

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

VÂNIA BRAZ DOS SANTOS

TRAJETÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: da queixa ao tratamento em
unidade especializada no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro

Rio de janeiro
2021

VÂNIA BRAZ DOS SANTOS

TRAJETÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: da queixa ao tratamento em
unidade especializada no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pertencente a linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde como requisito parcial, para a obtenção do grau de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Sergio Ricardo de Oliveira

Rio de Janeiro
2021

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237t Santos, Vânia Braz dos
Trajetória de mulheres com câncer de mama: da
queixa ao tratamento em unidade especializada no
Sistema Único de Saúde no município do Rio de
Janeiro / Vânia Braz dos Santos. - Rio de
Janeiro, 2021.
109 f.

Orientador: Sergio Ricardo de Oliveira

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2021.

1. Neoplasias da Mama. 2. Sistema Único de
Saúde. 3. Detecção Precoce de Câncer.
4. Diagnóstico Precoce. 5. Atenção Primária à
Saúde. I. Oliveira, Sergio Ricardo de. II. Título.

CDD 616.994

VÂNIA BRAZ DOS SANTOS

TRAJETÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: da queixa ao tratamento em
unidade especializada no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pertencente a linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde como requisito parcial, para a obtenção do grau de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Sergio Ricardo de Oliveira

Aprovado em 27 de setembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Dr. Sergio Ricardo de Oliveira (EPSJV/FIOCRUZ)

Dra. Maria Celia Resende Djahjah (FM/UFRJ)

Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (EPSJV/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus.

A minha família, especialmente a meu marido e filho, pela paciência, durante os momentos de estresses, pela cumplicidade e afeto. A minha mãe pelo amor e carinho, a minha irmã pela paciência e compreensão pela demora em responder alguns dos seus telefonemas e todos os outros familiares, que me cercam de afeto e torcem por mim.

Ao meu orientador Sergio Ricardo de Oliveira por ter contribuído na realização desse trabalho, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) pela oportunidade, aos professores pela disponibilidade em compartilhar conhecimento.

A Leticia Batista, por ter me incentivado a fazer a inscrição para o mestrado e vibrado junto quando aprovada. A querida Monica Assis pela atenção e disponibilidade sempre que necessitei.

Ao INCA em especial ao HCIII por ser o espaço da prática profissional e por permitir a realização dessa pesquisa no âmbito da unidade.

Aos bibliotecários do INCA, em especial ao Robson Dias Martins do HCI e Fádia Carvalho Pacheco do HCIII, pela preciosa ajuda.

Aos queridos amigos do HCIII, em especial as amigas do Serviço Social e Psicologia pelo incentivo e apoio.

As queridas pacientes que contribuíram em muito para o desenvolvimento da minha prática, pela relação cercada de afeto, respeito e cumplicidade e em especial as que aceitaram participar desse estudo relatando suas experiências e contribuindo de alguma forma para mitigar barreiras de acesso ao diagnóstico de outras mulheres.

De que o SUS é feito?
De sonhaço o SUS é feito com crença
e luta o SUS se faz...
Saúde é coisa de branco?
Saúde é coisa de preto?
Saúde é coisa de gente?
Saúde é coisa de gueto?
Saúde é coisa de elite?
O SUS é coisa do povo?
O acesso tem um limite?
O SUS é vida pra todos?
(Ray Lima e Jonhson Soares)
E para você de que o SUS é feito?

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Banco Mundial
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HCIII	Hospital do Câncer III
INCA	Instituto Nacional de Câncer José de Alencar da Silva
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCB	Receita Corrente Bruta
SER	Sistema Estadual de Regulação
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
TCMRJ	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O câncer de mama é hoje considerado um relevante problema de saúde pública, ele é o mais incidente entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. No Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama em mulheres, para o triênio 2020-2022 são de 66.280 mil novos casos. Este tipo de câncer é a primeira causa de morte em mulheres, mas tem relativamente um bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente. O objetivo deste estudo é analisar a trajetória das mulheres com câncer de mama, da queixa ao tratamento em unidade especializada no SUS, na cidade do Rio de Janeiro, para tanto buscaremos analisar a percepção das usuárias que buscam o acesso, via rede pública, para realizar o diagnóstico e tratamento. O trabalho de campo foi realizado no Hospital do Câncer III (HCIII) e contou com a participação de 10 mulheres recém encaminhadas para tratamento. Muitas foram as barreiras identificadas na trajetória dessas mulheres, que demonstram que o desenho proposto na linha de cuidado no câncer de mama, não tem se materializado na prática, uma vez que foram apontadas dificuldades para agendamentos de exames e demora na realização dos procedimentos diagnósticos. Por fim, esse estudo, traz reflexões que reforça a necessidade de ampliar o acesso e reordenar os fluxos assistenciais no que se refere à realização de exames diagnósticos e a necessidade de uma maior articulação entre a Atenção básica e a atenção secundária, para que a mulher percorra um fluxo ágil em tempo oportuno e sem obstáculos.

Palavras-chave: Câncer de mama, Políticas de Atenção ao Câncer, Linha de cuidado do câncer de mama.

ABSTRACT

Breast cancer is now considered a relevant public health problem, it is the most common among women, with the exception of non-melanoma skin cancer. In Brazil, estimates of the incidence of breast cancer in women for the triennium 2020-2022 are 66,280 thousand new cases. This type of cancer is the number one cause of death in women, but it has a relatively good prognosis if diagnosed and treated in a timely manner. The objective of this study is to analyze the trajectory of women with breast cancer, from the complaint to the treatment in a specialized unit in the SUS, in the city of Rio de Janeiro, to do so, we will seek to analyze the perception of users who seek access, via the public network, to perform diagnosis and treatment. The field work was carried out at the Hospital do Câncer III (HCIII) and included the participation of 10 women who were recently referred for treatment. Many were the barriers identified in the trajectory of these women, which demonstrate that the proposed design in the line of care for breast cancer has not materialized in practice, since difficulties in scheduling exams and delays in carrying out diagnostic procedures were pointed out. Finally, this study brings reflections that reinforce the need to expand access and reorder care flows regarding the performance of diagnostic tests and the need for greater articulation between primary care and secondary care, so that women run through a streamlined flow in a timely and unhindered manner.

Keywords: Breast cancer, Cancer Care Policies, Breast Cancer Care Lines

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	16
	2.1. Objetivo Geral	16
	2.2. Objetivos Específicos	16
3	A Saúde no Contexto Brasileiro.....	17
	3.1. A Saúde como direito e suas contradições – breves reflexões	17
	3.2. Considerações sobre a Saúde no contexto da crise do capital	21
	3.3. Políticas oncológicas e a organização do SUS	30
4	CÂNCER DE MAMA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	34
	4.1. Redes de Atenção à Saúde para o Câncer de Mama.....	41
	4.2. Atenção Básica e sua importância para a Saúde.....	43
	4.3. Atenção Básica e o Cuidado no Câncer de Mama.....	50
	4.4. Atenção secundária e o diagnóstico precoce do câncer de mama.	52
	4.5. Acesso aos Serviços de Saúde – Algumas considerações	54
	4.6. Política de Regulação do Acesso à Assistência.....	55
5	METODOLOGIA	63
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
	6.1. O Perfil das Entrevistadas.....	65
	6.2. O Relato das Entrevistadas	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS	90
	APENDICE A	99
	APENDICE B.....	103
	ANEXO 1	105

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, haverá a ocorrência de 27 milhões de novos casos de câncer e 17 milhões de mortes pela doença e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer, sendo que o maior aumento ocorrerá em países de baixa e média renda. Ainda segundo a OMS as ações de baixo custo, disponíveis atualmente, podem interferir diretamente no curso da doença em 1/3 dos casos, somados a deficiência de investimentos, sobretudo nesses países, que acaba acarretando o aumento da doença e piora no prognóstico (INCA, 2019).

O câncer de mama, dentre os vários tipos existente, é o mais incidente entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma e o segundo mais frequente no mundo (INCA, 2019). No Brasil, estimam-se a ocorrência de 66.280 casos novos da doença, para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2020). Esses números causam grande preocupação, uma vez que a doença é a primeira causa de morte por câncer em mulheres no país.

A esse respeito, Goldman et al (2019) aponta que, especificamente no Brasil, o padrão elevado na curva de mortalidade por essa doença decorre, entre outros fatores, em consequência do diagnóstico tardio da doença e que a implementação de condutas que permitem a realização do diagnóstico precoce, interfere decisivamente na taxa de mortalidade, com redução em até 30% em alguns países.

Para Gonçalves et al (2014) o atraso no diagnóstico e início de tratamento pode estar relacionado às diversas barreiras encontradas durante a busca por atenção em saúde, tais como “idade, sexo, escolaridade, local de residência, grupo étnico, condições de trabalho, baixa condição financeira, ausência de plano de saúde, entre outros fatores que retardam o diagnóstico e o cuidado da doença” (p.395).

Cabe ressaltar que o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), visando melhoras na taxa de sobrevivência e redução da mortalidade recomenda que toda mulher, com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas, receba diagnóstico no prazo máximo de 60 dias. Recomenda ainda que as ações para detecção precoce devem ser oferecidas às mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama (rastreamento) e às mulheres com sinais e sintomas iniciais o diagnóstico precoce (INCA, 2015).

Nesse sentido citamos a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), instituída em 2012 e atualizada em 2013, que reconhecendo o câncer como problema de saúde pública, definiu em 60 dias o tempo de demora entre o diagnóstico e o início do tratamento, no entanto,

não definiu qual o tempo máximo de espera para a efetivação do diagnóstico, fator importante que só foi priorizado no final de 2019, com a aprovação da Lei 13.896/2019, (BRASIL, 2019a) em que se fixa o prazo de 30 dias para a realização de diagnóstico de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, não basta apenas instituir leis, é necessário que se crie condições para que se possam efetivar os processos e desta forma possa legitimar as reivindicações de diagnóstico precoce, caso contrário, continuaremos a publicar novas leis para garantir as que anteriormente não foram capazes de garantir.

No contexto atual, podemos verificar que ao contrário do que estabelece a lei, apenas seis em cada cem pacientes, com câncer de mama no Rio de Janeiro (RJ), conseguem iniciar o tratamento no prazo de 60 dias, conforme dados da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). A entidade afirma ainda que o estado é o que mais desobedece ao prazo legal. A média nacional é bem superior à do estado, ou seja, 40% das mulheres são atendidas no prazo de 60 dias, contra 6% no RJ, além disso, o estado, também está na lanterna da Região Sudeste (SBM, 2019).

A esse respeito cabe citar o relatório da auditoria feita pelo Tribunal de Conta da União (TCU), que verificou a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, com foco no tratamento da doença que aponta algumas situações que podem contribuir na demora do acesso ao diagnóstico, tais como: que a rede de exames ofertados pelo SUS não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes com suspeita de câncer o acesso tempestivo ao diagnóstico definitivo da doença e ainda que o quantitativo de algumas especialidades médicas que são necessárias ao diagnóstico não está sendo suficiente para atender as demandas de saúde da população, especialmente em alguns estados. (BRASIL, 2011)

A realidade tem demonstrado que o acesso das mulheres ao diagnóstico, não tem sido realizado de forma oportuna, isso pode ser confirmado no relatório de auditoria operacional da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Rio de Janeiro, realizado pelo TCU em setembro de 2019, que não difere do relatório 2011 já citado, apontando que o tempo decorrido para levantar a suspeita de câncer na Atenção Básica (AB) e realização dos exames iniciais de investigação “é a etapa mais demorada na opinião de 72,7% dos gestores de Cacon e Unacon, 59,3% dos médicos patologistas, 40,7% das associações de paciente e 40% dos pacientes com câncer “(BRASIL, 2019b p.18).

Cabe enfatizar que ações desenvolvidas na rede primária ou básica do sistema público de saúde, são de grande importância e merecem atenção, uma vez que a detecção precoce do

câncer aumenta significativamente a probabilidade curativa e com menores consequências para a vida social, econômica e cultural das usuárias.

A Atenção Primária em Saúde (APS) nesse contexto, apresenta-se como eixo estruturante do SUS e constitui-se como o primeiro nível de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comum de saúde, tem sido cada vez mais enfatizada, uma vez que realiza e coordena o cuidado em todos os pontos da atenção (MENDES, 2011; INCA, 2015).

Já a média complexidade ou atenção secundária, no que se refere ao câncer de mama é o local responsável pela realização dos exames diagnósticos, uma vez que as mulheres com lesões suspeitas são encaminhadas pelas unidades básicas para confirmação diagnóstica.

Para que se opere de fato a integralidade da assistência à saúde da mulher, com vista a garantir um diagnóstico precoce ao câncer de mama, se faz necessário uma adequada articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária uma vez que neste nível de atenção se faz a confirmação diagnóstica, pois é o local onde se trata ambulatoriamente as lesões benignas da mama, realiza os exames especializados, as punções e biópsia e outras cirurgias ambulatoriais. Cabe a atenção secundária a avaliação dos casos encaminhados pelas unidades básicas para fins de resolução das demandas suspeitas. (BASTOS; VOLOCHKO E FIGUEIREDO, 2016),

Lembrando que no caso do câncer de mama feminina, este ao ser diagnosticado em estágio avançado, acaba gerando tratamentos muitas vezes mutilantes, o que causa maior sofrimento à mulher e sendo a mama feminina, representativa de todo um universo simbólico, onde se concentram papéis de identidade feminina, como a sexualidade e a maternidade, a perda da mama compromete todo esse universo, trazendo dor e sofrimento (SKABA, 2003).

O câncer por sua magnitude requer a adoção de políticas públicas que possam contribuir para a prevenção e detecção precoce com garantia de acesso aos usuários, uma vez que cresce no Brasil e no mundo. Ademais, dentre as doenças crônicas o câncer é considerado um problema de saúde pública (INCA,2019), expressando uma face da questão social, que se observa latente nas demandas apresentadas pelas usuárias no ambulatório do Hospital do Câncer III (HCIII), uma das unidades hospitalares do INCA. Sendo assim, a questão do câncer pode ter estreita relação com as questões ligadas ao desemprego, à moradia e à alimentação.

O interesse pelo tema nasce a partir do trabalho desenvolvido, no âmbito do HCIII, que é especializado no tratamento de câncer de mama, precisamente no Núcleo Interno de

Regulação que atua na gestão do acesso das usuárias à unidade pela via da regulação, fazendo a interface entre a instituição, regulação e usuários.

Muitas são as dificuldades relatadas pelas mulheres que chegam à unidade referente ao caminho percorrido em busca do diagnóstico e tratamento. Em muitos casos já apresentam doença em estágio avançado. Algumas procuram a unidade sem nem mesmo terem alcançado o diagnóstico, embora já apresentem doença metastática (quando o câncer já passou para outros órgãos). A unidade tem convivido com a triste realidade do diagnóstico avançado. Desse modo torna-se relevante a realização desse estudo, para identificação dos nós existentes nesse processo e, assim, contribuir de alguma forma, para mitigar barreiras de acesso ao diagnóstico de outras mulheres.

As medidas de controle da doença que envolve a detecção precoce, que incluem o rastreamento organizado e o diagnóstico precoce, são importantes estratégias para o controle da doença, mas é preciso que a partir da identificação da suspeita, a mulher tenha garantido o acesso à biópsia. Contudo ainda se observa dificuldades nesse acesso, quer seja por falta de encaminhamento adequado ou pela oferta de vaga estar aquém da demanda na média complexidade ou ainda falta de ordenação dos fluxos na rede e de ações que garantam a integralidades da assistência. Isso revela a necessidade de uma interlocução entre os atores envolvidos nos níveis de atenção primária e atenção secundária, para que se possa garantir o diagnóstico precoce e, assim, garantir o cuidado integral. Lembramos que a Atenção primária tem papel fundamento nesse processo uma vez que exerce a função de ordenadora da rede.

Quando a unidade passou a ter o seu acesso regulado, a promessa que havia em torno da regulação, seria de que as mulheres percorreriam um fluxo ágil e ordenado para um atendimento oportuno, minimizando assim, o intervalo de tempo entre a queixa e o diagnóstico e deste ao tratamento. Porém alguns nós, não têm permitido que esse fluxo seja exitoso para algumas usuárias. Lembrando que a demora no acesso acarreta consequências direta sobre o processo de tratamento e, também na sobrevida.

Tendo em vista as questões que envolvem o tratamento do câncer é necessário considerar os aspectos epidemiológicos da doença e sua magnitude social, para que se possa dar respostas coletivas para o enfrentamento dessa realidade, e conseqüente diminuição do diagnóstico tardio. A realidade dos usuários atendidos no INCA demonstra que para a regulação do acesso ser de fato efetivada em todo o processo que lhe é inerente, não basta apenas a alocação de computadores, a utilização de sistemas informacionais, de normas e de protocolos necessita também das relações de gestores com prestadores, e o mais importante,

relações de usuários e as suas distintas demandas na identificação das necessidades (VILARINS, 2010).

A despeito de todo arcabouço legal e dos avanços alcançados na área da saúde a literatura nos aponta que o Brasil continua a apresentar um quadro sanitário, em que se combinam doenças ligadas à pobreza e doenças crônico-degenerativas, o que reflete as contradições do processo de desenvolvimento do país.

O contexto em que se vivencia as questões de saúde aqui tratadas, tem como cenário o SUS, cujos princípios são: a) universalidade – que pressupõe que todos têm direito à saúde e a garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade da assistência; b) integralidade - que busca garantir ao indivíduos acesso a assistência integral de saúde em todos os níveis de atenção que necessite e integra ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos no cotidianos dos cuidados no sistema de saúde; c) equidade - que busca diminuir as disparidades sociais prevendo o atendimento dos usuários de acordo com suas necessidades, tratando de forma desigual os desiguais, ou seja a cada um conforme a sua necessidade. O SUS tem ainda como princípios a igualdade da assistência à saúde; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990, MATTA, 2007).

A despeito de toda luta social em torno da construção desse sistema universal de saúde, cabe lembrar que nas últimas décadas, verifica-se que a política de saúde que é parte integrante do conjunto de políticas sociais do sistema de seguridade social, tornou-se, segundo Soares (2011), espaço de tensionamento e alvo de grande ofensiva do ajuste neoliberal do Estado. Outrossim, as contradições imbricadas nesse processo afetam diretamente as práticas sociais dos diversos profissionais da área da saúde e repercute na qualidade dos serviços prestados à população usuária. Contudo, os desafios que se apresentam na implementação das conquistas sociais têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas, das instituições de saúde e nos serviços prestados à população (PINHEIRO, et al., 2013 p.37).

Falar da importância do sistema de saúde brasileiro, requer pontuar que o SUS, a despeito do seu crônico subfinanciamento e com todas as precariedades de que é vítima, se mostrou bastante resiliente, frente à pandemia do coronavírus, que afetou de forma profunda, a vida dos profissionais e dos usuários da saúde, enfim de toda população, sendo este o maior desafio sanitário por ele enfrentado. Fica difícil pensar o país, nesse momento, sem a estrutura do SUS para o enfrentamento da Covid-19, uma vez que ele está presente em todos os territórios brasileiros, fazendo frente às demandas de saúde, sobretudo das populações mais vulneráveis. Portanto, é evidente a importância que o SUS ganha nesse atual momento, ao

oferecer cobertura universal no campo da assistência à saúde, vigilância em saúde, fornecimento de medicamentos, desenvolvimento de pesquisas, vacinação gratuita, entre outras (ALMEIDA; LACHMANN, MARTELLI, 2020).

No cenário atual, as implicações advindas da falta de gestão da crise sanitária por parte do mandatário do país, agrava ainda mais a situação de enfrentamento da pandemia da Covid-19 gerando muitos tensionamentos por conta de uma postura negacionista que se mostra contrária ao isolamento social, ao uso de máscara, a vacinação e à ciência.

