso e a influência dos outros pontos de apoio durante a busca por cuidados na RAS, como serviços da rede privada e interferência de conhecidos para acessar a atenção hospitalar.

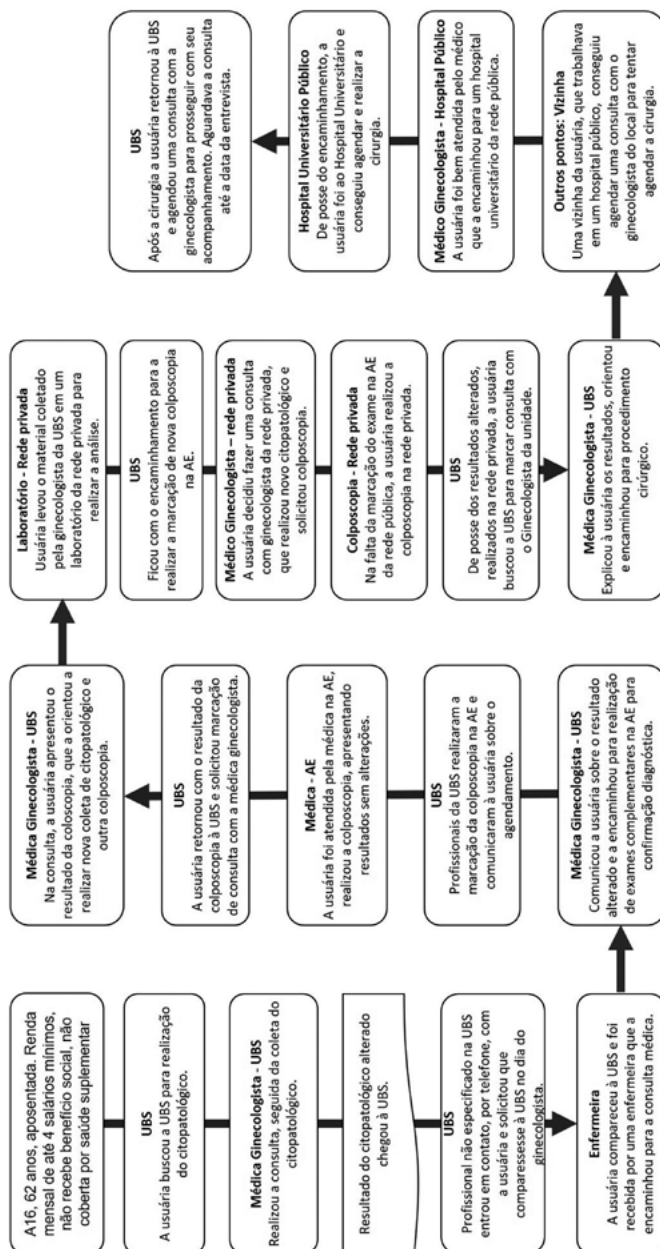
Figura 1. Trajetória assistencial, usuária adscrita a uma Equipe de Saúde da Família, município A



Legenda: ACS – Agente comunitário de Saúde; AE – Atenção Especializada; APS – Atenção Primária à Saúde; EqsF – Equipe de Saúde da Família; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Figura 2. Trajetória assistencial, usuária adscrita a uma Unidade Básica de Saúde tradicional, município A



Legenda: AE – Atenção Especializada; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa

Considerações finais

Ao contrário de outras produções que utilizam a estratégia metodológica das TA para avaliar atributos da APS ou organização da RAS, este estudo buscou apurar “pontos de apoio”, expressos nas relações interpessoais estabelecidas entre usuárias-profissionais e usuárias-familiares-amigos-conhecidos que fizeram parte da experiência singular de trânsito pelas vias do cuidado. Para além dos “níveis de atenção”, referencial para compreensão organizacional do sistema de saúde, a rede tecida pelas usuárias foi constituída por muitos pontos de apoio, na multiplicidade de encontros produzidos, dentro e fora do sistema público de saúde. Ao interior da APS, as relações apresentaram intensidades variadas, mas ao mesmo tempo complementares, o que reforça o argumento de maior potência de serviços organizados em perspectiva multidisciplinar como na ESF, ao contrário do que parece sinalizar políticas mais recentes de redirecionamento da atenção básica no País (BRASIL, 2019).

Nos dois municípios, a identificação do ACS com os “modos de levar a vida” dos usuários facilitou o acesso à APS. Sua atuação, contudo, poderia ser mais ampliada justamente na oferta de ações no território, fortalecendo a abordagem coletiva e comunitária que caracteriza a concepção abrangente da ESF.

O enfermeiro foi a principal elo entre usuárias e EqSF, nos dois municípios, com quem se estabeleceu o mais forte vínculo longitudinal e alguma possibilidade de continuidade informacional e clínica. Os resultados deste estudo somam-se às evidências que destacam a premente necessidade de valorização social, financeira e simbólica deste profissional, uma vez que o usuário já o reconhece e o referencia como o imprescindível ponto de apoio e vínculo na APS, além do adensamento das discussões sobre a enfermagem com práticas avançadas.

O médico, não necessariamente o da APS, representou papel central no cuidado, ao incorporar a representação da cura. Ainda assim, foi o profissional que, na experiência das usuárias, estabeleceu laços mais frágeis e comunicação menos empática.

