

UTILIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DE UMA PORTADORA DE LINFOMA DE HODGKIN

Raimundo Faustino de Sales Filho¹, Marcos Aguiar Ribeiro², Lorena Saraiva Viana³,
Isabelle Frota Ribeiro Queiroz⁴, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto⁵

Resumo: As neoplasias constituem um problema de grande relevância à saúde pública, em que a prevenção, a detecção precoce e a assistência eficiente/efetiva podem reduzir consideravelmente a morbidade e a mortalidade. Este artigo tem-se por objetivo analisar a assistência prestada a uma usuária com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin a partir do fluxograma analisador do modelo de atenção. Trata-se de um estudo de caso sob abordagem qualitativa, realizado no município de Sobral, no Ceará. Para a coleta de dados, foi utilizada como técnica a entrevista não diretiva e para análise utilizou-se o fluxograma analisador do modelo de atenção. Nessa perspectiva, infere-se que a análise revelou todo o processo de trabalho, as ações e os serviços de saúde prestados à usuária na rede de atenção, de forma que possibilitou a identificação das intervenções realizadas e possíveis potencialidades e fragilidades.

Palavras-chave: Neoplasia. Gestão do cuidado. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo, com efeitos agressivos sobre ele, sendo classificada em benigna ou maligna (INCA, 2012). Os linfomas referem-se a um grupo de diversas doenças neoplásicas do sistema linfático, com proliferações malignas de linfócitos, que residem predominantemente em órgãos linfoides. Os linfomas classificam-se em dois grandes grupos: Linfoma não Hodgkin e Linfoma de Hodgkin (SANTOS; FERNANDES, 2009).

Yung e Linch (2003) definem Linfoma de Hodgkin como uma neoplasia linfoide caracterizada por pelo menos dois achados histopatológicos: as células mononucleares malignas e as células

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-CE. E-mail: faustino_sales@hotmail.com.

2 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-CE. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com.

3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-CE. E-mail: lorena-saraiva@hotmail.com.

4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-CE. E-mail: isabellefrota2010@hotmail.com.

5 Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e do Mestrado em Saúde da Família pela RENASF/UVA/FIOCRUZ, Sobral-CE. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

multinucleadas de Reed-Sternberg, que representa uma pequena fração do tumor. Esse linfoma é uma neoplasia maligna pouco frequente que corresponde a 0,5% dos cânceres em geral e a 14% dos linfomas, aparecendo principalmente em adultos jovens e maiores de 50 anos (COSTA et al., 2008; MACHADO et al., 2004).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BIGNI, 2010), a incidência de novos casos no Brasil permaneceu estável nas últimas cinco décadas, com mortalidade reduzida em mais de 60% (desde os anos 1970), devido principalmente aos avanços no tratamento da patologia. Os avanços terapêuticos permitiram a identificação dos fatores prognósticos na caracterização de risco desses pacientes. Como consequência, as estratégias atuais de tratamento para os pacientes que apresentam bom prognóstico são dirigidas no sentido de diminuir a toxicidade relacionada ao tratamento, reservando-se terapias mais agressivas para pacientes considerados de alto risco. A quimioterapia em altas doses, com resgate de células-tronco, é usada para os pacientes refratários e que apresentam recaídas.

Nessa perspectiva, as neoplasias constituem um problema de grande relevância à saúde pública, em que a prevenção, a detecção precoce e a assistência eficiente/efetiva podem reduzir consideravelmente a morbidade e a mortalidade. Dessa forma, faz-se necessário refletir quanto à atenção à saúde a esses usuários, de forma a analisar e questionar a assistência prestada.

Nesse ínterim, este estudo tem por objetivo analisar a assistência prestada a uma usuária com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin a partir do fluxograma analisador do modelo de atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Sobral, interior do Estado do Ceará, em agosto de 2014, com uma paciente em tratamento oncológico diagnosticada com Linfoma de Hodgkin.