Ademais, este cenário tem acarretado atraso no diagnóstico de câncer de mama, uma vez que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)¹ alertam que o cancelamento e reagendamento de consultas ginecológicas, devido a pandemia, geraram preocupante redução no diagnóstico dos cânceres de mama e de colo de útero

Para melhor compreensão do tema aqui abordado, dividimos este trabalho em três partes. Na primeira parte abordaremos a saúde no contexto brasileiro, buscando tecer algumas considerações sobre a saúde, alicerçada pela compreensão da mesma enquanto direito, conforme preconizado na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, para tanto abordaremos a saúde como direito e suas contradições, com uma breve reflexão que se inicia a partir da compreensão das mudanças ocorridas no campo das políticas sociais em nosso país, sobretudo a partir do processo de redemocratização do país, sem deixar de abordar as Políticas Oncológicas e a organização do SUS no contexto da crise do capital, que compromete a oferta de uma saúde pública de caráter universal.

Na segunda parte discutiremos sobre o câncer de mama, sua magnitude e complexidade, apresentando os dados estatísticos que revelam sua alta incidência e mortalidade entre as mulheres acometidas por essa patologia, pontuando quais as estratégias de detecção precoce adotadas para o seu enfrentamento e a organização da rede de atenção ao câncer, tecendo considerações acerca da linha de cuidado para o câncer e o papel da AB nessa abordagem, sua importância e os retrocesso que impactam na integralidade das ações e abordaremos o papel da Atenção Secundária no diagnóstico do câncer de mama. Finalizaremos essa segunda parte trazendo considerações sobre o acesso aos serviços de saúde, seguido da Política de Regulação do Acesso à Assistência que alterou a forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A terceira parte iniciaremos discorrendo sobre os caminhos percorridos na realização deste trabalho apresentando a metodologia utilizada no seu processo de construção e em

¹ Disponível em: febrasgo.org.br/pt/noticias. Diagnóstico de câncer de mama e colo de útero caem 23,4%, durante a pandemia. Publicado em 04 de abril de 2021.

seguida, buscaremos compreender, com base no aporte teórico desenvolvido, os aspectos que estão imbricados no processo saúde/doença que envolve a trajetória de mulheres em busca de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a partir da perspectiva do acesso à saúde pública e de caráter universal. Na sequência, apresentamos o resultado e análise das entrevistas realizadas com as participantes da pesquisa, iniciando pelo perfil das entrevistadas e logo em seguida são apresentados trechos das falas que expressam a realidade vivida pelas pacientes, buscando compreender os aspectos que envolvem a dinâmica que opera a rede de assistência ao câncer a partir da percepção singular de cada uma dessas mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a trajetória, das mulheres com câncer de mama, da queixa ao tratamento em unidade especializada no Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro (MRJ).

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar a percepção das usuárias que buscam acesso à rede pública para realizar diagnóstico e tratamento do câncer de mama.
- Identificar quais as barreiras existentes na linha de cuidado ao câncer de mama, que dificultam o acesso das mulheres ao diagnóstico.

3 A Saúde no Contexto Brasileiro

A partir do conhecimento adquirido ao longo do caminhar profissional aliados aos referenciais teóricos que subsidiaram o nosso modo de produzir saúde no cotidiano de uma unidade pública de saúde, especializada no tratamento de mulheres com câncer de mama, buscamos tecer algumas considerações sobre a saúde, alicerçada pela compreensão da mesma enquanto direito, conforme preconizado na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988.

3.1. A Saúde como direito e suas contradições – breves reflexões

Para falarmos da saúde enquanto direito, servimo-nos de Pinheiro et al. (2013) para quem a saúde como direito humano é uma conquista social, internacionalmente reconhecida como um direito humano fundamental e, portanto, indispensável ao exercício dos demais direitos humanos. Os autores, assertivamente, citam a convenção do Comitê Internacional de Desenvolvimento Econômico e Social e Cultural de 2000, que afirma: “Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna” (PINHEIRO et al., 2013, p.37).

Desse modo, é necessário entender que o direito à saúde – prática social inerente à condição humana – necessita de alguns elementos para ser concretizado, pois: “(...) ter direito à saúde é ter o acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social” (PINHEIRO et al., 2013, p.37).

A conquista do direito à saúde no Brasil foi fruto de lutas sociais, sendo reconhecida enquanto um direito fundamental do ser humano, pela CRFB de 1988 (BRASIL, 1990). Este direito, portanto, deve ser compreendido considerando as mudanças ocorridas no campo das políticas sociais em nosso país, sobretudo a partir da década de 80, período em que “(...) a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de redemocratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica” (BRAVO, 2006, p.8), crise esta que se reflete até os dias atuais.

Na década de 1990, ocorreram importantes alterações no seio da sociedade brasileira e, marcadamente nesse período, entram em disputam dois grandes projetos societários, sendo um articulado a uma democracia restrita, que reduz direitos sociais e políticos e outro pautado em uma democracia de massas, com ampla participação social. A disputa entre ambos repercute, sobretudo nas diversas áreas das políticas sociais, dentre as quais a saúde, na qual

destacam-se dois projetos, o da Reforma Sanitária e o Privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO e MATTOS, 2001).

Para o Projeto Privatista, ao Estado caberia apenas garantir um mínimo àqueles que não podem pagar, ficando a cargo do setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, isto é, aos que podem pagar. Esse projeto articulado ao mercado ou ao modelo médico assistencial privatista, pauta-se na política de ajuste neoliberal, que tem como principais tendências a contenção dos gastos, com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO, 2006)

Em outra perspectiva temos o Projeto de Reforma Sanitária, cuja principal proposta é a defesa da universalidade das políticas sociais e a defesa dos direitos sociais e que apresenta como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema surgiu, então, a partir da luta e da mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, tendo como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, com uma concepção de Estado democrático e de direito (BRAVO e MATTOS, 2001)

Destacamos a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, que debateu temas como: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Essa conferência se diferenciou das anteriores, por ter incluído a sociedade civil em seus debates, dando-lhe direito a voto, ampliando o debate para além de grupos específicos, como ABRASCO e Medicina Preventiva entre outros, ganhando assim, uma dimensão mais representativa da sociedade como um todo (BRAVO, 2006).

Desse modo, nasce o SUS como um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo – União, Estados e Municípios – e pelo serviço privado, com o qual são feitos contratos e convênios para realização de serviços e ações (IDEC, 2006).

A saúde passa a ser um direito de todos, o que, segundo Bispo Júnior e Morais (2020), não é algo natural, ou seja, é um dever do Estado exercer essa atribuição em qualquer contexto porque, segundo os autores, a saúde, enquanto política pública, será sempre definida por valores e cultura de um determinado período, sendo pautada pelo modelo de proteção social adotado no país. Exemplo disso é que, antes do SUS, os modelos de atenção à saúde foram marcados pela exclusão de grandes contingentes da população. Para os autores, a superação desses modelos de viés excludente, é uma conquista social importante: “a garantia da saúde como direito de cidadania e a conformação de um sistema público e universal de

saúde figuram entre as mais relevantes conquistas alcançadas com a Constituição Federal de 1988.” (BISPO JÚNIOR E MORAIS, 2020, p. 2)

Nesse contexto, para sustentação de um modelo universalizante, os princípios do SUS foram assim definidos: universalidade de acesso; integralidade da assistência; igualdade na assistência à saúde; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Convém destacar, nesse período, o processo constituinte e a promulgação da CRFB de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise e desigualdades sociais existentes à época. No texto Constitucional se insere o capítulo “Da Ordem Social”, que apresenta um conjunto de princípios e artigos que, se efetivamente respeitados, podem contribuir para a redução das desigualdades sociais, pois tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social. (BRAVO, 2006).

No cenário de profundas desigualdades existente no país, fica evidente a relevância das políticas sociais, como forma de minimizar os seus efeitos sobre a população, sobretudo no campo da saúde, lembrando que esta é fruto de luta sociais. Portanto, é pertinente ressaltar o que foi salientado, no final da década de 1980, por Escorel (1989), que a saúde é um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos, como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso. Importa dizer que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme inscrito no art. 3º da CRFB (BRASIL, 1988).

Desse modo, podemos afirmar que a saúde é tema de relevância pública, o que assegura a participação do Ministério Público na fiscalização do cumprimento das leis. O Artigo 196 da CRFB de 1988 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A despeito de todo o arcabouço legal, o SUS desde sua implantação é duramente atacado por uma política de viés neoliberal, cuja ênfase é a saúde privada em detrimento de uma saúde pública e universal. Segundo Lima (2010), já na década de 1990, no país, se inicia um amplo consenso neoliberal em torno da implementação do programa de estabilização,

ajuste, reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) e, ainda, diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial, financeira e do mercado de trabalho, enxugamento do Estado e privatizações. Para o autor, esse processo é concomitante ao avanço de globalização e a mudança no padrão de acumulação capitalista.

A globalização neoliberal propicia a reconcentração de renda que se dá por meio da privatização do patrimônio público, diminuição do valor da força de trabalho e subsídios ao capital, o que acaba levando o sistema financeiro a se tornar hegemônico no processo de acumulação. A consequência desse processo é a privatização dos serviços e a precarização das políticas públicas com o corte dos gastos sociais (LIMA, 2010).

Outrossim, a globalização trouxe vários impactos para a população, em especial para a classe trabalhadora, tornando urgente a adoção de medidas para o enfrentamento das desigualdades sociais advindas desse processo (KAMEYAMA, 2001). Ao longo de décadas, o Estado vem se sujeitando às forças do mercado e, conseqüentemente, abandonando medidas necessárias ao incremento do crescimento e à implementação de políticas sociais básicas.

Segundo Lima (2010), após o início do Governo do ex-Presidente Collor (período de 1990-1992), a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 “só foi possível porque o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte” (p.336). Apesar da aprovação das referidas leis, a restrição orçamentária que limita o gasto social nega base fiscal à seguridade social, que tem como tripé a saúde, a previdência e a assistência, conforme assegurado pela CRFB. Ao negar base fiscal à seguridade social, fica comprometida sua base orçamentária, impactando negativamente as ações voltadas para a ampliação dos direitos sociais e mesmo a garantia dos direitos já conquistados.

Ademais, o debate sobre o não financiamento do SUS está atrelado ao processo de desconstrução do conceito de seguridade social, desde sua criação e inserção na CRFB. Esse processo de desconstrução prossegue no Governo do ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso, que leva avante a política de cunho neoliberal, cujo mote é o Estado mínimo, privatizações e políticas focalizadas, tônica que se perpetua nos governos seguintes.

Corroborando com o explicitado acima, Mendes e Vasconcellos (2015) ao referir que a partir dos anos 1980, até o período atual, assistimos por parte do Estado à adoção de políticas austeras, que levam a redução de direitos sociais. Outrossim, o Estado permite que o capital se aproprie do fundo público, e, além disso, mesmo vivendo um período de crise do capitalismo contemporâneo, continua a oferecer incentivo às entidades privadas, o que

impacta diretamente nas políticas públicas sobretudo na saúde. Para os autores, se não bastasse isso, verifica-se também, as crescentes transferências de recursos públicos para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), cuja gestão é privada, que aumenta as renúncias fiscais, que acabam enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado e, conseqüentemente, prejudicam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma:

Pode-se observar o entrelaçamento dos interesses do capital e do Estado. Fica reforçada, então a presença do Estado no fortalecimento da lógica de valorização do capital que se apropria dos recursos financeiros do SUS (MENDES & VASCONCELLOS, 2015, p.69).

Ainda segundo os autores, para que se entenda o que está em disputa, quando se discute a saúde, é necessário enfatizar que o padrão de proteção social, que assegurou a saúde pública como direito, no país desenvolveu-se de forma tardia, comparado aos países desenvolvidos. Isso ocorreu não somente em relação ao tempo, mas também ao momento histórico em que foi inserido, que, no caso do Brasil, se deu em tempos de dominação do capital financeiro.

Nas últimas décadas, verifica-se que a política de saúde, parte integrante do conjunto de políticas sociais do sistema de seguridade social, tornou-se, segundo Soares (2011), espaço de tensionamento e alvo de grande ofensiva do ajuste neoliberal do Estado. As contradições imbricadas nesse processo afetam diretamente as práticas sociais dos diversos profissionais da área da saúde e repercute na qualidade dos serviços prestados à população usuária. Contudo, os desafios que se apresentam na implementação das conquistas sociais têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas, das instituições de saúde e nos serviços prestados à população (PINHEIRO et al., 2013 p.37).

3.2. Considerações sobre a Saúde no contexto da crise do capital

A crise do capital comprometeu a oferta de uma saúde pública de caráter universal, conforme inscrito no texto da CFRB de 1988 e rebateu diretamente no financiamento do SUS. Para Soares (2011, p. 87) “as respostas à crise do capital, mediadas pelas particularidades e características da estrutura social e do Estado brasileiro, tornaram-se os limites para a materialização da reforma sanitária e do SUS”, conforme consta do seu marco legal e suas leis orgânicas.

A autora ainda afirma que a mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, a ascensão do pensamento pós-moderno

e a contrarreforma do Estado, “integram esse conjunto de respostas cuja finalidade precípua é a maximização e expansão do capital” (SOARES, 2011, p.87).

Nesse contexto, Mendes (2015) pontua que os efeitos diretos decorrentes da crise contemporânea do capitalismo sobre a saúde pública brasileira basicamente decorreram da financeirização do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Conforme o autor, isso é percebido pela marcante “presença do capital portador de juros no orçamento público federal e do orçamento da Seguridade Social como no incentivo público concedido à saúde privada por meio de renúncia fiscal” (p.75).

Como se pode ver, as dificuldades existentes hoje no cotidiano dos serviços de saúde, é fruto do processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, iniciado nos anos 1990 – que se mantém na atualidade – impactando, sobretudo, no Sistema Único de Saúde, que sofre com o seu subfinanciamento.

O financiamento da saúde é uma temática que vem sendo debatido em países com sistema de saúde universal, no sentido da implementação de políticas de saúde, o que não é diferente no Brasil, cuja problemática consiste nos montantes insuficientes e indefinidos para o setor. Prova disto é que, em 2010 se inicia, sem resoluções significativas no âmbito do financiamento, a Lei 142/2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que não garante novos recursos financeiros para a saúde universal, sobretudo por parte da União, e nada foi realizado para conter a renúncia fiscal do setor privado, sem prejuízo dos recursos do Estado (MENDES, 2015).

Mendes (2015) ainda aponta que a partir da EC-29 o gasto do SUS teve um aumento “de 2,89% do PIB, em 2002, para 3,9% em 2012, sendo 1,8% da união, 1,1% dos Municípios e 1.0% dos Estados” (p. 76). Esses percentuais não foram suficientes para ser universal e garantir a integralidade do atendimento. Em comparação aos outros países, cujo sistema de saúde pública é também universal, o gasto no Brasil é baixo. Para alcançar o mesmo patamar desses países e enfrentar o subfinanciamento estrutural do SUS, o Brasil, deveria dobrar a participação financeira no SUS, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e “defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metras de inflação, superávit primário e supervalorização da moeda” (p. 76), que acaba por restringir a possibilidade de gastos públicos, ainda que sejam gastos sociais.

Essa política vem sendo utilizada pelo Governo Federal desde 1995, em acordo com os ditames do capital financeiro, para fins de garantir a valorização do capital em tempos de crise. Tal prática não foi abandonada em governos posteriores, mas sim perpetuada. É imperativo que se lute por mudanças nessa política econômica em voga no país, pois como

visto, ela fragiliza o financiamento do SUS, ao priorizar o pagamento de juros da dívida pública, que é uma forma de financeirização do orçamento público.

Cabe registrar que para o enfrentamento do subfinanciamento crônico do SUS, algumas entidades vinculadas ao Movimento de Reforma Sanitária, como ABRASCO, CEBES, entre outras, apresentaram um Projeto de Iniciativa Popular, intitulado como, Saúde +10, que tramita no congresso desde 2013, com mais de 2 milhões de assinaturas. O projeto busca ampliar os recursos públicos, em especial por parte da União, que tem como indicação a aplicação de no mínimo 10% da Receita Corrente Bruta (RCB). Com a aprovação do projeto, seria possível o SUS receber um acréscimo no orçamento do Ministério da Saúde (MS) da ordem de 0,8% do PIB que corresponde a cerca R\$ 46 bilhões. Esse projeto seria importante para a sobrevivência do sistema, embora não resolvesse o problema do subfinanciamento, que é histórico. (MENDES, 2015).

Seguindo a esteira de precarização do SUS, em 2016 é aprovada a Emenda constitucional nº 95 (EC-95), que traz como proposta o congelamento dos gastos primários federais por 20 anos. Essa emenda é uma medida de ajuste fiscal, que busca atender à lógica imposta pelo consenso neoliberal às nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, resultando em aprofundamento das iniquidades, recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para um grupo minoritário (MARIANO, 2017). Tais medidas incidem diretamente na redução à participação do Estado em diversas políticas públicas, trazendo prejuízos ao conjunto da população. Essa emenda é a principal medida que compromete a sustentabilidade do sistema, como afirmam Bispo Junior e Moraes (2020).

Nesse contexto, cabe abordar o documento “O Ajuste Justo”, do BM, e que foi lançado em Brasília em novembro de 2017, trazendo a afirmativa de que “O Governo Brasileiro gasta mais do que arrecada e aloca seus recursos de maneira pouco eficiente”. O então economista-chefe do BM para o Brasil e principal autor do relatório, Antonio Nuciforo, traz a falácia de que o ajuste necessário das contas públicas representa um grande desafio para o País, e que é preciso prepará-lo para assegurar um ajuste socialmente justo. Diz ainda que identificaram vários programas do estado brasileiro que são bastante ineficientes e que em vez de reduzir a desigualdade, contribuem para aumentá-la.

A interferência do referido organismo internacional não é recente, visto que, a partir dos anos 1990, se inicia o processo de contrarreforma do Estado, ocorrendo os primeiros impactos sobre o Sistema Único de Saúde, logo após sua criação e desde então “o projeto privatista na saúde vem conquistando hegemonia, defendendo propostas semelhantes às do

BM, que ganha destaque como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma” (SOARES, 2011, p. 88).

Prova disto é um capítulo intitulado “Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços”. Esse item traz propostas para o campo da saúde, que implicam em significativas mudanças no Sistema Único de Saúde e compromete o seu caráter universal e público.

As propostas apresentadas no documento fazem parte de uma política neoliberalizante que desconsidera os direitos sociais, incluindo o direito à saúde pública e universal, impactando, diretamente no SUS, através do seu subfinanciamento. Esse documento, na verdade, serve ao governo como instrumento de convencimento e legitimação das medidas que pretende implementar no país, visto serem impopulares. Esse ponto remete ao pensamento de Gramsci sobre as relações entre Estado e Sociedade civil, ao propor o conceito de Estado ampliado como: “ditadura + hegemonia, isto é, coerção + consenso”. A referida fórmula evidencia que:

(...) a partir de um dado momento do desenvolvimento do sistema do capital e do Estado moderno, a luta anticapitalista se tornará mais difícil justamente porque o poder burguês deixará de se basear apenas, ou em maior medida, na coerção. O poder de dominação da burguesia se tornará sobrejamente, mas “integral” do que até então fora e, portanto, precisará ser combatido como novas ferramentas e estratégias (GRAMSCI, 2001 apud DANTAS & PRONKO, 2018, p.78).

Essa artimanha utilizada como convencimento tem, em certa medida, cooptado alguns segmentos da sociedade. Assiste-se hoje a defesa de medidas duras, como as apresentadas pelo documento, quer seja no campo da saúde, educação e/ou previdência, com a utilização de discursos próprios da burguesia, por parte daqueles que serão os próprios prejudicados.