Os atores intermediários do acesso e continuidade do cuidado estiveram presentes nas TA nos dois cenários, ora como rede de apoio, ora desvelando barreiras ao cuidado oportuno no SUS. Mais que um movimento de autonomia das usuárias, as vias intermediárias, sinalizam lacunas na organização e oferta de serviços em redes, incapazes de atender às necessidades em saúde pela via pública e do direito.

A comunicação usuárias-profissional e usuárias-internet funcionou como elos entre os diversos pontos de cuidado. Quando empático, o contato pessoal fortaleceu vínculos, adesão e continuidade do cuidado. A internet, mais que suposto enfraquecimento da relação profissional-usuário, pode representar novas formas de relacionamento, mais horizontais e democráticas, com potencial para promover maior participação dos pacientes em seu processo de cuidado.

Por seu caráter qualitativo, este estudo não buscou generalizações, ao contrário, fez emergir questões subjetivas e singulares para se conhecer experiências de acesso e continuidade a partir dos pontos de apoio, identificadas ao longo de TA de usuárias. Logo, os resultados têm caráter descritivo-interpretativo. Como limites, não foram consideradas a percepção de gestores e profissionais sobre o acesso e continuidade dos cuidados, ou outros aspectos fundamentais para qualidade da atenção como disponibilidade de serviços, formas de organização do trabalho em saúde (vínculo trabalhista, tempo de atuação, entre outros) capazes de influenciar a prestação dos serviços.

Embora as considerações aqui elencadas não esgotem a análise do objeto, o mosaico de trajetórias produzidas pelas mulheres na RAS indicou fragilidades para garantia de acesso e continuidade do cuidado, mas, também potências para a produção de intervenções e práticas que respondam a desejos e necessidades em saúde.¹

Agradecimentos

Ao CNPq, pela bolsa do Programa de Pós-Doutorado Júnior (Processo 150036/2017-5), concedido à segunda autora, cujos recursos apoiaram a realização do estudo. P. F. Almeida é bolsista de produtividade do CNPq.

Referências

ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018.

ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00136118, ago. 2018. doi: 10.1590/0102-311X00136118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt&nrm=i so. Acesso em: 25 out. 2019.

ALMEIDA, S.; PINHEIRO, R. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPES-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010. p. 251-290.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface* (Botucatu), v. 8, n. 14, p.73-92, 2004.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.979*, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf> Acesso em: 07 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica. *Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatórios Públicos*. Brasília, 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

CECILIO, L. C. de O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

COSTA, S. de M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

FAUSTO, M. C. R. et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S63-S72, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde*: produção do cuidado, gestão e formação. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

GALVÃO, J. R. et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00004119, nov. 2019. doi: 10.1590/0102-31100004119. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n12/1678-4464-csp-35-12-e00004119.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

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. de (Org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 1. ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO; 2011. p. 197-214.

GULLIFORD, M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Health*, v. 12, n. 2, p. e532-e533, 2017.

HAGGERTY, J. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003.

HARTZ, Z. M. de 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*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: The case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 288, n. 1, p. 189-194, 1973.

LOFEGO, J.; SILVEIRA, R. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo do útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ:IMS:LAPPIS, 2013, p. 123-136.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010.

MIRANDA NETO, M. V. et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 716-721, 2018.

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002.

OLIVEIRA, M. A. de C.; SILVA, T. M. R. da. Health advocacy in nursing: contribution to the reorientation of the Brazilian healthcare model. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 700-703, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate*. Brasília: OPAS, 2011.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. de A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, jun. 2015.

ROSE, K.; ROSS, J. S.; HORWITZ, L. I. Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. *Arch Intern Med.*, v. 171, n. 13, p. 1150-1159, 2011.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed., Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006, p. 241-248.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P. de; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017.

TAN, S. S-L.; GOONAWARDENE N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 19, n. 1, p. e9, 2017.

TOSO, B. R. G. de O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, fev. 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts, *Family Practice*, v. 29, n. 3, p. 264-271, 2011.

Nota

¹ E. M. Acylino: autora da dissertação que deu origem ao artigo; responsável pela concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do artigo e aprovação da versão final. P. F. de Almeida: orientou e coordenou o projeto; responsável pela concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final. L. M. A. Hoffmann: coorientou o estudo; responsável pela análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

Abstract

Access and continuity of care in the search for health care: weaving the network between encounters and entanglements

This article seeks to analyze the access and continuity of care in women's care trajectories through the identification of the main points of support in the health care network. This is a qualitative research, carried out in a health region of Rio de Janeiro, based on a semi-structured interview with 21 women to produce their care trajectories. The data were treated through content analysis and categorized into four thematic units: community health agents, identified as the first contact and facilitators of access to the network; nursing professionals, with whom the strongest longitudinal bonds and some possibility of continuity of care were established; the doctor, who represented the expectation of a cure, but where ties and communication with users were more fragile; and other points of support, represented by intermediate actors (friends, family, political figures and others) present at times as support, at times as facilitators of access to timely care. The mosaic of trajectories produced by women in the health care network indicated weaknesses to guarantee access and continuity of care, but also potencies to produce interventions and practices that respond to health wants and needs.

► **Keywords:** continuity of patient care; health care delivery; health care accessibility; professional-patient relations.