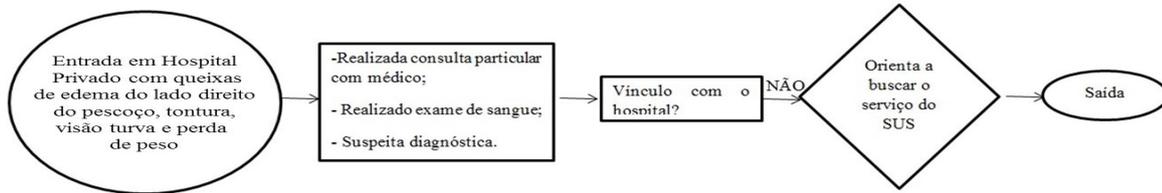
Para a coleta de dados foi utilizada como técnica a entrevista não diretiva, também chamada de abordagem clínica e, com ela, pretendeu-se colher dados no discurso livre sobre a doença. Segundo Chizzotti (2005), a entrevista não diretiva é utilizada para obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado, e pressupõe que o informante é competente para exprimir com clareza sua experiência. É uma forma de receber informações do entrevistado da maneira que ele desejar e manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que eles se realizam, podendo revelar tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e ideias. Além disso, utilizaram-se as fontes documentais como forma complementar de coleta de dados, como o prontuário da paciente.

Com técnica para análise do caso utilizou-se a ferramenta denominada de fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. O fluxograma analisador é um diagrama muito utilizado por diferentes campos do conhecimento, com a perspectiva de desenhar o modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam. No fluxograma, alguns símbolos são utilizados para a construção do diagrama: a elipse – o começo e o fim da cadeia produtiva; o retângulo – etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais realizam consumo de recursos e produção de produtos bem definidos; e o losango – momentos de decisão a serem seguidos durante a cadeia produtiva (MERHY, 1997). Nesse sentido, o fluxograma permite o olhar aguçado sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, de forma a possibilitar a detecção de problemas (FRANCO, 2006).

Vale ressaltar que a participante do estudo foi esclarecida a respeito da pesquisa verbalmente e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual foi obtida a autorização. Convém salientar ainda, que este estudo foi orientado a partir da Resolução nº 466, de 12 de

dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

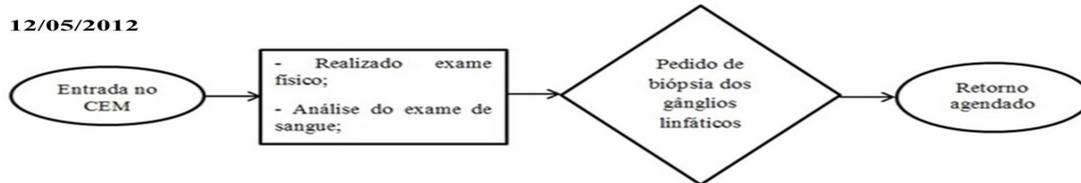
29/04/2012



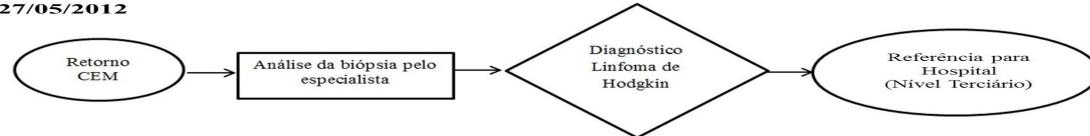
02/05/2012



12/05/2012



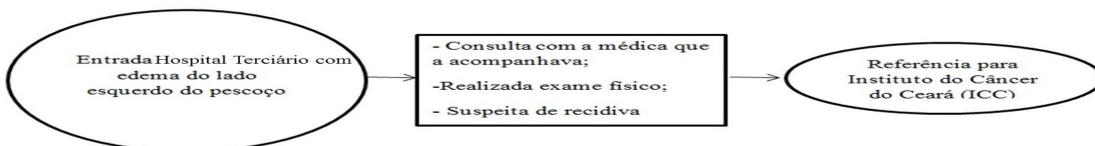
27/05/2012



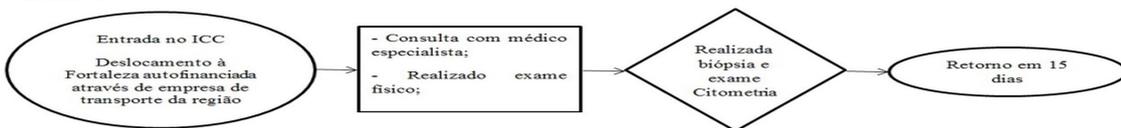
30/05/2012



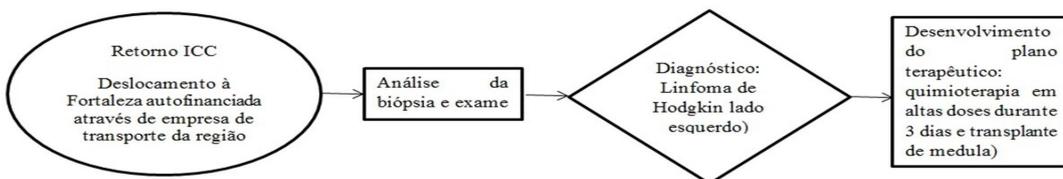
23/05/2014



17/07/2014



09/08/2014



Fonte: Do autor.