O pensamento de Gramsci mantém-se atual, quando ele sustenta que:

O exercício “normal” da hegemonia, no terreno tornado clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante em muito o consenso, mas, ao contrário, tentando fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expresso pelos chamados órgãos de opinião pública – jornais e associações –, os quais, por isso, em certas situações, são artificialmente multiplicados (GRAMSCI, 2001 apud DANTAS E PRONKO, 2018, p, 80).

Dessa forma, a sociedade vai assistindo – apassivada – a implantação de medidas de ajuste estrutural do Estado que se dá no processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais duramente conquistados – inclusive o direito à saúde, o que acaba rebatendo no cotidiano dos serviços de saúde. Tudo isto, demonstra que este documento que surge travestido de caráter estritamente técnico, na verdade apresenta claramente seu viés

político, que se expressa através de propostas, que propõe um Estado mínimo e política de ajuste econômico, que prioriza o mercado e ainda a privatização dos serviços bem como, a adoção de políticas focalizadas e excludente.

As propostas contidas no documento somam-se a tantas outras implementadas no campo da saúde, sendo estas ainda mais perversa, dado o seu caráter altamente excludente e perverso com forte defesa de mudanças profundas no setor público e na relação do mesmo como o setor privado. O SUS, sofre duros ataques desde seu nascedouro, a despeito de todo arcabouço legal que o constituiu e que o inscreveu na CFRB de 1988, que garantiu saúde como direito de todos e dever do Estado, como já dito anteriormente.

De início, destaco no documento a afirmativa que diz que o “Brasil gasta mais do que pode e gasta mal”, isso pressupõe que se gasta demais, então é preciso cortar gastos. E quando o governo propõe cortar gastos é sempre os gastos sociais os que mais são atingidos, como se fossem dispensáveis e não prioritários e, assim, se justifica a proposta de políticas sociais focalizadas e mínimas. Ademais, conforme pontua Giovanella, (2017), em sua análise crítica sobre o documento, este apresenta um diagnóstico do setor saúde, que aponta de forma enfática a ineficiência do sistema de saúde, contudo, não abordar questões que se refiram aos elevados juros e gastos financeiros, tão pouco recomenda medidas para diminuir as despesas com o pagamento dos mesmos. Quanto aos gastos, na realidade, o documento aponta que:

Relativo ao seu PIB, o Brasil gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da OCDE e mais do que os seus parceiros, mas a maior parte de tais gastos ocorre fora do setor público. O gasto total com saúde no Brasil (9,2% do PIB) é comparável com a média dos países membros da OCDE 8,9% (BM, 2017, p.110).

Apesar do documento mostrar dados da comparação internacional que apontam que, a proporção de gastos públicos em saúde é baixa, destaca, na verdade, que os gastos totais em saúde no Brasil são tão elevados quanto nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sem considerar que a maior parte desse gasto é realizado no setor privado e mais elevados do que os de parceiros do BRICS. No entanto, como nem sempre é possível se furtar aos fatos, se observa no próprio documento o registro de que o Brasil gasta muito menos do que a média entre os países da OCDE

Para Mendes e Carnut (2017), não se pode comparar o Brasil com os países da OCDE, no que se refere justamente ao gasto total com saúde (privado mais público), uma vez que no Brasil a maior parte desse gasto é de fato destinada ao setor privado, enquanto nos países da OCDE ocorre o contrário, visto que cerca de 80% são financiados pelo público. Desse modo, para os autores, é metodologicamente mais adequado e, também, mais honesto, que a

comparação fosse feita por meio do gasto público, pois assim, seria possível perceber que o gasto do Brasil é muito mais reduzido.

Na verdade, o que isso demonstra é que em vez de cortar gasto, deveria se aumentar os gastos com saúde no país, o que é bem diferente do que afirma o documento ao apontar que o Brasil poderia reduzir 23% na saúde primária e 34% nos serviços hospitalares, mantendo os níveis de resultados (GIOVANELLA, 2017).

Campos (2018) expressa que o documento do BM faz parte de um poderoso movimento político e cultural, cujo objetivo é retroceder os espaços públicos, substituindo-os por processos típicos do mercado, cujo acesso é mediado pela capacidade de compra dos indivíduos e pela concorrência, ou seja, sobrevivência dos mais aptos, o chamado darwinismo social. Seria uma forma de garantir a priorização do econômico em detrimento ao desenvolvimento humano e o ecológico. Para o autor, na saúde, “o receiptuário implica no enfraquecimento e redução da amplitude do SUS, tanto em relação à cobertura populacional quanto aos serviços prestados” (CAMPOS, 2018, p. 1709). Ademais:

As recomendações são insistentes e monótonas pela repetição: privatização, terceirização, parceria público-privada, descentralização com desregulação e fragmentação da rede, fim da gratuidade; enfim, uma trajetória de se produzir um SUS restrito aos muito pobres, funcionando como se fosse mercado, sem a diretriz da solidariedade e a de assegurar direitos (CAMPOS, 2018 p. 1709).

Em síntese, as propostas do BM seguem o viés de cunho liberal, por meio de medidas que propõem o Estado mínimo, com políticas sociais focalizadas, tendo a saúde privada como premissa, sendo o SUS voltado para os que não podem pagar e o setor privado para os que podem pagar pelos serviços, caracterizando a saúde como mercadoria. Cabe, então, enfatizar que a adoção de uma política neoliberalizante por parte do Estado, que desconsidera os direitos sociais, incluindo o direito à saúde pública e universal, tem impactado diretamente o SUS, determinando o seu subfinanciamento, trazendo precariedade ao sistema e lhe roubando a robustez que o sustenta e dá musculatura.

Tudo isso reflete a sociedade capitalista e a correlação de forças existente entre a classe trabalhadora e o capital. Para que o capital imponha sua hegemonia, Iasi (2012) esclarece que, em sua forma madura, parasitária, ele acaba exigindo um grau maior de cooptação e apassivamento do proletariado, e, no dizer de Gramsci, um transformismo, que apresenta uma “absorção gradual, mas contínua, obtida com métodos de variada eficácia, de elementos ativos surgidos dos grupos aliados e mesmo dos adversários e que pareceriam irreconciliáveis inimigos” (GRAMSCI, 2011, apud Iasi, 2012, p.318).

Dessa forma, observa-se o desmonte de direitos duramente conquistados, enquanto parece que a classe trabalhadora assiste a tudo de forma passiva, o que de certa forma acaba por respaldar, ainda que não ativamente, a atual forma de acumulação que se implantou no início do século XXI (IASI, 2012). Verifica-se a ocorrência disso na votação da reforma da previdência, que impacta duramente a vida do trabalhador.

Convém lembrar aqui o pensamento de Poulantzas (2000) sobre o conceito de Estado, que, para ele, é entendido como uma relação social, que se inicia nas lutas de classes e se condensa nas contradições da realidade concreta conforme ilustra bem a realidade atual. Para o autor, o Estado deve ser analisado em termos de dominação política de luta de classes. Numa teoria de Estado capitalista, deve-se considerar não só as relações de produção, mas também a sua reprodução histórica, as transformações que envolveram a reprodução das classes sociais, de sua luta e da dominação política.

Ao se referir ao Estado e as classes dominantes, afirma que:

Em relação principalmente às classes dominantes, em particular a burguesia, o Estado tem um papel principal de organização. Ele representa ou organiza as classes dominantes, em suma representa, organiza o interesse político ao longo prazo do bloco no poder, composto de várias frações de classes burguesas (pois a burguesia é dividida em frações de classes) (POLANTZAS, 2000, p, 128-129).

O autor acrescenta que o Estado é a unidade política das classes dominantes, pois é ele que instaura essas classes como classes dominantes, através dos seus aparelhos (partidos políticos, exército, polícia etc.) A autonomia do Estado, no entanto, é relativa em relação a qualquer fração do bloco no poder, visto que assegura a organização do interesse geral da burguesia sob a hegemonia de uma das diferentes frações. Isso se dá através da condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classe no interior do Estado.

Trouxemos aqui esse aporte teórico como forma de tentar compreender as contradições que se operam no seio das lutas de classe, na qual está presente a luta pela saúde, entendendo o Estado não como uma pura e simples relação, ou a condensação de uma relação, mas como a condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classes conforme pontuado por Polantzas (2000). O Estado, então, seria compreendido como a condensação de uma relação, ou seja: “O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento” (p, 132).

Logo, podemos ver materializado no conteúdo do documento do BM a expressão dos interesses da classe dominante e como aponta a tradição marxista, a superação da sociedade de classes é a única forma de pôr fim, à exploração do homem pelo homem, visto que o Estado é fruto dos conflitos de classes (POLANTZAS, 2000).

As orientações do BM refletem bem as contradições que operam no interior da sociedade capitalista, que busca a manutenção dos interesses do capital, em detrimento dos interesses da classe trabalhadora, destituindo seus direitos e concedendo-lhes o mínimo possível, através de políticas sociais seletivas e focalizadas, contribuindo assim, para um cenário de grande tensionamento no seio da sociedade.

Tais tensionamento se observam, cada vez mais latentes no país, tornando valiosas as colocações de Bispo Júnior e Moraes (2020) que apontam que os valores democráticos, já não são tão apreciados por grande parte da sociedade brasileira. Por essa razão que se observam posturas de valorização do autoritarismo, bem como da necessidade de restrição aos direitos. Sendo tudo isso potencializado por discursos de ódio, intolerância e defesa do que o autor Weffort denominou de apartheid social. Desse modo, as políticas sociais são cada vez mais vista como um bem de consumo.

Os autores constataam, de maneira assertiva, que os valores de solidariedade e justiça social estão perdendo espaço para o individualismo e a meritocracia. Apontam como agravante que a mobilização da comunidade sanitária esmaeceu e, conseqüentemente, o poder de interferir sobre os rumos da política não é o mesmo de antes. Nesse sentido, o contexto governamental que se impõe no país, tem se mostrado nada favorável à consolidação do SUS, frente ao desmonte das bases que constitui o Estado de Bem-Estar Social. Fica evidente, diante de tudo aqui exposto, que “o momento atual é o de maior afronta ao ideário do SUS e de iniciativas mais consistentes para desestruturá-lo desde a proclamação da Constituição, em 1988.” (BISPO JÚNIOR & MORAIS, 2020, P.2).

Desse modo o debate em torno da consolidação dos princípios do SUS perpassa, segundo os autores, pela defesa dos sistemas universais de saúde. Ademais, além das adversidades existentes no país, é preciso analisar a conjuntura internacional e a força dos organismos multilaterais que induzem à restrição dos cuidados em saúde. Outrossim, os sistemas universais passaram a ser questionados sob o pretexto dos elevados custos, baixa efetividade e conseqüente incapacidade dos países em mantê-los, como se pode verificar no documento do BM aqui abordado.

E, assim, é proposto o novo universalismo, ou seja, é ofertado um conjunto de serviços essenciais a todos, mas não a garantia de todos os serviços. “Trata-se da oferta de um pacote

mínimo que limita o direito à saúde e compromete a integralidade” (BISPO JÚNIOR & MORAIS, 2020, P.3).

Cabe registrar que a afronta ao ideário do SUS, que nos é tão caro, se expressou mais recentemente, através da publicação do Decreto 10.530/20 que, apesar de revogado após repercussão negativa, buscava, entre outras medidas, abrir caminho para a privatização da gestão da APS, pilar do Sistema Único de Saúde, cujo papel é fundamental por estar baseada em uma concepção de saúde e não apenas de doença, valorizando a promoção de saúde de acordo com a realidade da população em cada território. Esse decreto, na verdade, abriria espaço para que o capital, que antes tinha seu interesse voltado para os demais níveis de atenção, pudesse atuar e obter lucro. Não à toa que este decreto foi assinado apenas pelo atual Presidente da República Jair Bolsonaro e pelo Ministro da Economia Paulo Guedes, estando dele excluído o MS responsável pela gestão do SUS. Além de tudo, não se respeitou o pacto federativo, uma vez que as decisões relativas ao sistema devem ser resultado do consenso entre os três níveis de governo, municípios, estados e governo federal.

Este decreto foi duramente criticado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) por expressar uma verdadeira ameaça ao caráter universal do SUS, conforme prevê a constituição brasileira. Embora tenha sido revogado, o presidente já verbalizou a intenção de reeditá-lo, sendo necessário que a população, o CNS e demais entidades de defesa do SUS fiquem atentas a novas tentativas de privatização do SUS.

Como se pode observar, apesar da Constituição considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado, este, através dos “poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS” (PAIM, 2018, p.1725). Para o autor, problemas relacionados à falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos e ainda o número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa se destacam, mesmo que as alternativas acionadas impliquem em desvalorização dos trabalhadores da saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho.

Observa ainda o autor que, durante muito tempo, o subfinanciamento crônico era identificado como um dos maiores obstáculos para o SUS. Como forma de contorná-lo, adotavam-se algumas alternativas como a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira, da EC-29/2000 e do Movimento Saúde + 10, que não alteraram de forma efetiva a estrutura do financiamento, uma vez que a percentagem do PIB destinado ao gasto público para à saúde continuou a ser inferior à do gasto privado.

Como podemos ver, com a insuficiência de recursos, o SUS enfrenta problemas tanto na manutenção da rede de serviços, quanto na remuneração dos profissionais de saúde, limitando, assim, os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado, torna-se fortalecida e a ideologia da privatização reforçada, desse modo “prevalece um boicote passivo por meio do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação” (PAIM, 2018, p 1725).

Diante deste cenário, cabe pensar que a realidade ora vigente impacta diretamente em demandas que exigem dos profissionais de saúde, postura ética compromissada com os interesses dos usuários numa perspectiva de ampliação dos direitos, mesmo quando estes estão cada vez mais restritos, sobretudo no campo da saúde. Assim, concordamos com Campos (2018) quando afirma que “a luta pelo SUS depende da luta contra a desigualdade, contra o racismo, contra o machismo, contra a concentração de poder em governantes, gestores, autoridades e assim por diante” (p. 1709).

Portanto, este ajuste estrutural do Estado, ao realizar-se no processo de contrarreforma, torna-se regressivo em relação aos direitos sociais e vai de encontro aos serviços de saúde, em especial na área de oncologia, que é afetada diretamente por conta dos custos no cuidado dos pacientes portadores de câncer (SOARES, 2011).

3.3. Políticas oncológicas e a organização do SUS

O câncer vem ocupando um espaço nas preocupações de saúde pública do Brasil, nas últimas décadas do século XX. Os impactos das transições epidemiológica e demográfica, bem como a organização de políticas, práticas e conhecimentos direcionados ao controle do câncer, foram importantes na afirmação da doença como prioridade na área da saúde, exigindo novas estratégias com objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência das neoplasias no país (INCA, 2018).

A Construção histórica das políticas do controle do câncer no Brasil se dividi em 4 fases, sendo a 1ª fase considerada Pré-SUS. Essa fase compreende o período entre 1971 a 1990, sendo que no início da década de 1970, em um cenário de ampliação do interesse estatal na ampliação da cobertura da saúde pública, chega ao país os primeiros mamógrafos para realização dos exames mamários. Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, o Serviço das Pioneiras Sociais (atual HCIII) adquiri seu primeiro equipamento de mamografia, passando a realizar cerca de 250 exames diários. Já no ano de 1984, num cenário de redemocratização do

país, com o ressurgimento de organizações da sociedade civil, ocorre a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que buscava um cuidado mais ampliado à saúde da mulher, para além do cuidado voltado para ciclo gravídico-puerperal (PORTO; TEIXEIRA; FERREIRA. 2013).

Em 1987 ocorre a criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco), e dentro dele surge o projeto de Expansão da prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino, direcionado como uma das estratégias específicas para o controle da doença no país, conforme apontavam os oncologistas da época. Até ao final da década de 1980, as ações relacionadas ao câncer de mama se limitavam à distribuição de materiais de educação em saúde (cartazes, folders, entre outros) com foco no incentivo ao autoexame das mamas e, também, no incentivo ao exame clínico (PORTO; TEIXEIRA; FERREIRA, 2013).

A 2ª fase, que ocorre a partir da criação do SUS, compreende o período de 1990 a 2003, e sendo consolidado por meio da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), surge com a possibilidade de se desenvolver ações de prevenção dos agravos e de promoção de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, em 1997 é criado o Programa Viva Mulher – na época denominado Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino – que surge como estratégia para a redução da morbimortalidade do câncer de colo, compromisso assumido pelo Brasil na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China em 1995. Posteriormente, a denominação Viva Mulher deixou de ser utilizada, sendo adotado o nome Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Útero e de Mama, que teve papel fundamental na ampliação da cobertura das políticas de controle do câncer e, também, na construção de redes de atores e instituições para lidar com o problema do câncer no país (INCA, 2018).

Esse programa foi uma importante iniciativa voltada para saúde da mulher no campo da oncologia, uma vez que foi criado, com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para a prevenção e de detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (INCA, 2018).

A 3ª. fase, citada por Porto, Teixeira e Ferreira (2013), ocorre Pós-Consenso e compreende o período de 2004 a 2011. Em 2004 é lançado o documento de Consenso de Mama, que é um conjunto de regras a ser seguida pelos profissionais brasileiros, com vistas a detecção precoce da doença.

Este documento começou a ser elaborado em 2003, durante uma oficina de trabalho organizada pela área do MS e pelo INCA, onde contou com a participação de profissionais de

saúde, pesquisadores, gestores e entidades de defesa dos direitos da mulher de todo país. Este documento foi atualizado em 2015, e com o novo Consenso prevê-se a diminuição das taxas de mortalidade, devido ao câncer de mama, em cerca de 20% (INCA, 2015).

Em 2005 diante da magnitude social e o aspecto epidemiológico que o câncer alcança, é instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, sendo regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.439/2005, que estabelece ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2005).

Em 2006, o Pacto pela Saúde reafirma a importância da detecção precoce do câncer, como uma das prioridades nacionais no conjunto de ações de controle proposta pelo pacto. Este documento traz como objetivos e metas para o controle do câncer de mama a ampliação para 60% da cobertura mamográfica e realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme diretrizes do cuidado (BRASIL, 2006).

Em 2007, ocorre o lançamento do Programa Mais Saúde, que vai de 2008 a 2011 e que tem como eixo 2 a Atenção à Saúde, trazendo como determinação a priorização, em todas as medidas, das metas do Pacto da Saúde, no tocante ao controle dos cânceres do colo do útero e mama, entre outros (PORTO; TEIXEIRA; FERREIRA, 2013).

Em 2009, o INCA juntamente com o DataSUS, finalizam o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), ferramenta para o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados, por ele gerado, permitem estimar a cobertura da população alvo, a qualidade dos exames e o intervalo de tempo para a realização dos exames diagnósticos. Trata-se de uma ferramenta essencial capaz de permitir aos gestores de saúde avaliar e monitorar o desempenho de sua rede de serviços diagnósticos (INCA, 2010).

Seguindo a esteira de fortalecimento da trajetória de priorização política do câncer, em 2011, é lançado pelo governo Federal, no estado de Manaus, o Plano de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, que faz parte de um projeto mais amplo de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, cujo objetivo principal é reduzir o tempo entre o diagnóstico e tratamento da doença, com vista a diminuir sua mortalidade. As ações voltadas para essa neoplasia, desenvolvidas até 2014, visam ampliar o acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, sobretudo da mamografia.

A 4ª fase (iniciada a partir de 2013) é denominada por Porto, Teixeira e Ferreira (2013) como “a Era da Qualidade?”. Essa fase revela a preocupação com os métodos de detecção,

sobretudo em relação à mamografia, uma vez que “estudos epidemiológicos têm comprovado a associação entre radiação ionizante e o risco aumentado para câncer de mama, por um período de latência maior do que dez anos, na dependência da dose utilizada” (p.335). Cabe registrar, que em 2012, tendo o objetivo de garantir a qualidade da imagem mamográfica e do laudo realizado, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), sendo responsável pela sua execução o INCA, juntamente com a Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde (INCA, 2021).

Em 2013, substituindo à Política Nacional de Atenção Oncológica, é instituída a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas. O objetivo é a redução da mortalidade e da incapacidade causada por esta doença e também a possibilidade de redução da incidência de outros tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A PNPCC é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde. Em 2014, no âmbito desta política, se estabeleceu incentivos financeiros para a implantação de Serviços de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), bem como de Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do câncer do colo de útero (SRC) nos estados e municípios (CABRAL, 2017).

Em 2015, ampliando-se as recomendações para detecção precoce do câncer, aprova-se as novas Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, que apresenta resultados de revisões sistemáticas da literatura referentes a segurança e eficácia de tecnologias de rastreamento, como mamografia, autoexame e exame clínico das mamas; ressonância nuclear; ultrassonografia; termografia e tomossíntese, além de estratégias relacionadas à conscientização à identificação de sinais e sintomas e a confirmação diagnóstica em um único serviço (INCA, 2015).

Faz parte da Assistência Oncológica um conjunto de procedimentos que envolvem os diferentes níveis de atenção, sendo eles: AB, que trata das ações de caráter individual e coletivo, voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce; Média Complexidade, que tem como objetivo realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos e Alta Complexidade que tem como objetivo

determinar a extensão da neoplasia, realizar o tratamento adequado, com garantia de qualidade da assistência envolvendo atividades ambulatoriais como consultas, exames de diagnóstico, tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, e atividades hospitalares. O tratamento desta doença também é obrigatório tanto em Centros Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) quanto em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), diferenciando apenas a radioterapia, que é obrigatória para os Cacons e facultada as Unacons (BRASIL, 2005; INCA, 2019).

Como se pode observar, o câncer de mama é prioridade na agenda de saúde do Brasil, sendo considerado um problema de saúde pública, devido a sua alta incidência e mortalidade.

4 CÂNCER DE MAMA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O Câncer de mama é considerado um problema de saúde pública e de acordo com as últimas estatísticas mundiais em 2018 ocorreram 2,1 milhões de novos casos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados, correspondendo a um risco estimado de 55.2/100mil. e 627 mil óbitos pela doença no mundo (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2018 apud INCA, 2020).

No Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022 são de 66.280 novos casos de cânceres em mulheres, segundo os dados de estimativa para o período apresentados pelo INCA (INCA, 2020). Especificamente na cidade do Rio de Janeiro a estimativa aponta que só para o ano de 2020 a cidade pode ter mais de 4 mil novos casos, estando na primeira posição entre os tipos tumorais acometidos em mulheres, conforme é apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Estimativa dos cinco principais tipos de tumores, excetuando-se pele não melanoma, das taxas brutas e ajustadas, acometidos em mulheres para o período de 2020 na cidade do Rio de Janeiro para cada 100 mil habitantes.

Localização Primária	Casos Novos	Taxa Bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	4.440	124,79	73,36
Cólon e Reto	1.410	39,56	21,77
Glândula Tireoide	980	27,47	14,50
Colo do útero	720	20,23	14,51
Traqueia, Brônquio e pulmão	670	18,86	11,42

Fonte: INCA, 2020.

Como pode se verificar nos dados acima, a estimativa de casos novos da doença para a cidade representa uma taxa ajustada de 73,36 dos casos de câncer em mulheres. As estatísticas apontam ainda, que este tipo de câncer – sem considerar os tumores de pele não melanoma, é

o mais frequente em todas as regiões do Brasil, com um risco estimado de 81,06 por 100 mil habitantes na Região Sudeste; de 71,16 por 100 mil habitantes na Região Sul; de 45,24 por 100 mil habitantes na Região Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil habitantes na Região Nordeste; e de 21,34 por 100 mil habitantes na Região Norte.

Segundo o INCA (2020), este tipo de câncer tem relativamente bom prognóstico, se diagnosticado cedo e tratado oportunamente, no entanto as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, uma vez que, de acordo com os dados ajustados para a população mundial temos uma curva ascendente, o que representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. No Brasil dados apontam a ocorrência de 16.724 óbitos por câncer de mama feminina no ano de 2017.

A mortalidade por câncer de mama está ligada principalmente ao acesso ao diagnóstico e tratamento adequado no tempo necessário, nesse sentido sugerem que a superação das barreiras para redução da mortalidade por câncer de mama, envolve além do acesso à mamografia de rastreamento, também o controle dos fatores de risco conhecidos e, sobretudo, a estruturação da rede assistencial para rápida e oportuna investigação diagnóstica e acesso ao tratamento de qualidade (INCA, 2019).

A superação de barreiras para o acesso ao diagnóstico e tratamento se mostra mais que necessária, diante das estimativas apresentadas. A esse respeito Barros, Uemera e Macedo (2012) diz que a alta taxa de mortalidade nas nações menos desenvolvidas pode ser explicada sobretudo pela falta de programas de detecção precoce, “resultando em uma grande proporção dos casos de câncer de mama diagnosticados em estágio tardio, que não poderiam ser curados nem em países ricos” (p.32).

Segundo os dados demonstrados pelo Painel-Oncologia (INCA, 2019b), até maio de 2019, o intervalo entre o diagnóstico do câncer de mama e o primeiro tratamento no SUS, ocorreu em mais de 60 dias em mais de 50% dos casos. No quadro 2 são apresentados estes números retirados do painel, entre o período de 2013 e os cinco primeiros meses de 2019.

Quadro 2 – Número de casos de câncer de mama segundo ano do diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento no SUS.

Ano	0 a 30 dias	31 a 60 dias	Mais de 60 dias	Sem informações de tratamento	Total
2013	9.362	6.419	17.989	12	33.782
2014	9.191	6.380	18.082	326	33.979
2015	8.959	6.702	17.701	402	33.764
2016	9.229	7.408	18.349	421	35.407

2017	9.217	7.779	19.121	516	36.633
2018	11.475	8.139	15.672	2.746	38.032
2019	2.307	731	151	3.074	6.263
Total	59.740	43.558	107.065	7.497	217.860

Fonte: INCA, 2019b

Pode-se notar no quadro acima que os números de 2018 apontam um empenho maior em iniciar os tratamentos dentro do prazo legal, porém o número de casos sem informações de tratamento mascara parte da informação.

Existem vários tipos histológicos de câncer de mama, por essa razão, a doença pode evoluir de diferentes formas. Causada pela multiplicação desordenada de células da mama, isto acaba gerando células anormais que se multiplicam, formando um tumor. Alguns tipos apresentam desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente, devido a característica próprias de cada tumor. O aparecimento de nódulo é um dos sintomas mais comuns, que geralmente é indolor, duro e irregular, porém também podem apresentar consistência branda, globosos e bem definidos (INCA, 2019).

A heterogeneidade deste tipo de câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas e, também, por diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. Entre o espectro de anormalidades incluem-se as hiperplasias e os carcinomas, sendo o tipo histológico ductal infiltrante (presente no ducto mamário) o mais comum, compreende entre 80 e 90% do total de casos. Há, ainda, outros sinais que podem indicar a possibilidade da doença, como edema cutâneo, semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor; inversão do mamilo; hiperemia; descamação ou ulceração do mamilo; secreção papilar, especialmente transparente; ou ainda linfonodos palpáveis na axila. O tratamento dessa patologia depende da fase em que a doença se encontra, ou seja, do estadiamento e do tipo tumoral, podendo incluir como tratamento local: cirurgia e radioterapia e tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (terapia alvo) (INCA, 2019).

No que se refere a assistência a essa patologia, o tempo de atraso compreende três momentos distintos, sendo o primeiro momento compreendido da ocorrência dos primeiros sintomas até a primeira consulta médica; o segundo momento compreende o período transcorrido entre a primeira consulta até o primeiro acesso a unidades especializada; e o terceiro momento compreende o tempo transcorrido entre a primeira avaliação na unidade especializada e o início do tratamento (TRUFELLI et al., 2008; MEDEIROS et al 2015).

Importa enfatizar que a doença quando diagnosticada ainda no início, o tratamento tem maior potencial curativo e no caso de já possuir metástase – quando se espalha para outros órgãos – o tratamento busca prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida, não tendo mais possibilidades curativas (INCA, 2015).

Contudo, existem duas estratégias de detecção precoce da doença, que são o rastreamento e o diagnóstico precoce. O Rastreamento consiste na aplicação de teste ou exames numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí encaminha-se as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (MIGOWSKI et al, 2018).

A estratégia de diagnóstico precoce busca contribuir para a redução do estágio da doença. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e, também, dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Cabe lembrar, que a detecção precoce é uma forma de prevenção secundária, que visa identificar o câncer em seu estágio inicial, fase em que a doença pode ter um melhor prognóstico. É necessário esclarecer que as ações de prevenção primária têm por objetivo evitar a ocorrência da doença e suas estratégias estão voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco, contudo os métodos existentes para detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência, mas podem reduzir a mortalidade pela doença (INCA, 2015).

Nesse sentido, a estratégia de diagnóstico precoce, mais aceita mundialmente nos últimos anos, é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado (INCA, 2015). Na figura 1 podemos ver o esquema deste tripé e sua importância no combate a esta doença grave, principalmente para as mulheres.

Figura 1 – Esquema do tripé fundamental para o diagnóstico precoce do câncer de mama.



Fonte: A autora, 2021.

Essa estratégia se mostra bastante relevante, uma vez que o diagnóstico precoce representa a intervenção mais importante para o controle da doença e necessita de ações conjuntas e o envolvimento de vários atores para garantir a integralidade da assistência.

Entretanto, vale enfatizar que o sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda estimulada, assim, como prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama (INCA, 2015).

Para Traldi (2016) o diagnóstico precoce está associado a melhores prognóstico, bem como a chances de cura em mais de 90% dos casos. Ademais, a demora no diagnóstico e no efetivo início do tratamento tem sido relacionado à menor sobrevida “tempo superior a três meses entre o surgimento dos sintomas e o início do tratamento reduz a sobrevivência total em 12%” (p.186).

Cabe enfatizar que em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer vem diminuindo. Desse modo as evidências do impacto do rastreamento na mortalidade justificam sua adoção como política de saúde pública (INCA, 2015).

Se faz necessário esclarecer, que o autoexame das mamas, que surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos e aplicado no Brasil, no final da década de 1990, como estratégia para reduzir a ocorrência do diagnóstico de tumores de mama em fase avançada, mostraram que ele não reduzia a mortalidade. Assim, diversos países passaram a adotar a estratégia de

breast awareness, que significa estar alerta para a saúde da mama (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008, apud INCA, 2015).

Assim, a orientação é que a mulher realize a auto palpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para fazê-lo, seja no banho, ao trocar a roupa ou em outra situação do seu cotidiano. Sem qualquer recomendação técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É importante que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que perceba alguma alteração. Neste sentido a política de alerta à saúde das mamas, destaca a importância do diagnóstico precoce e busca dar orientações à população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama (INCA, 2015)

A mamografia, no que se refere a detecção precoce para o câncer de mama, é o método preconizado para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher, sendo o único exame que tem a aplicação em programas de rastreamento com eficácia comprovada na redução da mortalidade dessa patologia ele é rotineiramente recomendado para mulheres de 50 a 69 anos em período bienal, ou seja, a cada dois anos. A adoção dessa faixa etária e a periodicidade são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama. Tais condutas baseiam-se em evidência científica, que apontam o benefício dessa estratégia na redução da mortalidade, nesse grupo e, também, no balanço favorável entre risco e benefício. Para outras faixas etárias a periodicidade é diferenciada e a indicação do exame de mamografia será definido a critério médico (INCA, 2015).

Em relação à política de rastreamento realizada em outros países, a União Europeia adota as mesmas características aplicadas no Brasil, ou seja, a cada dois anos para mulheres na faixa de 50 a 69 anos. Os únicos países europeus que adotam políticas diferenciadas são o Reino Unido e Malta, que tem como recomendação para o exame de mamografia a periodicidade de três anos. Nos países vizinhos ao nosso, as políticas também se apresentam com pequenas diferenças, sendo na Argentina a mesma recomendação de exame bienal, porém na faixa etária de 50 a 70 anos. Já para o Chile e o Uruguai o rastreamento é aplicado na mesma faixa etária, de 50 a 64 ano, porém no Chile a cada três anos, enquanto no Uruguai a periodicidade é anual (KUHNS, SANTADA E MERCES, 2018).

No que diz respeito aos riscos e benefícios desta política de rastreamento, cabe registrar a importância do exame de mamografia, pois este traz a possibilidade de se detectar a doença no início, permitindo, desse modo, um tratamento menos agressivo e com melhor prognóstico. Todavia, há riscos presentes como a possibilidade de diagnóstico falso-positivo,

quando ocorre a indicação da doença sem que ela exista, causando ansiedade na mulher até a confirmação; o caso de resultado falso-negativo, onde não é identificada a patologia presente; e o risco de câncer radioinduzido pela exposição às radiações ionizantes de forma excessiva e frequente (INCA, 2015; SILVA, 2018; MIGOSWIKI, et al., 2018).

A esse respeito, Silva (2018) refere que a revisão das evidências publicada por Migowski e cols. (2018) confirmou, que apesar das controvérsias existentes, as evidências científicas como um todo confirmaram a redução de 20 a 25% na mortalidade por câncer de mama, através do rastreamento mamográfico bienal em mulheres de 50 a 59 anos, conforme é recomendado no Brasil, corroborando dessa forma com a importância que tem o exame na detecção precoce do câncer.

Entretanto, diferente desta recomendação de rastreamento bienal que é aplicada no SUS e seguida também pela da OMS, associações médicas como a SBM recomenda a mamografia de forma anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade e, ainda justifica tal recomendação considerando que no país a prevalência do câncer de mama é evidente a partir dos 40 anos de idade (SBM, 2017).

Vale lembrar que a mamografia diagnóstica, para fins de investigação de alguma lesão suspeita, pode ser solicitada em qualquer idade, a critério médico, entretanto não apresenta uma boa sensibilidade em mulheres jovens devido a densidade do órgão e dificultando o diagnóstico. A mamografia, associada ao exame clínico das mamas, ainda é a melhor estratégia a ser adotada para uma detecção precoce (INCA, 2015).

Embora com toda ênfase dada a mamografia, as mulheres ainda encontram dificuldades para realizá-la, visto que estudo concluído pela SBM em parceria com a Rede Brasileira de Pesquisa em Mastologia, revela que o percentual de cobertura mamográfica de 2017 nas mulheres da faixa etária entre 50 e 69 anos, atendidas no SUS, é o menor nos últimos cinco anos. Apontam que eram esperados 11,5 milhões² de mamografia realizadas, porém foram realizadas apenas 2,7 milhões, uma cobertura de 23,5%, ficando bem abaixo dos 70% recomendados pela OMS. Para o coordenador da pesquisa, as regiões do país que apresentam as menores cobertura continuam sendo a Norte e Centro-oeste. O estudo ainda complementa que o governo federal investiu apenas R\$ 122,8 milhões dos R\$ 510,7 milhões

² Os dados referentes ao número de exames realizados em 2017 foram coletados do Sistema de Informações Ambulatorial (SIA) do Datasus, de acordo com os códigos de procedimentos 020130030 (Mamografia) e 0204030188 (Mamografia Bilateral para Rastreamento). Quanto ao número de exames esperados foi calculado de acordo com o número de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e as recomendações do INCA para rastreamento bienal (Brasil, 2017) Para o cálculo do número de exames esperados considerou-se 58,9% da população-alvo, tendo em vista a recomendações do INCA (SBM, 2017).

previstos para atender ao número esperado de mulheres na referida faixa etária, onde o câncer é mais incidente (SBM, 2018).

Este fato também foi apontado por Xavier e cols. (2016), que complementou que o procedimento de agendamento e realização da mamografia ainda é o principal motivo para o baixo número de exames realizados. Ao analisarem a cobertura de mamografia, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde, pontuam que a análise do grau de cobertura da mamografia torna possível uma avaliação da resposta das Regiões de Saúde às demandas, que podem vir a ser equacionadas e solucionadas pelo compartilhamento de recursos dos municípios que as compõem, além de avaliar que as referidas Regiões de Saúde foram definidas de forma a otimizar os recursos e o acesso aos serviços de saúde. De modo geral, para os autores, há uma situação de baixa cobertura para a população-alvo no âmbito do SUS, isto justificado por uma relação de baixa cobertura da população e aspectos ligados a condições socioeconômicas das regiões e estados.

Outras dificuldades são apontadas como a falta de profissionais qualificados para operar os equipamentos; a dificuldade de acesso em função da distribuição geográfica; a ineficiência nos processos de planejamento de manutenção preventiva e corretiva, que acabam deixando o equipamento inoperante por longos períodos no ano; e a falta de um sistema de controle de qualidade que garantam eficiência do produto que se quer obter (XAVIER et al., 2016).

4.1. Redes de Atenção à Saúde para o Câncer de Mama

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizadas por meio de pontos de atenção à Saúde, que são locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. A RAS tem como centro de comunicação a AB de Saúde, que se configura como a ordenadora do cuidado, uma vez que possui o caráter estratégico na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por possuir maior capilaridade e capacidade de identificar as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

Para Mendes (2011) os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos, devendo então operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários, uma vez que a situação de saúde atual, é marcada pela transição demográfica acelerada que se expressa pela tripla carga de doenças infecciosas (causas externas e condições crônicas). Para o autor essa situação de saúde, não se alterada com um “sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado,

prioritariamente, para o enfrentamento de condições agudas e das agudizações das condições crônicas” (p.18).

Desse modo, torna-se necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS. Para que isso ocorra é preciso envolver a implantação das redes de atenção à saúde, que por sua vez, se constitui numa nova forma de “organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitem responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira” (MENDES, 2011, p.18). Nesse contexto as RAS se inserem como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado.” (MENDES, 2011, GOLDMAN et al., 2019).

Logo, a implantação das RAS à Saúde, infere mudanças radicais no modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS e aponta para necessidade de implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas dos usuários da saúde. Ademais coloca a AB à saúde como o centro de comunicação das redes e níveis de atenção, favorecendo a integração e articulação entre os serviços de saúde e os diferentes níveis de complexidade (MENDES, 2011; PIMENTEL, 2017).

Neste sentido, os gestores, por deterem a capacidade de organizar as RAS em várias possibilidades de conexão podem vir a facilitar ou restringir o acesso da população à assistência. Ademais, o sistema de governança pode, a seu critério, estimular as ligações transversais de atendimento, além de indicar os possíveis centros com potencial de expansão (GOLDMAN, et al., 2019).

Outrossim, no que se refere as ações exitosas para o controle do câncer de mama, estas incluem empreendimento ampliado, multidimensional e em diferentes níveis multidimensional e em vários níveis de implementação e efetiva localização da unidade básica de saúde (UBS), bem como o percurso necessário para a realização de exames diagnósticos e terapêuticos, uma vez que o usuário deverá utilizá-lo com frequência durante todo o seu processo de tratamento. Ainda para as autoras, como forma de otimização da rede, “a posição dos serviços de atendimento e local de moradia da população, os meios de transporte disponíveis, a distância, o tempo e os custos envolvidos no deslocamento precisam ser aquilatados durante a composição da rede” (GOLDMAN, et al., 2019).

Cabe registrar que a RAS, em sua matriz conceitual, além de afirmar a regionalização, hierarquização e a descentralização como princípios a serem seguidos, também recoloca a APS como sendo a principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, sendo está a

responsável pela coordenação do cuidado, inclusive no encaminhamento dos que necessitam ser atendidos nos pontos de atenção, que são os locais que oferecem ações e serviços em saúde de diferentes níveis e densidade tecnológica (INCA, 2015).