DESCRIÇÃO DO CASO

A participante da pesquisa tem 38 anos, é do sexo feminino, parda, casada, teve quatro gestações, com um filho nascido vivo e três abortos, possui Ensino Fundamental completo, está desempregada e é residente e domiciliada no município de Sobral, no Estado do Ceará. Em abril de 2012, apresentou alguns sinais e sintomas, como perda de peso, tontura, vista turva, edema no linfonodo direito – “inchaço no pescoço”. Com isso, realizou consulta em um hospital particular no dia 29 de abril de 2012, a fim de identificar a causa dos mesmos, em que foi feito o pedido de exame de sangue para avaliar o estado de saúde geral da participante da pesquisa. Pela falta de vínculo com o hospital privado e por sua condição socioeconômica, a paciente foi orientada a buscar acompanhamento médico especializado no Sistema Único de Saúde (SUS). No dia seguinte, 02 de maio de 2012, a paciente buscou o serviço de atenção primária por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de conseguir encaminhamento para um médico especialista, sendo encaminhada para o Centro de Especialidades Médicas (CEM) no dia 12 de maio 2012. Nesse local, foi feito o pedido de biópsia do gânglio linfático. Após 15 dias (27 de maio de 2012), a paciente retornou ao CEM com o resultado da biópsia, sendo diagnosticada com Linfoma de Hodgkin. Com isso, o médico do CEM a referenciou para um serviço de atenção terciária. Nesse local, deu entrada no dia 30 de maio de 2012. Iniciou a quimioterapia no dia 06 de junho de 2012, durante seis meses, com intervalo de 15 dias entre as sessões, finalizando as sessões no dia 30 de novembro de 2012. No dia 07 de dezembro de 2012, deu início ao tratamento de radioterapia, durante 20 dias consecutivos. Após o término do tratamento, a paciente continuou a fazer exames periodicamente a cada três meses. Durante todo o ano de 2013, não apresentou nenhum sintoma da doença. Em abril de 2014, a participante da pesquisa começou a sentir novos sintomas e percebeu edema no lado esquerdo do pescoço. Com isso, no dia 23 de maio de 2014, procurou o serviço de atenção terciária e foi encaminhada para o Instituto de Referência do Câncer no Estado do Ceará, localizado em Fortaleza, com suspeita de recidiva da patologia. No dia 17 de julho de 2014, a paciente deu entrada nesse Instituto, onde realizou uma nova biópsia e um exame específico (citometria), em retorno (09 de agosto de 2014) e após o resultado do exame e da biópsia, confirmou-se a reincidência do Linfoma de Hodgkin, desenvolvendo-se o plano terapêutico, que consistia em altas doses de quimioterapia, em três sessões consecutivas, e transplante de medula.

ANÁLISE E DISCUSSÃO A PARTIR DO FLUXOGRAMA

A princípio, pôde-se constatar que a participante da pesquisa, ao perceber alguns sinais e sintomas, procurou o serviço em um hospital privado. Esse fato corrobora com a discussão de Toledo Filho (2003), que afirma que, com o surgimento dos serviços privados de saúde, a assistência passa a ser comprada e assegurada para aqueles com poder aquisitivo um pouco melhor, ou seja, a saúde passa a obedecer à lógica do mercado, tornando-se uma necessidade de consumo e não um direito, uma questão de vida.

Nessa perspectiva, observa-se também que, apesar de todo o processo em andamento de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, da expansão da rede ambulatorial e da implantação e expansão dos Centros de Saúde da Família (CSF), os usuários, em sua busca espontânea por assistência de saúde, vêm mantendo sua preferência por atendimentos médicos em prontos-socorros e hospitais (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Além disso, a escolha da usuária em ter como primeira opção o serviço privado representa seu desconhecimento sobre o funcionamento do SUS. Esse desconhecimento passa por diversos aspectos, dentre eles o contexto político-comunicacional. Nas mensagens geradas pelas mídias, podemos notar que, passando por um prisma ideológico, o que é público passa a ser visto negativamente em contraposição ao que é privado, respondendo, assim, a determinados pressupostos de entendimento

e de ação sobre a organização social, defendidos por alguns grupos de interesse, como o complexo industrial farmacêutico e hospitalar, as empresas e os planos de saúde. Nesse contexto, a primazia do privado se sobrepõe claramente ao que é considerado público, refletindo, assim, na percepção que usuários têm do SUS (OLIVEIRA, 2000).