No que se refere a detecção precoce e confirmação diagnóstica do câncer de mama, o INCA afirma ser necessário que a RAS, siga cuidadosamente os fundamentos de economia de escala e escopo, acesso, eficiência clínica e sanitária e níveis de atenção. Partindo dessa compreensão, “destaca que a disponibilização de tecnologias e procedimentos que possuem maior densidade tecnológica e com baixa ou média frequências de utilização, invariavelmente, depende da existência de especialista com expertise e habilidades especiais.” (INCA, 2015, p.20). Essa lógica acaba por conduzir os gestores à organização e ao uso racional dos recursos locais disponíveis, seja na APS, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Considerando que esse universo de ações e serviços de saúde é o local onde o cuidado assistencial de fato ocorre, “fica evidente a importância de implementar, divulgar e disseminar as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama entre os gestores e profissionais de saúde que trabalham na e para a RAS” (INCA, 2015 p.21). Para que a RAS, possa de fato cumprir seu papel é fundamental que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado, sendo responsável pelo fluxo do usuário na RAS (BRASIL, 2015).

Considerando ainda à importância da AB na coordenação do cuidado em saúde, buscaremos a seguir abordarmos o tema, na perspectiva de compreender a sua importância na perspectiva do acesso ao diagnóstico do câncer de mama. Com essa abordagem se pretende buscar subsídios que contribuam para compreensão das questões imbricadas no processo que envolve o acesso das mulheres ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, no contexto atual de saúde.

4.2. Atenção Básica e sua importância para a Saúde

Como demonstrado a AB se apresenta como eixo estruturante do SUS, bem como se constituiu no primeiro nível de atenção da RAS. além disso é considerada a ‘porta de entrada’ dos serviços de saúde, portanto consideramos importante abordá-la para melhor compreender o seu papel na garantia do direito à saúde da população, através de ações de promoção e proteção da saúde. Cabe esclarecer que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passou a considerar os termos APS e AB equivalentes, o mesmo, se aplica a este trabalho (BRASIL, 2017).

A AB ou APS, ocorre em todo o país, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e, também, de acordo com as condições de vida da população

atendida. As unidades básicas de saúde (USB), local onde trabalham as equipes de saúde da família (EqSF) se constituem no principal equipamento que define a porta de entrada do usuário do SUS.

Segundo nos aponta Starfield (2002) a APS é,

aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (p.28).

Desse modo, ela é o primeiro ponto de atenção à saúde, que tem como um de seus objetivos, “o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandam ações de maior complexidade.” (GONDIM et al., 2011, p. 95)

Para Fausto e cols. (2014) entende-se que os serviços de APS devem ser definidos como serviço de primeiro contato, para cada novo problema de saúde, quer sejam novos ou antigos, prevenção e recuperação, constituindo-se em uma porta aberta e, também resolutive, lembrando que esta, “envolve a facilitação do acesso com atendimento oportuno, às demandas dos usuários, com horários adequados de funcionamento das unidades” e ainda “acolhimento e atendimento rotineiro da demanda espontânea.” (p.15) A capacidade de resolução a essas demandas, relaciona-se à ampliação da oferta de ações pela EqSF e do apoio dos demais profissionais.

Nesse contexto se insere o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como parte integrante de uma equipe multiprofissional. Melo e cols. (2018) apontam que diferentes estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, principalmente nas áreas mais pobres.

Convém citar que AB tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS, dessa forma ela acompanha os usuários longitudinalmente, ainda que demande um serviço especializado ou mesmo de uma internação, sendo responsável pela articulação dos diversos serviços sobre os profissionais, sendo ainda a responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição dos fluxos e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

Ademais, quando ocorre a existência de mais de um problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde, além disso, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, quer sejam básicos, quer

sejam especializados, direcionados para a promoção, manutenção e a melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Importa registrar, que a AB deve ser capaz de diagnosticar, de forma mais precoce possível, as situações de risco que estejam acima da sua capacidade de resolução, promovendo dessa forma, o acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca de otimizar a assistência, a melhoria do cuidado e a resolução dos gastos, estabelecendo uma continuidade da atenção à saúde (GONDIM et al., 2011).

Sendo o acesso ao tratamento do câncer, objeto deste trabalho, vale destacar que dentre as ações desenvolvidas pelas equipes da AB, se destacam as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Considerando a alta incidência e mortalidade dessas patologias, cabe aos gestores e profissionais de saúde a responsabilidade de realizar ações que visem ao controle desses tipos de câncer e ainda que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

Para auxiliar na qualificação dessas ações, foi elaborado pelo MS o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, esse material tem o intuito de apoiar os profissionais que atuam na AB e de sistematizar as ações para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013b)

Desse modo, é realizada uma ampla abordagem sobre esses tipos de cânceres, destacando-se ações de promoção, detecção precoce e controle com enfoque na AB. No que se refere a ações de promoção, estas ocorrem sobretudo, neste nível de atenção, por estar mais próxima do cotidiano das mulheres e por também acompanhá-las ao longo da sua vida, outrossim as abordagens educativas necessitam estar presentes no processo de trabalho das equipes, sejam em momentos coletivos, como grupos por exemplo, ou em consultas individuais. Lembrando, que é de suma importância a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, como também dos sinais de alerta que podem significar câncer (BRASIL, 2013b).

Enfatizamos que esse nível de atenção, tem como principal estratégia à saúde da família, está por sua vez, aprofunda os processos de territorialização e de responsabilidade sanitária das equipes de saúde, que vem a ser composta por clínico geral, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os já citados ACS, “cujo trabalho é referência de cuidado para a população adscrita, com um número definido de domicílio e famílias assistidos por equipe.” (MATTA & MORONINI, 2009, p.27).

Os autores, contudo, abordam que os desafios persistem e, também, indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, ou seja, média e alta complexidade, de forma que possa vir a garantir o princípio da integralidade, indicam ainda a necessidade de ajustes permanente das ações e serviços locais de saúde, voltados à apreensão da ampliação das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

No que se refere a integralidade enfatizamos que aqui ela é pensada, na perspectiva de Pinheiro e cols. (2016), quando afirma que “como uma prática de luta política, indissociável da universalidade e da equidade, pois é materializada, no cotidiano, de gestão e de controle pela sociedade.” (p.16). Tais práticas, para os autores, produzem espaços de diálogo entre os diferentes atores que interagem na vivência humana, seja dentro ou fora dos serviços de saúde, que “ao melhor compreenderem as necessidades em saúde, medeiam negociações de ações articuladas em diferentes espaços e níveis de atenção do sistema de saúde” (p.16).

Outrossim, a garantia da integralidade do cuidado, não é resultado da batalha individual e muitas vezes desesperada de cada indivíduo, mas uma responsabilidade do sistema de saúde (CECILIO, 2009). Nesse sentido a integralidade não se constitui apenas numa diretriz do SUS, como bem pontuado por Mattos (2009), é uma “bandeira de luta”, que para o autor refere-se a um “conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.” (p.45).

Como se pode observar a AB guarda estreita relação com a garantia do acesso das usuárias aos serviços de saúde, sendo importante o seu fortalecimento, porém retrocessos vem ocorrendo que impacta os serviços prestados à população, portanto se faz necessário abordarmos esses retrocessos.

Convém, antes de tudo, registrar que a AB tem o seu fortalecimento a partir do Pacto pela Saúde de 2006, ano em que ocorre a primeira edição da PNAB que a ampliou, ao incorporar os atributos da APS de forma abrangente, reconhecendo o escopo e a concepção a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Neste mesmo ano a APS, teve seu fortalecimento por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que consolidou-se como uma das dimensões prioritária do referido pacto (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Numa perspectiva de fortalecimento da AB em 2011 ocorre a segunda edição da PNAB, que por sua vez, buscou preservar a centralidade na ESF para consolidar uma APS forte, capaz de estender a cobertura, promover cuidados integrais e desenvolver a promoção

da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo do SUS e de coordenação do cuidado e de ordenação da RAS. (BRASIL, 2017)

No que se refere a cobertura, dados do MS indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, sendo que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo ocorrendo por meio de novos serviços, modalidades e arranjos de equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda que se reconheça a persistência de problemas no acesso, na qualidade e, também na continuidade da assistência, alguns estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações por causas evitáveis e dos gastos hospitalares e para melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em 2017 temos a terceira edição da PNAB, que traz como categoria marcante a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, o que se expressa em pretensa flexibilidade, sob a justificativa da necessidade de atender especificidades locais/regionais (MELO et al., 2018).

A descontinuidade é facilmente verificada no texto da nova PNAB quando nele se coloca a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF no mínimo um, de forma a vincular este quantitativo aos territórios considerados de maior risco e mais vulnerabilidade e ainda com a recomendação de unificar suas ações com as dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), sendo este incorporado a EqSF, além de facultar competências que atualmente são desempenhadas por técnicos de enfermagem, como aferição de pressão entre outras (MELO et al., 2018).

Para Morosini; Fonseca e Lima. (2018) corre-se o risco de serem recompostas barreira de acesso à saúde por parte da população, lembrando que o ACS é um trabalhador que deveria ser o elo entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso, bem como proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS.

Outro princípio com o qual a nova PNAB se descompromete é a integralidade. Isso ocorre por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para AB, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Tais padrões se diferenciam como essenciais, que por definição são as ações e procedimentos básicos, que devem ser garantidos pelas equipes em todo o país; e os ampliados, que correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para que se avance e alcance padrões elevados de acesso e qualidade na AB (MELO et al., 2018).

Entretanto, o risco, colocado pela diferença existente entre os serviços essenciais e ampliados, é o retorno da lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e

a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no âmbito do SUS, a partir da APS (MOROSINI; FONSECA, LIMA, 2018).

No caso específico do município do Rio de Janeiro (MRJ), em 2017, o então governo municipal recém-eleito com uma forte base social por meio de setores evangélicos, apontava continuidades e prioridades novas na saúde, como a criação de centro de especialidades, implantação antes do final do primeiro mandato de 1.251 EqSF e instituiu o plano municipal de saúde de 2018-2022, que prevê a ampliação em território de maior vulnerabilidade social. No entanto, no ano seguinte o documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) intitulado Reorganização dos Serviços da APS – Estudo para Otimização de Recursos, previa a extinção de 184 EqSF e 55 equipes de saúde bucal, propondo-se nova tipologia de equipes com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e grande quantitativo de usuários por equipe, apresentado, porém, como estratégia para qualificar e otimizar os serviços (MELO et al., 2018).

Cabe enfatizar que esta proposta tem como centralidade a noção de produtividade e propõe critérios para definir cortes de equipes e justificar sua permanência ou mudanças, adotando arranjo previsto na PNAB. Nesse contexto, cabe registrar a postura do Conselho Municipal de Saúde (CMS) que se destacou pela elaboração de um documento consistente de análise da proposta do MRJ e por deliberar pela não redução do quantitativo de EqSF.

Melo et al. (2018) apontam que a crise atual da APS no MRJ, parecer ser resultante de combinação de elementos locais e nacionais, que são: as decisões de cunho municipais, a PNAB, a crise econômica e do SUS e o avanço do gerencialismo³. Os autores apontam ainda, três aspectos desse processo, sendo o primeiro a parceria com as OSS, que intervém na lógica tradicional, que diz respeito ao vínculo empregatício e a representação dos trabalhadores com os empregadores.

Importa aqui, trazer essas considerações à cerca da APS, visto que os retrocessos observados, afetam à garantia do acesso à saúde, prejudicando a população usuária, outrossim, ela é parte integrante da linha de cuidado do câncer de mama, configurando-se como primordial nesse processo.

³Para melhor compreender o termo citamos Morosini (2018) que diz “percebemos que o gerencialismo, compreendido como a expressão do ‘espírito’ do Toyotismo na gestão pública, desempenha um papel muito importante, sendo o principal vetor de disseminação do trabalho estranhado entre os trabalhos públicos” (p.182), ademais, “o gerencialismo, forneceu a base racional da ‘Nova Gestão Pública’(NGP) que foi promovida pela contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, visando a substituição da administração de base burocrática por estratégias gerenciais oriundas do setor privado (...)” (MOROSINI, 2018, p. 182).

Ademais, diante do exposto aqui, é preciso mais do que nunca, considerar que os princípios do SUS, duramente conquistados, “deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Que, portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados”, quer seja por conta da tão falada crise econômica, quanto por atender às necessidades do mercado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018 p. 22).

Cabe considerar que:

A experiência de acesso dos indivíduos no contado direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social – o direito a ter saúde – que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO & COSTA, 2010, p. 799).

Sendo assim, a AB considerada a porta de entrada da rede, deve estar organizada de forma a garantir o direito à saúde da população e para tanto a que se pensar no impacto da redução das equipes, visto a complexidade das demandas em saúde, sobretudo em oncologia, dada a especificidade que envolve o câncer e sua magnitude no cenário nacional.

Todavia, ocorre mais um retrocesso no campo da AB, visto que, no início de 2020 foi publicada a Nota Técnica nº 3/2020 do MS, que trouxe como proposta a revogação das normas que definem os parâmetros e custeio do NASF e da AB. Com a desvinculação, o MS, não realizará mais o credenciamento para o NASF e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas (BRASIL, 2020).

Ligia Giovanella, pesquisadora da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e Coordenadora da Rede de Pesquisa em APS em entrevista⁴ concedida à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), menciona que na referida nota técnica, não há, qualquer menção direta sobre a extinção do NASF, no entanto acabam com o financiamento específico e liberam secretários municipais e estaduais de saúde para adotarem qualquer tipo de modelo, ou até mesmo a não adotar nenhum modelo.

Ora, com tais medidas o NASF, que foi criado em 2008 tendo como objetivo consolidar a APS, buscando promover uma atuação integrada entre as equipes de referência em saúde, por meio do trabalho interprofissional, isto é, de colaboração entre todos os profissionais que integram este nível de atenção, e acaba por ser desmontado, uma vez que

⁴ Entrevista disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>

sem financiamento não tem como subsistir. Dessa forma a AB sofre profundo abalo em sua estrutura, o que compromete sobretudo as ações de detecção ao câncer de mama, dentre outras ações. Tal situação pode abrir caminho para uma significativa mudança no modelo de atenção hoje vigente, que pode ser considerado o mais adequado para garantir a efetividade das atribuições da APS. Além do mais, os princípios de universalidade e equidade podem ser seriamente ameaçados, e as ações preconizadas na linha do cuidado esvaziadas.

4.3. Atenção Básica e o Cuidado no Câncer de Mama

A abordagem dada ao câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção e depende da articulação entre eles, para que se alcance o melhor resultado das ações de controle. Nesse contexto citamos as linhas de cuidados que são estratégias para organizar o fluxo de usuários no sistema de saúde conforme suas necessidades. (INCA, 2019).

Traldi e cols. (2016) abordam que a linha de cuidado “é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais demandados em situações de saúde/doença para garantir o atendimento às necessidades de saúde” (p. 189), no que se refere ao câncer de mama, quando aplicada “é o itinerário que a usuária percorrer para garantir acesso à assistência integral de que necessita” (p. 189) e nesse processo inclui-se ações oferecidas por entidades comunitárias e sem fins lucrativos, integradas na rede para dar suporte social ao paciente e também à família. Para que isso se efetive vai depender, segundo as autoras, da pactuação do fluxo entre os serviços e da organização dos processos de trabalho.

Logo, segundo Traldi e cols. (2016) a quebra no fluxo dos serviços ou a falta de articulação entre eles pode dificultar o percurso dos usuários na rede e atrasar a concretização das ações, o que acaba por retardar o diagnóstico, o início do tratamento ou até ações de natureza social, que é essencial em situações de vulnerabilidade social.

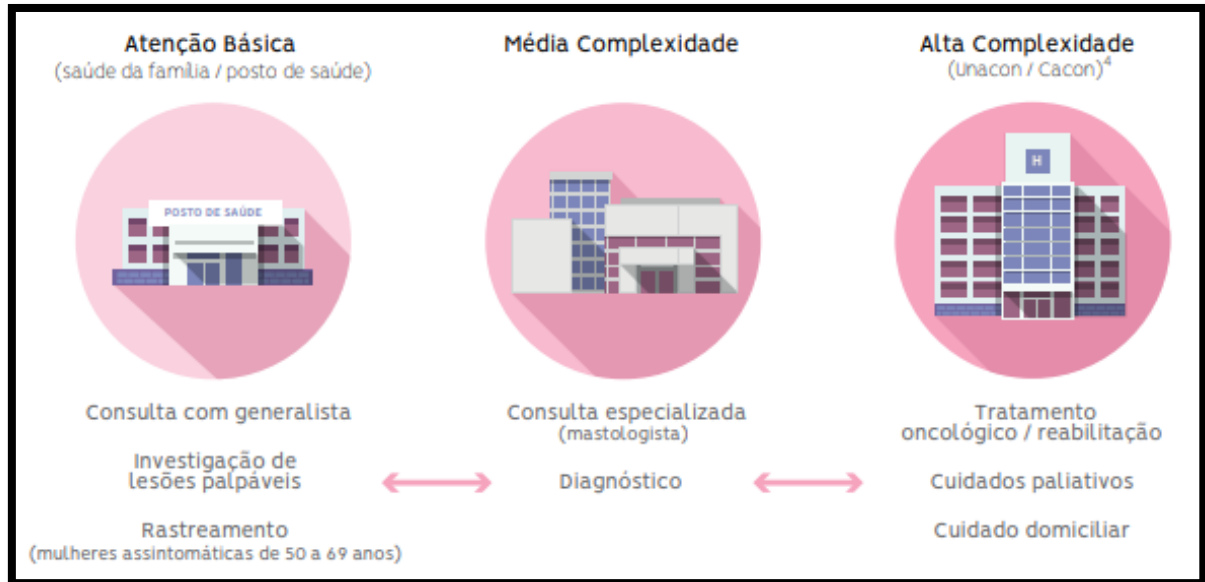
Traldi e cols. (2016) em seu estudo descritivo e seccional, realizado com 45 mulheres atendidas em um serviço de saúde público, com diagnóstico conclusivo em 2013, mostrou que a média de demora é de 142,6 dias, com 60 % dos diagnósticos efetivados entre 120 e 180 dias e chances de efetivação do diagnóstico em até 60 dias para 8,9% da amostra.

Para as autoras, isso demonstra a necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidados na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para fins de agilizar o acesso à assistência integral às mulheres.

Na AB, são realizadas as ações de prevenção e detecção precoce e, assim, quando a mulher apresenta uma suspeita de câncer, ela deverá ser encaminhada para investigação diagnóstica. Confirmada patologia maligna, deverá ser encaminhada para tratamento em uma

unidade hospitalar de referência. O tratamento inclui a oferta dos cuidados paliativos na medida em que forem sendo necessários. Na figura 2 temos a representação de como se configura a linha de cuidados no câncer de mama no MRJ.

Figura 2 – Linha de cuidado no câncer de mama.



Fonte: INCA, 2019.

Para que a detecção do câncer de mama ocorra de forma exitosa, é fundamental que a APS, inclua, em seu processo de trabalho, o atendimento de mulheres ou homens com queixas de lesões mamárias, sem agendamento ou com um menor tempo de espera possível, além disso é preciso que os médicos estejam devidamente preparados para identificar, por meio da anamnese e exame clínico das mamas, os casos de suspeitas de câncer e referenciá-los para a devida investigação diagnóstica definitiva (INCA, 2018).

Essas recomendações se fazem mais que necessária ao se considerar o resultado do estudo de Traldi e cols. (2016), que apontou como principal fator para a demora no diagnóstico a espera para a consulta médica especializada no nível secundário, o que para as autoras sugere fragilidade na efetivação da linha de cuidados oncológicos.

O estudo de Medeiros (2017) mostra que 69,1% das mulheres apresentaram atraso de mais de 90 dias, entre a primeira consulta e o diagnóstico de câncer de mama. A autora relata que a mediana do intervalo de tempo foi de 5,19 meses, sendo maior que de outros dois estudos brasileiros semelhantes realizados no início do século XXI.

Essa demora pode explicar o lapso de tempo no intervalo entre a suspeita e a chegada em uma unidade de tratamento, como demonstram os achados de Trufelli e cols. (2008), que

apontou um intervalo superior a 180 dias entre a suspeita e a chegada à instituição de tratamento cirúrgico. Dados semelhantes foram encontrados por Rodrigues e Givisiez (2010) ao estudarem a acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer no município de Campos, interior do Rio de Janeiro.

Na perspectiva da linha de cuidado o “esperado é um caminhar na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência” (MALTA & MERHY, 2010, p.601). A APS, nesse contexto, se apresenta como eixo estruturante do SUS e se constitui como o primeiro nível de atenção da RAS. Sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comum de saúde, tem sido cada vez mais enfatizada, uma vez que realiza e coordena o cuidado em todos os pontos da atenção. Ademais, possui um papel de congregar um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação, bem como, manutenção da saúde tanto nas dimensões coletivas quanto individual, por meios de ações gerenciais e sanitárias participativas e democrática, com trabalho em equipe, responsabilização sanitária e base territorial (BRASIL, 2015).

Para Franco e Magalhães Júnior (2004) a linha do cuidado é resultado de um grande pacto que deverá ser realizado por todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais. Sendo assim, a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção contribuirá para um caminhar seguro e resolutivo na rede de saúde, com vistas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

4.4. Atenção secundária e o diagnóstico precoce do câncer de mama.

No que se refere ao câncer de mama, a unidade secundária é o ambulatório especializado em Mastologia, onde se faz a confirmação diagnóstica, bem como é o local onde se trata ambulatoriamente as lesões benignas da mama, realiza os exames especializados, as punções e biópsia e outras cirurgias ambulatoriais. Cabe a atenção secundária a avaliação dos casos encaminhados pelas unidades básicas para fins de resolução dos casos apresentados.

Para que se opere de fato a integralidade da assistência à saúde da mulher, com vista a garantir um diagnóstico precoce ao câncer e mama, sobretudo para mulheres que apresentam sinais e sintomas da doença, se faz necessário uma adequada articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária, com vistas a garantir o acesso a consultas e exames necessários para o diagnóstico em tempo ágil e de forma oportuna, para em caso de confirmação da doença possa ser encaminhada para unidade de tratamento especializado.

Nesse contexto, cabe registrar a importância da referência e contrarreferência em saúde, uma vez que se constituem em apoio à rede de atenção básica de saúde, pois são meios

de operar o sistema, articulando os diversos níveis de complexidade tecnológica no sistema local, estadual e federal, propiciando a troca de informações, com vista a estabelecer um fluxo regulado e ordenado de usuários entre os diferentes pontos de atenção à saúde, tendo como perspectiva as práticas resolutivas, orientadas pelo princípio da integralidade (BASTOS; VOLOCHKO e FIQUEIREDO, 2016).

Os procedimentos necessários à confirmação diagnóstica são realizados em unidade de saúde como policlínicas, hospitais de pequeno porte, entre outros, esses locais são caracterizados como atenção de média complexidade. Preferencialmente os procedimentos devem ser realizados em um mesmo local, para facilitar o acesso e adesão da mulher e com vistas a alcançar esse objetivo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.189 em 2014, instituindo os Serviços de Referência para Diagnóstico de Mama (SDM), com incentivos financeiros para sua implantação. Nesses locais, uma equipe, composta por médicos mastologistas e radiologistas enfermeiros e técnicos, deverá estar capacitada para realizar os seis procedimentos diagnóstico da linha de cuidado ao câncer de mama, que são: Biópsia; exérese de nódulo de mama; mamografia de rastreamento; mamografia unilateral; punção aspirativa de mama por agulha fina (PAAF), punção de mama por agulha grossa (PAG) e ultrassonografia. Além disso os Unacon e Cacon podem realizar a confirmação diagnóstico, conforme previsto na Portaria SAS/MS n.14/2014 (INCA, 2015b).

Contudo no Brasil, tais procedimento nem sempre tem sua distribuição feita de forma adequada para que se atenda oportuna e resolutivamente à mulher que apresenta lesão suspeita. Dados extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) em 2014 apontaram que 4.110 serviços realizaram algum procedimento da linha de cuidado, sendo que 1.622 realizaram mamografia e 3.257, realizaram ultrassonografias mamária e do total de serviços, apenas 4 disponibilizaram todos os procedimentos previstos neste nível de atenção (INCA, 2015b).

As dificuldades na realização diagnóstica podem ser reveladoras das dificuldades existente neste nível de atenção, ademais é imperioso a existência de ações articuladas, entre a atenção básica e a média complexidade a fim de se evitar a fragmentação da atenção e incertezas na realização do atendimento com desgastes para mulher e retardo no seu diagnóstico. Lembramos que a Atenção Básica é coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, portanto tem papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado.

É importante ressaltar que a forma de encaminhamentos de qualquer paciente, na rede, se dá por meio do sistema de regulação, que organiza o acesso aos serviços de saúde, contudo a solicitação inserida pela AB deve ser feita de forma adequada, evitando-se solicitações

incompletas e equivocadas. A regulação por sua vez deve ser um facilitador para assegurar a resolutividade do atendimento por meio do encaminhamento adequado e oportuno dos usuários e dessa forma contribuir para eliminar as barreiras que corroboram para um diagnóstico tardio (BRASIL, 2013c, BRASIL, 2014). Ressaltamos que os gestores do SUS são os responsáveis por organizar o fluxo das mulheres em cada território, desde a AB até a oferta de cuidados paliativos, priorizando a redução de tempo que se mantém superior ao preconizado na legislação (BRASIL, 2012, BRASIL, 2014, BRASIL, 2019). Dessa forma contribuirá para que as mulheres tenham garantido o acesso, em tempo oportuno, aos serviços de saúde de que necessita.

4.5. Acesso aos Serviços de Saúde – Algumas considerações

O acesso, segundo Mendes (2017) tem sido visto como a possibilidade de se identificar as necessidades de atenção à saúde, de usar os serviços de saúde e de oferecer de fato serviços apropriados para as necessidades de cuidados. O acesso permite aos usuários, entrar em contato e obter atenção à saúde que necessita.

Mas a despeito do acesso universal à saúde ser um direito, observar-se ainda algumas lacunas que têm dificultado esse acesso, sobretudo da população mais vulnerável, o que demonstra que o acesso aos serviços de saúde tem estreita relação como o princípio da equidade, uma vez que ele norteia a adoção de políticas públicas e “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine (ou reduza) a desigualdade” (MEDEIROS, 1999).

Nesse sentido citamos Barros e cols. (2016, p.269) que ao se debruçarem sobre o tema, apontam que estudos sobre o acesso aos serviços de saúde devem ser correlacionado à dimensão da equidade, uma vez que “os dois aspectos possuem íntima relação que importa decisivamente para a garantia da oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e expectativas dos cidadãos”.

Nessa mesma perspectiva, citamos Souza e cols. (2008) que nos diz que acesso se relaciona com a possibilidade da continuidade do cuidado, de acordo com as necessidades dos usuários e tem ainda, relação mútua com a resolutividade, ultrapassando a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Para Vidal (2006, p.16) o acesso diz respeito ao direito universal à saúde, com controle social, o que vai além de agendamentos de consulta médica e/ou um exame marcado para meses depois de sua solicitação. Para a autora “o acesso inclui promoção, prevenção,

serviços assistenciais, enfim a garantia de qualidade de vida aos cidadãos”, conforme assegurado no texto constitucional, ou seja, “tratar-se da capacidade do usuário obter, quando necessitar, cuidado em saúde, de maneira fácil e conveniente, consistindo, assim, na disponibilidade dos serviços e recursos e sua utilização por parte de quem necessita” . Para a autora a universalidade do acesso está relacionada diretamente à promoção de políticas públicas com capacidade de garantir recursos humanos, investimentos e tecnologias que contemplem as reais necessidades de saúde dos usuários e conhecer os ‘nós’ que dificultam o acesso contribuem para o conhecimento dessas necessidades.

A autora faz referências ao acesso incompleto às ações e serviços de saúde, como demanda reprimida, identificando duas causas 1) diz respeito aos usuários que vem da unidade de baixa complexidade para a unidade de média complexidade e não conseguem acessar esse nível de atenção, por motivo de demora no agendamento da consulta ou do exame, onde muitos desistem do atendimento e 2) diz respeito às ações e serviços na média complexidade, quando o usuário já obteve o acesso, mas devido a ocorrência de entraves não consegue avançar no tratamento, pois não se consegue agendar outros procedimentos que necessita, como exames e nem retornar ao profissional que os solicitou. Esses processos, segundo a autora “compromete e dificulta, quando não inviabiliza, o tratamento iniciado” (VIDAL, 2006 p. 18).

A garantia do acesso das mulheres com suspeitas de câncer, aos serviços de saúde de forma efetiva, possibilitará o início do tratamento em tempo mais oportuno contribuindo para um melhor prognóstico da doença. O acesso à assistência atualmente é realizado através do sistema de regulação o qual falaremos a seguir.

4.6. Política de Regulação do Acesso à Assistência

Muitas foram as alterações implementadas no campo da saúde e a Política de Regulação é uma delas, portanto consideramos importante relatar sobre o seu processo de construção, uma vez que a partir da sua implantação se altera significativamente a forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No que se refere a regulação em saúde, segundo Vilarins e cols. (2012) o debate mais aprofundado, no Brasil, tem início em 2001, com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). A NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001) ampliam a responsabilidade dos municípios sobre a AB e ainda reservam à União e aos Estados a gestão de média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde. Posteriormente, foi editada a Norma Operacional de Assistência Saúde de 01/02 (NOAS SUS 01/02), que trata das

responsabilidades de cada nível de governo na garantia do acesso à população referenciada (BRASIL, 2002).

A regulação no contexto do SUS, ganha mais força a partir do Pacto de Gestão de 2006, cuja finalidade principal é a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que se refere aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, bem como tornando mais claras as atribuições de cada uma dessas esferas, contribuindo dessa forma com o fortalecimento da gestão compartilhada (SAUTER et al., 2012).

Desse modo permanece a percepção de que o Estado possui autoridade sobre os provedores de serviços, tanto públicos quanto privados, para regular suas atividades, de forma a reduzir os custos de operação do sistema, garantindo assim um atendimento gratuito e de qualidade aos cidadãos (ARRETCHE, 2003).

Além disso, o processo de regulação pode, conforme aponta Vilarins; Shimizu e Gutierrez (2012), “interrelacionar a coordenação de atividades, alocação de recursos e a administração de conflitos” (p. 344), além de também utilizar diferentes técnicas, direcionadas para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, tendo como objetivo a busca de eficiência e a equidade.

No que se refere à regionalização, está deverá seguir uma lógica de planejamento integrado considerando as noções de territorialidade, para identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas de saúde (não precisa ser restrita à abrangência municipal). Porém deverá respeitar seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso da população a todos as ações e serviços necessários à resolução de problemas de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, foi elaborado um Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, com bases nas definições de prioridades de intervenções coerentes com as necessidades de saúde da população. Este é um instrumento criado para garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Cabe apontar que o Pacto de Gestão além de definir as responsabilidades sanitárias dos gestores nos três níveis de governos, estabeleceu, também as diretrizes para a gestão do sistema. Essas diretrizes, abordam a regulação do acesso como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na programação pactuada e integrada (PPI) e/ou disponibilidade de recursos financeiros (VILARINS, 2010).

Dando continuidade as ações referentes à regulação, em 2008 foi instituída a Política Nacional de Regulação, sob a Portaria MS/GM nº 1.559, com o objetivo de organizar as redes e fluxo assistenciais para promover o acesso, equânime, universal e integral aos usuários do SUS. De acordo com Portaria as ações referentes à Política Nacional de Regulação estão organizadas em três dimensões de atuação – integradas entre si, que são: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à saúde e Regulação do Acesso à assistência (BRASIL, 2008; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A regulação sobre sistemas tem como funções principais definir normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Tais funções são normalmente exercidas por diferentes órgãos reguladores, em âmbito nacional ou regional, o que inclui o MS e, também, as agências reguladoras.

Já a regulação da atenção à saúde, sendo está uma ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, ela está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Tem como principais sujeitos os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal. E tem ainda como principais funções as ações de contratação, controle, regulação do acesso à assistência, avaliação da atenção à saúde e por fim auditoria (BRASIL, 2006).

A regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, apresenta como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Então, para melhor clarificar, a Regulação do Acesso à Assistência, tem como objetivo promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. Para tanto, uma das estratégias utilizada pelo SUS é a organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais (BRASIL, 2008; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Importa compreender que a regulação do acesso não significa a implantação de centrais de internação, consultas e exames, uma vez que estas se constituem em ferramentas das tecnologias da informação e de forma alguma substituem as ações políticas e de comando, inerentes à gestão, dessa forma a Regulação do Acesso envolve relações políticas e técnicas e

de cuidados, constituindo-se em um conjunto de tecnologias – relacionais, saberes, instrumentos entre outros – e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Nesse contexto surge o Complexo Regulador como uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, ele consiste na organização de todas as ações da Regulação do Acesso à Assistência, de forma articulada e integrada para adequar a oferta à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

A constituição desse Complexo veio permitir absorção de todo fluxo da Assistência nos três níveis de atenção que compreende a AB a média e de alta complexidade. Ele é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso e permite, aos gestores, a articulação e integração de dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais Ambulatoriais – consultas e exames. Centrais de Internações com demais ações que compõem a Regulação da Atenção, como Controle, Avaliação, Auditoria Assistencial, e outras funções da gestão como Planejamento, Programação e Regionalização. Importa registrar que a Política de Regulação do Acesso, não tem a tarefa direta de responder às necessidades de saúde, no entanto através das suas ações pode facilitar ou mesmo criar entraves nas ações de saúde nos diferentes níveis de atenção. Portanto deve, através de suas ações, contribuir para garantir o acesso à saúde de forma integral (BRASIL, 2006).

Nesse sentido a Política de Regulação do acesso deve procurar interagir com a Política de Atenção à saúde, com seu modelo de atenção, com suas portas de acesso, com os modos de organizar seus níveis de complexidade e de produzir suas ações. Dessa forma, pode auxiliar na análise, e na descoberta dos nós existentes nos processos de atenção à saúde tanto básica quanto especializada. Essa Política, aponta que se deve estabelecer – por meio dos contratos com prestadores privados – a produção qualificada das ações e serviços e que as autorizações devem ser realizadas de forma desembaraçada e ágil, garantindo a referência e, também, que os usuários, quando referenciados para consulta, exames ou tratamento, tenham assegurado o local, o profissional e o horário de atendimento (BRASIL, 2006b).

Como se viu até aqui, o acesso aos serviços de saúde está subordinado à Política de Regulação, portanto os serviços de saúde não atendem mais por livre demanda, dessa forma para operacionalização dos agendamentos através da regulação é utilizado como ferramenta dois sistemas informatizados, que são o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Sobre o SISREG, trata-se de um sistema que operacionaliza a central de regulação e que foi desenvolvido pelo MS no período de 1999 a 2002, representando o movimento inicial

no que se refere à informatização dos Complexos Reguladores, sendo este um sistema on-line criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar e tem como proposta a humanização dos serviços, um maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos (BRASIL, 2006b).

A utilização do SISREG para agendamentos ocorre quando durante a consulta na APS se observa alguma suspeita, inicialmente o procedimento adotado pelo profissional é o de solicitar alguns exames. Se for confirmada a existência da suspeita, a equipe encaminha o usuário(a) à unidade de saúde de atenção secundária para avaliação de um especialista, para que este verifique se de fato há o diagnóstico, como por exemplo o de câncer. Até esse ponto, o atendimento e a regulação são realizados no nível municipal, portanto pelo SISREG (CREMERJ, 2018).

Sendo este sistema o responsável pelos agendamentos de exames na fase diagnóstica das pacientes, torna preocupante o resultado da auditoria do Tribunal de Conta do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ) referente a transparência do SISREG, publicado em 2018, que apontou os seguintes achados: ineficiência em agendar a oferta de procedimentos ambulatoriais disponíveis; não é observado o princípio da equidade no agendamento dos procedimentos solicitados; e o excessivo quantitativo de solicitações pendentes de agendamentos (TCMRJ, 2018).

Os apontamentos indicados pelo TCMRJ justificam claramente as dificuldades que muitas as pacientes com câncer de mama enfrentam diariamente para conseguir atendimento no prazo legal conforme preconizado.

Já sobre o SER ele foi desenvolvido pelo Estado do Rio de Janeiro, para atender aos procedimentos de alta complexidade, como é o caso da oncologia. Em 2015 foi inaugurada a Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ), que mantém em sua estrutura o SER, cujo funcionamento fica subordinado à coordenação da Secretaria de Estado de Saúde e surge com a promessa de garantir um processo único de regulação no território e fortalecer o acesso aos serviços de saúde, ordenando as listas de espera por procedimento no SUS.

Está Central foi instituída pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB-RJ), sobre o processo nº 3.470/2015, que tem como objetivo a ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses a serviços estratégicos, localizados no MRJ. A Central permite a organização da lista de espera por procedimentos no SUS, cuja gestão é estadual e compreende atividades de regulação de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. A implantação dessa nova central, com vistas a unificar a regulação dos serviços de saúde, foi possível a partir de ações pactuadas, no início do ano 2015, entre

governo federal, estado e município do Rio de Janeiro. A unidade passa então a gerenciar novos procedimentos e especialidades a partir de acordos entre as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual. O serviço passa a ser responsável pela regulação de toda a rede federal (Hospitais Federais e Institutos) do Rio de Janeiro, além das redes estadual e municipal, de acordo com a implantação gradual das especialidades (CIB-RJ, 2015).

Cabe enfatizar que as centrais, além de ordenar e organizar à lista de espera por procedimentos no SUS, têm como finalidade controlar as demandas da rede pública e dar mais transparência ao acesso da população aos serviços especializados de saúde. Por isso, os procedimentos de alta complexidade, devem ser inseridos no SER, para o devido agendamento em unidade especializada. Os usuários são inseridos através das Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, para os residentes em outros municípios do Estado.

Esclarecendo, que no caso da confirmação diagnóstica através do exame histopatológico, ou de exames de imagem com forte suspeita, conforme a patologia, a solicitação de atendimento em unidade oncológica é inserida através desse sistema, e a partir daí a regulação passa a ser realizada em nível estadual e não mais municipal (CREMERJ, 2018).

Podemos dizer, que a legislação referente a Regulação da assistência aponta que esta deve promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, de forma a garantir a integralidade da assistência, buscando ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas dos usuários, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. As Centrais de Regulação são utilizadas, nesse caso para ordenação do acesso (BRASIL, 2006).

Entretanto, segundo Vilarins (2010), apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, este processo ainda ocorre de forma incipiente, necessitando de aprimoramento. Para autora, inúmeras são as lacunas a serem preenchidas e conquistadas na implementação da regulação do acesso no SUS, e utilizá-la como instrumento de gestão é um deles, desde que respeitado os princípios do SUS. Desse modo é preciso avaliação e fiscalização do sistema, buscando formas de identificar quais os ganhos efetivos para saúde dos usuários e as dificuldades a serem superadas.

Importa compreender que para a regulação do acesso ser de fato efetivada em todo o processo que lhe é inerente, não bastam apenas a alocação de computadores, a utilização de sistemas informacionais, de normas e de protocolos necessita ainda, das relações de gestores com prestadores, e o mais importante, relações de usuários e as suas distintas demandas na

identificação das necessidades (VILARINS, 2010). E na adequada oferta de vagas conforme as demandas.