Observa-se também que a falta de vínculo com a instituição privada e sua condição socioeconômica fizeram com que a participante da pesquisa fosse orientada a utilizar o serviço médico especializado do SUS. Assim, deu entrada ao serviço de atenção primária com a intenção de conseguir encaminhamento para o serviço especializado. Schwartz et al. (2010) constata em seus estudos que muitas das expectativas dos usuários quanto à Unidade de Saúde estão além do rol de atividades a serem ofertadas na atenção primária, como a solicitação por especialidades, demonstrando que ainda não está claro para a população o processo de descentralização da rede de serviços.

Destaca-se ainda que, nesse caso, a paciente tinha certo vínculo com a enfermeira da sua Unidade Básica de Saúde, o que possibilitou o referenciamento adequado e rápido para os demais serviços de saúde. Esse fato fortalece os estudos de Dias (2012), que afirma que o sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que do fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as “vias formais” de acesso não funcionam adequadamente.

Dessa forma, o serviço de atenção primária não foi o contato preferencial da paciente com Linfoma de Hodgkin ao necessitar de atenção à sua saúde, servindo, assim, como uma forma de conseguir referência para a atenção secundária. Nesse nível de atenção, a usuária realizou consulta com médico especialista, assim como exames específicos e biópsia. A partir de então, as hipóteses diagnósticas foram confirmadas, no caso um Linfoma de Hodgking.

Segundo a Portaria nº 4.279/2010, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em níveis ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e exames especializados, acontecendo seu funcionamento a partir de encaminhamentos da atenção primária (ERDMANN, 2013).

A partir de então, observa-se que houve resolutividade por parte da atenção secundária, visto que em 15 dias a paciente teve acesso aos serviços competentes a esse nível de atenção, ao diagnóstico médico e ao referenciamento para o nível terciário de atenção.

Assim, a partir da obtenção do diagnóstico, necessitou-se do referenciamento à atenção terciária para a escolha do plano terapêutico, no caso a realização de quimioterapia e de radioterapia. A necessidade do referenciamento é explicada por Degani (2002), que observa que esse nível de atenção é formado por serviços de alta complexidade técnica, com o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que empregam em sua maioria tecnologias duras e são realizados no ambiente hospitalar.

Observa-se, todavia, a necessidade de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que a paciente foi submetida à assistência extremamente especializada, tecnicista, médico hegemônica, uniprofissional e distante dos aspectos psicológicos e sociais. O PTS possibilita a organização do serviço de saúde, de forma a atender os usuários de modo integral garantindo ações coerentes com o contexto de cada pessoa. O Projeto Terapêutico é construído coletivamente, com a participação dos profissionais da saúde, elaborado entre diversos níveis de atenção e setores, sendo o principal objetivo auxiliar as equipes de saúde na definição e no direcionamento de suas intervenções (OLIVEIRA, 2007).

Backes (2009) confirma a necessidade de um PTS, uma vez que o desenvolvimento cada vez maior da ciência e da tecnologia tem muitos aspectos positivos, principalmente relacionados à melhoria da qualidade de vida e da saúde, pois as novas e constantes descobertas e as tecnologias cada vez mais avançadas têm sido implementadas e adquiridas em busca da melhoria da assistência. Percebe-se, porém, que na prática nem sempre o aparato tecnológico é sinônimo de melhor assistência, uma vez que a sua utilização precisa não apenas de mãos habilidosas, mas que sejam também carinhosas e sensíveis. Parece que a tecnologia, em vez de aproximar, tem se colocado como uma barreira que afasta os seres humanos cuidadores daqueles que são cuidados (BACKES, 2009).

Assim, nota-se que o formato de assistência prestado à paciente participante da pesquisa, centrado no ato prescritivo (que produz o procedimento), na unidisciplinaridade (médico) e que utiliza como insumos principais os recursos tecnológicos centralizados em exames e medicamentos (tecnologias duras), tem produzido atos desconexos sem intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada (MALTA et al., 2004).