A realidade vivenciada pelos usuários na sua busca pelo diagnóstico e tratamento demonstra que a ordenação do acesso, através da regulação, ainda não representa na prática melhoria no acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde, quer seja para diagnóstico quer seja para tratamento, conforme proposta da política de regulação, esse fato corrobora com o relatório de auditoria operacional da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Rio de Janeiro, realizado pelo TCU em setembro de 2019, cujo dados apontam que “O tempo decorrido para levantar a suspeita de câncer na AB e realizar os exames iniciais de investigação é a etapa mais demorada na opinião de 72,7% dos gestores de Cacon e Unacon, 59.3% dos médicos patologistas, 40,7% das associações de paciente e 40% dos pacientes com câncer” (TCU, 2019b, p.18).

Essa é uma realidade percebida no cotidiano da prática profissional, uma vez que relatos das usuárias evidenciam a demora nessa fase do diagnóstico e algumas ainda chegam à unidade sem concluir o diagnóstico. Para essas mulheres a situação se torna ainda mais agravante, pelo fato da doença, carregar em si o estigma da morte, potencializando ainda mais o medo da doença e do seu agravamento pela demora no acesso ao tratamento.

Considerando que se trata de uma doença bastante estigmatizada e ainda coberta de preconceito é preciso ter o cuidado de não se fazer considerações que culpabilizem o sujeito acometido por ela, pois a determinação social da saúde não se reduz simplesmente a determinantes isolados e fragmentados que muitas vezes são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida de cada um, pois “Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação” e ainda que é preciso que se reconheça que por trás dessa prática, tem a existência de uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica (CEBES, 2011, apud ALBUQUERQUE & SILVA, 2014, p. 958).

É preciso enfatizar que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo como determinante e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Essas são questões que necessitam ser consideradas quando lidamos com a situação de saúde dos usuários, pois não é possível dissociar a situação presente do contexto da saúde no cenário nacional.

As experiências vivenciadas no campo da saúde, sobretudo em oncologia, nos permitem entrar em contato com os vários aspectos da dimensão subjetiva do sujeito, que para além do adoecimento, necessita ser compreendido em sua totalidade, considerando a doença e os seus condicionantes – social, econômico e político.

Inseridos nesse universo, é que se aprende a lidar com as fragilidades humanas, com o viver e o morrer e, também com as angústias, medos, esperanças, tristeza e as alegrias. Muitas situações emergem na relação entre usuários e equipe assistencial, que atravessa o processo de tratamento. Desse modo, é a partir da realidade vivenciada pelas usuárias na sua trajetória em busca do diagnóstico e tratamento que surge o desejo de refletir à cerca dos nós existente na atenção ao câncer, que contribuem para a demora no diagnóstico da doença e assim poder contribuir para a construção de estratégias que garantam de fato um acesso ágil e oportuno ao diagnóstico, e consequente acesso ao tratamento.

5 METODOLOGIA

Considerando que toda a pesquisa deve ser racional e sistemática, exigindo ações efetivamente planejadas durante todo o processo de constituição, buscamos aqui traçar os caminhos que este estudo percorreu para atingir seu objetivo.

Partindo então do pensamento Minayo (2004), no que se refere a compreensão sobre o que é pesquisa, temos que se trata de “uma atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade” (p.23), sendo ainda uma atitude e, também uma prática teórica de busca constante, que define como “um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e prática.” (p.23).

Neste sentido, o este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, abordando métodos de coleta de informações tanto bibliográficos quanto processo de campo, que contou com a participação do público diretamente afetado pelos processos aqui apresentados. A utilização da pesquisa qualitativa responde bem a questões bastante particulares dos indivíduos participantes e ainda “se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 1994, p. 21).

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliografia em busca de livros e documentos oficiais, à cerca da temática, não só para subsidiar os conceitos e procedimentos aqui desenvolvidos, como também sustentar os princípios metodológicos desenvolvidos. Outros documentos de caráter científico, como dissertações, teses e artigos científicos também foram coletados para auxiliar na construção das argumentações e, fundamentalmente, na discussão dos resultados obtidos.

O local escolhido para a realização do estudo de campo foi a unidade de saúde oncológica HCIII do INCA, que atende efetivamente pacientes do sexo feminino com diagnóstico fechado de câncer de mama ou com forte suspeita para a doença. O HCIII é uma unidade de saúde especializada no tratamento do câncer de mama, localiza-se no bairro de Vila Isabel, na cidade do Rio de Janeiro e presta assistência médico-hospitalar a mulheres portadoras dessa patologia, através do SUS, oferecendo tratamento completo que inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

A escolha do local se deve basicamente por sua referência no tratamento do câncer de mama na cidade do Rio de Janeiro e o critério de inclusão das participantes na pesquisa se deu a partir do agendamento definido pelo SER e que ainda não tivessem realizado qualquer tratamento, assim possibilitaria a melhor compreensão, no âmbito do SUS, a respeito de sua trajetória desde sua primeira queixa ou suspeita até aquele momento inicial.

A pesquisa foi devidamente encaminhada e aprovada pelos Comitês de Ética tanto da ESPJV/FIOCRUZ quanto do INCA, sob o número CAEE 33605720.9.0000.5241, e seu início só se efetivou após a aprovação em ambas as instituições. Desta forma, as mulheres que eram recepcionadas pela primeira vez na unidade foram convidadas a participarem do estudo e informadas sobre os objetivos e as questões éticas da pesquisa, e após concordância e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vale destacar que todas as entrevistas ocorreram em momento de crise sanitária, devido a Covid-19, que necessitou de alguns ajustes para coleta das informações como a necessidade do distanciamento social e a redução do tempo de entrevista, com vistas a atender as medidas de proteção à saúde das pacientes, que já apresentavam um quadro de comorbidade. A preocupação e o cuidado estavam presentes tanto na entrevistadora quanto nas pacientes entrevistadas, que se sentiam mais vulneráveis por conta da doença.

Para a coleta das informações na pesquisa de campo optamos pela realização de dez entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas de forma presencial, no período de setembro a outubro de 2021, que seguiu um roteiro prévio e flexível, que permitiu outras informações complementares conforme o andamento da entrevista e as falas das entrevistadas. Para Cruz Neto (2001) esta “técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e o significado da fala” (p. 57).

A escolha deste instrumento partiu do princípio de que a atividade de entrevista possibilitou, através do relato dos participantes da pesquisa, um maior aprofundamento das questões postas no tema do estudo, uma vez que “ela não significa uma conversa despreziosa e neutra” (CRUZ NETO, 2001, p. 57), visto que se insere como meio utilizado para coleta dos fatos relatados pelos sujeitos da pesquisa, a partir da vivência de uma determinada realidade, foco de interesse.

No que se refere ao método de análise das coleta de dados, optamos em utilizar a análise de discurso, que segundo Gill (2002, p.250) é o “nome dado a uma variedade de diferentes enfoques nos estudos de textos, desenvolvidos a partir de diferentes tradições teóricas” e de acordo com a autora esse tipo de análise vê a vida social como sendo caracterizada por conflitos sociais de vários tipos. Desta forma buscamos neste trabalho utilizar uma abordagem dialética, considerando o contexto histórico e as transformações sociais por qual passa os sujeitos, sem deixar de considerar que a análise deve ser sensível ao que não é explicitado, ou seja, aos silêncios, o que exige uma consciência aprimorada das tendências e contextos sociais, políticos e, também culturais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir deste ponto buscamos compreender, com base no aporte teórico desenvolvido e apresentado aqui, os aspectos que estão imbricados no processo saúde/doença que envolve a trajetória de mulheres em busca de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a partir da perspectiva do acesso à saúde pública e de caráter universal, como um direito que deve ser garantido de forma oportuna e equânime, no menor tempo possível.

Contudo algumas barreiras ainda são observadas, no que se refere ao atraso ao diagnóstico e consequente acesso dessas mulheres ao tratamento especializado em tempo legal. Então, buscamos aqui, a partir de um olhar sobre o sujeito da pesquisa e de suas falas, conhecer a trajetória que envolvem a busca por diagnóstico até a chegada na unidade de tratamento.

O total de participantes da pesquisa foram de 10 mulheres, recém matriculadas no HCIII, do INCA, que iniciarão seus tratamentos e para a coleta das informações na pesquisa de campo optamos pela realização de dez entrevistas semiestruturadas, que seguiu um roteiro prévio e flexível.

6.1. O Perfil das Entrevistadas

- **Entrevistada 1** – Com 47 anos de idade, se autodeclara parda, casada, profissão supervisora administrativa com vínculo formal de trabalho e previdenciário, natural do Rio de Janeiro, reside no bairro de Pilares é casada e tem 2 filhos, sendo um menor (11 anos). Possui ensino superior completo e não possui plano de saúde. Sua renda familiar declarada se aproxima de dois salários-mínimos. Ela complementa que realizava exames preventivos regularmente, pela rede pública, mas que acabou realizando os exames de mama na rede privada, devido à demora para atendimento na rede pública. Após ter identificado a presença de nódulo, seu percurso de tempo até a primeira avaliação médica foi de 3 meses e complementa que o agendamento para o INCA após ser inserida no SISREG, na realidade SER, não foi demorado.
- **Entrevistada 2** – Estando com 54 anos de idade, se autodeclara negra, solteira, sem filhos, possui ensino superior incompleto, é natural do Rio de Janeiro, reside no bairro de Jacarepaguá, junto com sua mãe. Como profissão é coordenadora de eventos e atualmente encontra-se desempregada e tem uma renda familiar de até um salário-mínimo, por meio de uma situação profissional informal. Recebendo auxílio emergencial do governo, possui vínculo previdenciário como Microempreendedor

Individual (MEI). Realizava preventivo regularmente pela rede privada, quando possuía plano de saúde, algo que atualmente, devido as circunstâncias sociais e pandêmicas, perdeu. A paciente relata que o agendamento para o INCA não foi demorado e complementa que após buscar ajuda para investigar a alteração na mama até a chegada no INCA, foram uns 8 meses.

- **Entrevistada 3** – Com idade de 51 anos, a paciente se autodeclara branca, solteira, sem filhos, estudante de enfermagem e teve como última ocupação o vínculo terceirizado como ACS. No momento encontra-se desempregada e cursando o ensino superior, reside com a irmã, e a renda atualmente de ambas é proveniente do auxílio emergencial do governo. Realizava o preventivo regularmente na rede pública, pois não possuía plano de saúde.
- **Entrevistada 4** – Com 58 anos de idade esta participante é casada, se autodeclara branca, do lar e reside com o esposo. Tem uma filha já casada e uma netinha. Anteriormente realizava a profissão de recreadora de festa infantil e tinha seu próprio negócio, porém devido a pandemia parou com as atividades e hoje a renda familiar é entorno três e meio salários-mínimos. Possui ensino fundamental incompleto e não tinha plano de saúde, quando há um mês fez um plano de saúde de valor bem acessível, com participação nas consultas e exames. Não possuiu vínculo formal de trabalho nem vínculo previdenciário, também não realizava exames preventivos regularmente e se declara “desleixada” com a saúde.
- **Entrevistada 5** – A mais nova participante, com 36 anos de idade, se autodeclara parda e casada. Possui 3 filhos, um de 20, outro de 16 e o mais novo com 12 anos, e reside com eles e o esposo, em São João de Meriti. Tem como profissão promotora de vendas, vínculo formal de trabalho. Sua renda familiar beira a faixa de até dois salários e meio. Possui ensino médio completo, mas não tem plano de saúde e faz questão de dizer que tem o “Plano SUS”, que é o melhor plano de saúde. Declara que realizava exames preventivos rotineiramente pela rede pública.
- **Entrevistada 6** – Com 54 anos de idade esta participante se autodeclara parda, do lar, casada, 2 filhas (28 e 15) e um neto, reside com o esposo e filha menor, no bairro de

Guadalupe. Tem uma renda familiar de 1 salário-mínimo e não possui plano de saúde. O esposo é aposentado por invalidez em função de um AVC. Atualmente residem em imóvel alugado. A entrevistada possui o ensino fundamental incompleto e declara que realizava exame preventivo regularmente na rede pública. Chegou à unidade especializada um ano após o primeiro sintoma, porém o agendamento para o INCA não foi demorado.

- **Entrevistada 7** – A mais velha das entrevistas, com 62 anos declara-se viúva, parda, com 2 filhas e 2 netos. Reside com a filha mais nova, é pensionista e tinha como profissão ser costureira. Atualmente, sem vínculo formal e previdenciário, se declara ser do lar. Com uma renda familiar de até 2 salários-mínimos e meio (composta dela e da filha), relata que a renda foi prejudicada, uma vez que a filha, que é professora, teve sua renda reduzida em 50% em função da pandemia. Possuindo o ensino médio incompleto declara que realizava os exames preventivos regularmente na rede pública.
- **Entrevistada 8** – Estando com 41 anos de idade esta participante é casada, se autodeclara negra, possui como profissão a de serviços gerais, mas já se capacitou como cuidadora de idosos e no momento está sem trabalhar, uma vez que a idosa faleceu. Reside com o marido e o filho e tem como renda no momento o que é proveniente do auxílio emergencial (é beneficiária do Bolsa Família e recebe R\$ 1.200). Seu esposo tem sequela proveniente de um AVC, mas não teve direito ao auxílio-doença e por isso não possui renda. Com ensino médio completo declara que fazia seu preventivo regularmente na rede pública. Da queixa até a chega ao INCA transcorreram 9 meses, mas declara que o agendamento para o INCA não foi demorado.
- **Entrevistada 9** – Com 40 anos de idade a paciente se autodeclara parda, solteira e tem 3 filhos, um de 23, outro de 20 e o mais novo com 17 anos, estando todos casados. Tem também uma neta e reside no município de Nova Iguaçu. Como profissão se declara vendedora autônoma, revendendo lingerie, mas no momento está sem atividade por conta da doença e da pandemia, e sua renda provém do benefício Bolsa Família, recebendo o auxílio emergencial no momento. Não possui vínculo previdenciário e também nunca contribuiu para tal, e também não possui plano de saúde. Com ensino fundamental incompleto e realizava o exame preventivo

regularmente na rede pública. A chegada ao INCA demorou 16 meses, depois de ter notado nódulo na mama.

- **Entrevistada 10** – Estando com 41 anos de idade a entrevistada se declara parda, do lar, solteira, tendo um companheiro há aproximadamente um ano, tem um filho de 23 anos e residiam em imóvel alugado. Em função da doença, ela e o filho passaram a morar com a irmã, o cunhado e três sobrinhos no município de São Gonçalo. Sem vínculo formal de trabalho e previdenciário não possui plano de saúde. Sua renda atual provém do auxílio emergencial. Possuindo o ensino médio completo, a participante declara que não fazia exame preventivo regularmente. Por fim, afirma que desde a queixa levou 10 meses para chegar ao INCA e complementa que não houve demora no agendamento para a instituição, mas acabou internando antes da data prevista pelo quadro de dor.

Na presente amostra verificamos, que das 10 mulheres incluídas no estudo, a idade varia entre 36 e 62 anos, apresentando uma média de 49,1 anos, com predomínio de mulheres com menos de 55 anos de idade (80%). Em relação a declaração de raça/cor as prevalências autodeclaradas são de 60% pardas, 20% brancas e outras 20% negras. Quanto ao estado civil 50% das entrevistadas são casadas, outras 40% são solteiras e apenas 10% eram viúvas.

Quanto a escolaridade 30% possuem apenas o ensino fundamental incompleto, 30% declaram ter ensino médio completo e 10% o ensino médio incompleto, 20% com o ensino superior incompleto e apenas 10% com o ensino superior completo. Já em relação a renda familiar média o valor se aproxima de dois salário-mínimo, sendo a maior faixa três salários e meio, mas vale destacar que 50% das participantes da pesquisa declararam não ter renda no momento e dependiam do auxílio emergencial do governo federal, em função do momento pandêmico.

Quando perguntado se realizavam exame preventivo regular 80% das entrevistadas responderam que sim, sendo apenas uma na rede privada e as restantes todas realizavam na rede pública. Outras 20% declararam que não realizavam regularmente o preventivo. Sobre possuir Plano de Saúde apenas uma das entrevistadas declarou que possui, mas seria recente e de perfil popular. Com relação a ocupação 20% relataram que trabalham com vínculo formal, outras 60% estão desempregadas e as demais se declaram ser do lar e não possuem vínculo formal de trabalho.

Em relação a percepção de alteração mamária, quase a totalidade (70%) foi detectado pela própria mulher, uma paciente declarou que seu companheiro percebeu a alteração mamaria, outra, mesmo não apresentando sintomas, positivou no exame de imagem e uma terceira entrevistada que identificou após apresentar sintomas, neste caso a entrevistada já apresentava um câncer mamário em estágio metastático.

No que se refere a inserção na alta complexidade, após conclusão diagnóstica, pela Regulação Assistencial, através do Sistema de Regulação Estadual (SER) não foi apontada demora, pela quase totalidade das entrevistadas (80%), embora para duas (20%) delas o tempo de espera foi considerado demorado, visto a urgência do caso e o tempo que perderam para alcançar o diagnóstico. Esse sistema é desconhecido pela totalidade das entrevistas que o confundem com o SISREG.

6.2. O Relato das Entrevistadas

A busca do acesso ao diagnóstico do câncer de mama, após a percepção de alteração mamaria, muitas vezes, se revelam árdua, quer seja pela dificuldade de realizar consulta médica ou pela dificuldade de acesso aos exames diagnósticos, que são necessários para o acesso a alta complexidade, que é responsável pelo tratamento.

A seguir veremos os relatos de algumas das entrevistadas, falando as inúmeras dificuldades encontradas na trajetória percorrida, em buscas do diagnóstico para tratamento especializado do câncer.

• Entrevistada 1

Eu, em 2014 pra 15 senti um “nodoluzinho” pequeno, aí só como meu seio é grande tinha hora que eu sentia e hora que não sentia, aí eu fui na médica na CF, aí disseram que era uma casca de ovo, aí não deram prosseguimento, nunca mais pediram mamografia. Fazia o preventivo e não examinavam minha mama, tanto que expliquei lá, pra outra médica que me perguntou como eles nunca viram nada. Eles não examinavam a minha mama, sempre examinava a parte de baixo e nunca deram importância na mama.

Ela prossegue:

[...] Aí expliquei pra ela [médica] que foi agora em maio [2020] tomando banho que senti um troço estranho, só que era bem menor, aí eu fui tentar marcar, mas só que não tinha médico...eu sei que no dia 28 [de agosto] eu quando consegui ir no médico – proctologista – que eu já estava procurando antes, porque estava com sangramento, nisso que eu fui, aproveitei e disse: por favor pedi a minha mamografia e minha ultra, aí me

perguntou por quê? Eu disse porque estou sentindo um negócio no seio, aí ela pediu pra eu tirar a blusa e ela me examinou e disse: Nossa! (...).

Aqui fica claro que, ao perceber um “troço estranho” na mama, não tardou em buscar novamente ajuda, mas ao fazê-lo, esbarra na ausência do médico no primeiro momento, só conseguindo passar pelo profissional três meses depois. Isto ocorre porque a consulta era fruto da procura anterior por outra situação de saúde, aproveitou-se da ocasião, para relatar o achado na mama e solicitar pedido de exames à médica.

Mesmo quando conseguem ser agendadas, não significa efetividade no atendimento, como mostra ainda a entrevistada.

A entrevistada ainda complementa:

[...] aí agendou pro Rio Imagem, quando fui fazer, a moça que me atendeu – a enfermeira – já me recebeu a mim e as demais, assim: Olha! vocês vão até fazer a biópsia, normalmente seria de 7 a 15 dias, mas nesse caso vão ser 45 dias, se vocês receberem [o resultado]. Nós estamos sem pagamento e aqui vai ser fechado. Parece que os anjos disseram amém, porque fechou mesmo. Eu ligava direto, ligava pra ouvidoria, pra vários lugares e diziam que nunca estava pronto.

A entrevistada em questão, foi informada que iniciará o tratamento pela quimioterapia, e demonstra estar ciente, que se tivesse, uma abordagem adequada, no momento que buscou o serviço de saúde o curso da doença seria outro. Em seu depoimento fica claro o sentimento de revolta e ao mesmo tempo de impotência diante do poder médico.