Após o tratamento e a alta do plano terapêutico, a paciente passou o ano de 2012 sem sentir nenhum sintoma. Vale salientar que nesse período não há nenhum relato de aproximação ou contra referência à atenção primária, somente retorno da paciente a cada três meses, ao serviço laboratorial do hospital em que realizou seu tratamento para a realização de exames.

Com o aparecimento de sintomas que possivelmente indicassem a recidiva do linfoma, a paciente retornou ao sistema de saúde, dando entrada diretamente no serviço de atenção terciária (SCMS). A partir de então, nota-se desarticulação com os pontos de atenção, por meio de procura antecipada por serviço especializado antes mesmo de se buscar o acesso a outros níveis (primário e secundário). Apesar dessa desarticulação, a assistência deve ser prestada, uma vez que a linha do cuidado tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto em que haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir desse lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MALTA et al., 2004; MERHY; CECÍLIO, 2003).

Evidencia-se também um compartilhamento da assistência com o instituto de referência no tratamento do câncer do Estado do Ceará, localizado em Fortaleza. Todavia, observa-se demora entre a referência e a realização da consulta, explicado pela grande demanda, devido o mesmo ser referência em tratamento de câncer no Estado.

Dessa forma, ao analisar a assistência à saúde à paciente F.L.P.S. nos diversos níveis de atenção, constata-se perceptiva fragmentação. Com isso, observa-se a necessidade de articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, reflete-se na existência de uma rede integrada em todos os níveis de atenção, de modo que as distintas intervenções do cuidado sejam pensadas de maneira interdisciplinar e percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, de acordo com suas singularidades e compatível com as suas expectativas pessoais (ALMEIDA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse interim, a análise realizada mediante a ferramenta do fluxograma analisador do modelo de atenção revelou todo o processo de trabalho, nas ações e serviços de saúde, mapeando todo o fluxo da usuária ao longo de todos os níveis de atenção à saúde, além de identificar as intervenções realizadas e possíveis potencialidade e fragilidades.

A partir de então, pôde-se observar a fragmentação da rede de assistência à saúde, fragmentada, com a atenção à saúde e o processo de trabalho altamente mecanicista e unidisciplinar, voltados unicamente para a doença e desconsiderando os aspectos psicológicos e sociais que essa patologia carrega, impossibilitando a integralidade da assistência.

Sendo assim, compreender o paciente com neoplasia exige significados diversos, mudanças de valores, crenças e atitudes que demandam intervenções apropriadas para minimizar a ameaça à sua integridade física, mental e social. Assisti-lo vai além da prescrição de cuidados, envolve acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, o tratamento, a remissão, a reabilitação e a possibilidade de recidiva e até a fase final da doença, como também reconhecer toda a subjetividade e a singularidade desse processo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.286-298, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>
- BACKES, D.S et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.
- BIGNI, R. Linfoma de Hodgkin. INCA – Instituto Nacional de Câncer, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=458>. Acesso em: 15/08/14.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da saúde, 2012.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- COSTA, T. I.; GOMES, J. O.; DORNELAS, Jr. G.O.; GIORDANE, E. Linfoma de Hodgkin. Relato de Caso. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.6, 276-278p. São Paulo, Outubro, 2008.
- DEGANI, V.R.; **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**, 2002. Trabalho de conclusão de Curso (Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf?sequence=1>>
- DIAS V. A.; **Referência e contra e referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38p. Disponível em: <<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf>>
- ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Capítulo 6. p. 161-198.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SIALVA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2a ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 129p.

MACHADO, M.; CORREIA, A.; FALCÃO, L. M.; RAVARA, L. P. Linfoma de Hodgkin – Conceitos atuais. **Medicina Interna**, v.11, n.4, 207-215p. Lisboa, agosto, 2004.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo:

HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Capítulo 2. p. 71-112.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

OLIVEIRA, G.N. de O. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas, SP. [S.N.], 2007 (dissertação de mestrado).

OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4 , n.7, p.71-80, 2000. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200006>>.

PORTARIA GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

SANTOS, F.P.S.; FERNADES, G.S. **Linfoma de Hodgkin**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2146/linfoma_de_hodgkin.htm> Acesso em: 15/08/14.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>>

TOLEDO FILHO, P. G. Pensando a relação médico-paciente: uma proposta para humanização. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 307-313, 2003.

YUNG, L; LINCH, D. Linfoma de Hodgkin. **Lancet**, v. 361, n. 9361, p. 943- 51, 2003.