[...] eu já sabia, quando você chega aqui e já opera e depois faz quimioterapia, show de bola, maravilhoso, mas quando você entra nesse processo, é um processo dolorido, sofrido e é uma expectativa, eu vou levar um tempo fazendo tratamento torcendo para paralisar ele, e os demais, porque ele não tá só aqui [aponta para a mama] e eles sabem. Eu não sou de tá no médico todo dia, mas se eu sentir alguma coisa e essa coisa persistir eu vou buscar ajuda e eu fui, só não tive ajuda, porque eu não sou médica, se o médico diz pra mim que não é, não é, eu vou fazer o que? Não tenho o que fazer. E agora é esperar o que Deus tem reservado pra mim.

• Entrevistada 2

Esta entrevistada, diferentemente da anterior, teve inicialmente atendimento na rede privada, contudo as abordagens e dificuldades se assemelham.

Eu vim tratando a minha mama, como displasia mamaria, pelo plano, porque me incomodava, aí o médico disse que era displasia, aí me passou vitamina E que ia melhorar, isso em 2015. aí parei de cuidar da mama, porque tive um tumor na cabeça que operei, que foi benigno, mas antes

disso eu percebi que meu mamilo tava ficando diferente do outro, ele tava entrando, aí eu voltei no médico, aí ele disse: vamos continuar que ele vai normalizar, ele não investigou, isso começou em 2016.

Verificamos que mesmo estando na rede privada, não houve investigação na mama, nem mesmo quando esta apresentava um dos sinais característicos de câncer de mama, como retração cutânea, inversão de mamilo, a alteração na mama volta a preocupá-la.

[...] aí quando foi uns seis meses atrás [março/2020] deu uma acelerada tão grande, aí eu fiquei apavorada, mas tava sem o plano, aí eu fui para a clínica da Família, onde busquei ajuda. quando a doutora viu, disse: temos que correr com isso, o atendimento lá até foi rápido, porque tenho uma conhecida que trabalha lá e confesso que ela deu uma ajuda.

A própria entrevistada, mostra-se consciente da necessidade de investigar alterações na mama, quando diz “ele não investigou”. Nesse segundo momento o atendimento foi na CF, onde recebe uma melhor abordagem por parte do profissional que ao examiná-la, informa da necessidade de “correr com isso”.

Quando consegue agendamento para realizar a biópsia, as semelhanças novamente se fazem presente, ainda que por motivos alegadamente distintos, como podemos verificar.

[...] aí minha biópsia saiu pra quele Rio Imagem, aí o dia que saiu e que eu fui lá, aí a recepcionista me falou que a médica tinha tido um mal estar e que tinha ido embora, pra eu ficar ligando pra saber... aí a clínica da família deu entrada novamente, saiu novamente pro Rio Imagem, só que quando eu voltei lá, não estavam fazendo, porque faltou material pra eu fazer a biópsia, aí volto pra Clínica da Família e eles inserem novamente no SISREG, aí não demorou a sair, saiu lá no hospital de Ipanema.

• Entrevistada 4

Claramente se verifica um descaso com as usuárias, no vai e vem pelos serviços de saúde, pois ainda que tenham seus atendimentos agendados pela regulação, não conseguem ter garantidos o acesso aos procedimentos que necessitam para diagnóstico. Em alguns casos só conseguem realizar o procedimento, distante do domicílio aproximadamente uns 277 km, como no caso desta usuária.

[...] Onde fiz o exame me pediram para levar no mastologista, porque deu um probleminha, aí procurei a CF e nada foi resolvido porque tava sem médico, aí depois voltei de novo, pedi novamente, mostrei a mamografia pra enfermeira, aí ela fez o pedido no sisreg, mas de novo nada foi resolvido. Aí o tempo passando, tempo passando e eu procurando um mastologista, que não é fácil você encontrar. [...] aí meu irmão que é de São Fidelis, veio me visitar e ficou ciente do meu problema. Ele falou assim: vou levar você lá pra São Fidelis, eu trabalho em Campos. Assim eu fiz.

Prossegue sua narrativa,

E lá através de um amigo do meu irmão eu consegui fazer a biópsia pelo SUS. [...] Eu desde novembro que tô nessa peleja, só portas fechadas [fez em abril a biópsia] no Rio não consegui nada, porque nunca tem médico a dificuldade sempre existiu, na pandemia só piorou.

Essa entrevistada, queixa-se das dificuldades encontradas no município para alcançar o diagnóstico, mas reconhece que elas sempre existiram e que na pandemia só pioraram. Foi chamada para a biópsia, quando já a tinha realizado.

Ademais, o alcance do diagnóstico, contou ainda com agentes facilitadores, no caso, amigos do irmão, algo presente em muitas das falas das entrevistadas, demonstrando o quanto a questão do acesso aos serviços de saúde, muitas vezes precisa ser mediado por terceiros, quando deveria seguir um fluxo ágil cujo atendimento deveria ser ofertado de forma equânime aos usuários em todos os pontos de atenção.

- **Entrevistada 5**

No depoimento seguinte, é possível perceber que pelas dificuldades de agendamento dos exames às usuárias recorrem aos serviços privados, para agilizar os exames, ainda que isso represente um gasto extra na renda que já é precária.

Eu fiz tudo pago porque queria que fosse mais rápido, (...) minha família me ajudou. Depois que fiz tive amigos que são da rede pública que me ajudou, pra colocar no sistema, não fez nada de errado, só ajudou porque não tava conseguindo, lá em São João tava difícil, como trabalho e o horário é comercial então não conseguia ir, então uma amiga no Rio, que trabalha na Clínica da Família foi que me inseriu.

Verifica-se ainda na queixa da entrevistada uma questão importante, que é o horário de funcionamento das unidades, por ser horário comercial, para quem trabalha acaba se tornando uma barreira ao acesso. A organização das unidades de saúde não contempla de forma mais ampla a classe trabalhadora, como se demonstra na fala da usuária. Essa queixa vem de longa data, como relatado por Skaba (2003) e Nogueira (2009), como se observa, o problema ainda persiste.

- **Entrevistada 6**

Esta entrevistada relata sua saga em busca do diagnóstico, que só conseguiu realizar um ano após a queixa. Ela ainda declara que,

[...] quando eu notei o nódulo, eu procurei atendimento, fui até no hospital da Mulher [S. J. Meriti] e não fui atendida, vim aqui, também, sozinha de ônibus, mas disseram que tinha que ter sistema. Fui até em Caxias atrás de atendimento. Tem bastante tempo que eu carrego essa cruz aqui [aponta o tumor na mama]. Eu procurei ajuda, mas ninguém atendia, não me davam encaminhamento. Na CF diziam que botavam no sistema, mas a vaga nunca saía.

Não conseguido atendimento na rede pública, aceita sugestão da filha e paga por uma consulta.

A minha filha falou: mãe paga uma consulta, aí eu arrumei dinheiro e fui lá no hospital da Gamboa, mas quando o médico viu, ele disse: isso é pra ontem, eu não posso te ajudar, mandou eu voltar pra casa. Eu procurava, quando tinha dinheiro sobrando, eu procurava atendimento. Insiste em dizer.

A entrevistada acaba buscando ajuda no bairro onde a irmã reside (Santa Cruz), sendo atendida no Centro Municipal de Saúde (CMS) do local e a partir disso ocorre os encaminhamentos e realização dos exames diagnósticos. Ela ainda complementa, narrando sua situação constrangedora, em função do avanço da doença.

Sai muita água, tipo água de parto, eu amanheço toda molhada e traz mal cheiro, as pessoas que ficam do lado sentem o mal cheiro, eu nem saio de casa por causa disso, nem me sento na mesa pra almoçar com meu marido e minha filha. Tá praticamente podre, não sei por que não conseguia atendimento no hospital, Fala com pesar e tristeza.

Como se pode ver, a trajetória vivenciada pela usuária, foi sofrível e desumana, ferindo todos os princípios da dignidade da pessoa humana. Durante a entrevista, sempre repetia “eu procurava atendimento”, nos parecendo uma antecipação frente a qualquer possibilidade de culpabilização pelo avanço da doença. Esse doloroso caminho teve como desfecho o óbito três meses depois de chegar à unidade de tratamento. O óbito ocorreu na unidade de cuidados paliativos, para onde foi transferida, após ser considerada sem possibilidade de tratamento curativo.

• **Entrevistada 8**

A entrevistada a seguir, também relata dificuldades enfrentadas para conseguir finalmente realizar os exames diagnóstico. O marido percebeu um “carocinho” em dezembro de 2019. Em fevereiro de 2020 realiza os exames, conseguindo o resultado apenas em abril, a demora atribui a crise pandêmica, médico na AB diz que não deu alteração na imagem. Por apresentar dor na mama é orientada a procurar mastologista, que só consegue através de contatos pessoais e muito “brigar”. Em junho realiza biópsia, seis meses após a queixa.

Ela nos conta que,

Graças a Deus e ao médico mastologista de Belford Roxo, porque o do posto disse que não tinha nada no exame, mandou procurar o mastologista, porque doía muito a mama. Então o médico de Belford Roxo disse que não podia aceitar aquele exame e pediu outro, ele me perguntou se eu tinha condição de fazer o exame eu disse que não, mas que eu ia falar com minha mãe e minha tia. Aí eu fiz e na outra semana e levei pra ele. Nessa mamografia deu que eu tava com cat 5 [categoria altamente suspeita] aí ele disse: tá vendo às vezes as pessoas brigam comigo por eu não aceitar o exame, mas se eu olho esse exame aqui de fevereiro ia dizer que a senhora tá ótima, volta daqui a um ano e daqui a um ano a senhora estaria morta. Ele falou assim mesmo comigo.

Percebemos nesse depoimento que nesse último atendimento o médico, não considerou apenas o exame negativo, teve uma boa escuta, valorizando a queixa da usuária e através dos novos exames, constata-se uma alta suspeita para o câncer de mama.

- **Entrevistada 9**

A depoente seguinte guarda muita semelhança como o anterior, quando retrata que,

em junho de 2019, notei um “carocinho” aí pensei meu Deus o que será isso, aí fui na ginecologista do posto, aí perguntei: o que faço? aí ela falou vamos tomar vitamina E que vai sumir, aí eu perguntei se não seria bom fazer mamografia, ela disse que não, que eu não tinha idade. Essa foi a justificativa dela.

A situação da mama não melhora como previsto pela médica, que preferiu não investigar.

[...] De repente notei minha mama vermelha, aí pensei que era um furúnculo [...] só, que inchou [...] nisso um Vereador me arrumou atendimento no Centro de Atendimento à Mulher, lá a médica examinou e pediu a mamografia, mas não deu nada, aí fiz uma ultrassom, também não deu nada, mas a médica resolveu pedir uma biópsia e me mandou para o Hospital da Mulher e lá fiz a biópsia, eu pensei que não era nada, quando fui pega o resultado, falei pra doutora, que não era nada, mas ela disse: é câncer.

Como se pode ver, as falas das participantes foram transcritas de forma literal, para que refletissem suas opiniões e sentimentos acerca das experiências vividas no trajeto percorrido até a chegada a unidade de tratamento. Muitos foram os dilemas, impostos nesse caminho, cujo fluxo não ocorreu de forma ágil e oportuna como o esperado. Observa-se que o direito à saúde não se tem materializado de forma equânime para essas mulheres, desse modo buscamos analisar as questões aqui postas à luz daquilo que a legislação preconizada para o acesso ao tratamento de câncer na rede dos serviços de saúde.

Cabe lembrar, como já abordado anteriormente, que a estratégia de diagnóstico precoce, mais aceita mundialmente nos últimos anos, é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas, como é o caso dessas mulheres; mais profissionais de saúde capacitados, para avaliar os casos suspeito; e sistemas e serviço de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda linha de cuidado.

Contudo, o preconizado nem sempre se materializa na vida dessas mulheres que percebem suspeitas. A prioridade que deve ser dada a marcação e realização de exames para as mulheres sintomáticas, também não foi observada nos casos citados.

A partir das entrevistas até aqui apresentadas podemos ver que as dificuldades são basicamente as mesmas, o acesso ao sistema como um todo é o principal problema, quer seja para realizar uma consulta médica ou acesso a um sistema de diagnóstico de qualidade e ágil.

Aparece nas falas, de forma recorrente, a utilização do mix público-privado como meio de se alcançar brevidade na realização dos exames e, assim, obter a esperada definição diagnóstica. Fato semelhante é observado nos estudos de Rangel; Lima e Vargas (2015); Fausto e cols. (2017) e Barros et al (2019), demonstrando que a demora no setor público para acesso na realização de atendimento e exames diagnósticos, acaba de fato, por ocasionar a fuga ao setor privado, como uma alternativa para acelerar o processo de tratamento.

Em função da demora no acesso, fica evidenciado que as pacientes acabam buscando, por meios próprios, quer seja pagando na rede privada ou por meios de agentes facilitadores (amigos, parentes, conhecidos, profissionais de saúde e mesmo políticos), suprir a carência que o sistema de saúde impõe sobre os menos favorecidos.

Este aspecto também foi apontado nos trabalhos de Barros, et al (2019) confirmando que os processos existentes na rede pública muitas vezes possuem entraves e desse modo o que se observa é uma busca de auxílio por meio dos laços sociais em detrimento das relações de cidadania, que acabam não garantindo o acesso total à saúde (PORTUGAL, 2005 apud SILVA & MOREIRA, 2021).

Algumas usuárias, em função desta dificuldade acabam por optar por caminhos alternativos, como no caso desta entrevistada.

Eu fiz tudo pago porque queria que fosse mais rápido, uma biópsia eu ia esperar pra marcar, depois pra fazer, eu paguei pra fazer logo, gastei uns mil reais, eu vou ser sincera, minha família me ajudou (entrevistada 5).

Quando o acesso se dá em paralelo ao sistema, através de contatos pessoais, ou mesmo pela interação dos profissionais que trabalham na ponta do sistema e buscam através do

contato direto com os serviços agilizar e garantir o acesso, uma vez que o sistema não o faz em tempo oportuno, compromete a equidade do acesso, porém para que isso não ocorresse “os sistemas de regulação precisariam ser eficientes ao extremo para que assim, conseguissem reafirmar que as relações de cidadania, mediadas pelo Estado, podem, de fato, garantir acesso equânime e ágil para os problemas de saúde que não podem esperar” (SILVA & MOREIRA, 2021, p.2221).

Essa é uma prática que denota a falta de confiança no sistema, quer seja por ter vivido experiências anteriores, quer seja por relatos de pessoas de seu convívio, com isso percebemos que, “a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos” (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 195).

Em outro relato, a usuária revela que precisou contar uma “mentirinha” para ser atendida.

[...] Agora em fevereiro, comecei a sentir dor na escapula e atrás no [nervo] opital, pra mim era problema da vista. Pensei que era devido a um jeito que eu tinha dado no braço, algo assim, mas não passava a dor, aí veio a covid eu comecei a me medicar em casa mesmo, comecei a não ter mais força para ficar em pé, aí o meu seio começou a ficar duro também. [...] aí comecei a me automedicar e não melhorava, aí fui ficando sem força, foi agravando, até que fui no posto, aí o médico falou que eu poderia parar de andar, como sendo algo de coluna (entrevistada 10).

Não encontrando amparo à sua queixa na rede pública ela recorre a rede privada, que também não se mostrou resolutiva.

[...] aí fui no médico particular, paguei, aí ele pediu dois raios x e disse que eu estava com degeneração na cervical e espessamento na lombar, passou anti-inflamatório pra mim e logo depois passou fisioterapia sem olhar nada, cheguei a fazer só três sessões, porque eu chegava e não aguentava de tanta dor, minhas costas travava de uma tal forma que eu não conseguia me mexer de tanta dor (entrevistada 10).

Prossegue o relato afirmando,

[...] resolvi ir num hospital perto da minha casa, o Azevedo Lima, aí eu disse uma “mentirinha”, falei pra eles que eu já tava fazendo tratamento de coluna, e que há dois dias eu tinha caído. Aí me botaram pra dentro e me passou pro neuro, aí eu fiz exame e apareceu as lesões nos seios e as lesões nos ossos, aí eles resolveram me internar, pra adiantar porque virão que já tava muito adiantado a metástase, aí eles fizeram tudo que podia fazer por mim lá dentro, pra poder me liberar e já ter alguns exames aqui fora (entrevistada 10).

Nota-se a utilização de subterfúgio, que costumamos chamar de estratégias de sobrevivência, para alcançar assistência de que necessita. Nesse sentido, apontamos Cecílio (1997) quando afirma “que é uma prepotência tecnocrática dizer que o ‘povão’ é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil e possível” (p. 472).

Por fim, retorna para casa, sem ter garantido o atendimento em uma unidade de tratamento.

Saí ainda com muita dor, disseram que eu tinha que procurar um oncologista. Uma oncologista conhecida da minha irmã, foi em casa deu laudo, pra ver se a gente conseguia alguma coisa, mas tinha essa coisa da biópsia, ainda fique um dia na UPA, por causa da dor. A biopsia eu consegui, minha irmã trabalha há 30 anos numa empresa, num laboratório, aí a diretoria liberou pra fazer a biópsia (entrevistada 10).

Vemos aqui que ao realizar exames adequados, foi constada a lesão na mama, bem como a presença de metástase. A usuária chegou à unidade meses após a primeira queixa, e devido ao quadro, não conseguiu esperar a data da consulta, ainda que não tenha sido demorada, buscou antes a unidade, sendo imediatamente internada.

Lembramos que a Regulação do acesso à assistência tem nas suas atribuições, garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e ainda garantir os princípios da equidade e da integralidade, no entanto no que se refere aos exames e consultas necessários para definição diagnóstica, tem demonstrado, que tais princípios não têm sido considerados, uma vez que as usuárias aguardam por agendamentos, que em muitos casos, além de demorados, não se efetivaram, trazendo angústia e sofrimento pelo conseqüente atraso no diagnóstico.

A demora nos agendamentos dos procedimentos necessários para o diagnóstico, através do SISREG, foram motivos de queixas das entrevistadas, como dito por uma delas “pedido tá lá até hoje”. Situação semelhante também encontrada por Silva & Moreira (2021), a simples menção ao SISREG remete a algumas experiências ruins vivenciada por pacientes ou por pessoas conhecidas.

A partir das experiências vivenciadas, as entrevistadas relatam sua percepção com o sistema de regulação no seu processo diagnóstico.

[...] o problema é o SISREG, o problema não é a Clínica da Família (entrevistada 1).

O médico disse pra eu ir pro INCA [...] aí disseram que tinha que colocar no SISREG, pensei logo na demora e comecei a chorar, entrei em depressão. [...]. A maior dificuldade nisso tudo foi o sistema SISREG e, também tem

que ter médico, tem que ter médico, [repete], a gente tem que correr, porque essa doença não espera. [...] (entrevistada 4).

Rocha (2015) em seu estudo sobre Regulação Assistencial Ambulatorial no MRJ, cujo objetivo era analisar o SISREG, aponta alguns entraves, dentre eles, “a inadequação da oferta de vagas disponíveis, sem base na real necessidade da população” e também, “baixa integração com os prestadores público de nível estadual e federal, que disponibilizam apenas uma parcela das vagas existentes para regulação, dificultando a gestão dos tempos de espera e melhoria do acesso ao atendimento especializado” (p. 80).

Essas entrevistadas relatam experiências semelhantes.

[...] ela jogou no sistema, tá lá no sistema até hoje, eu que fiz por fora, minha patroa foi comigo e pagou ela que me ajuda (entrevistada 1).

[...] Aí a médica pediu uma Ultrassom, mais aí não tava saindo pelo SISREG, aí nós fizemos uma vaquinha e eu fiz (entrevistada 2).

Os funcionários [da CF] são ótimos a regulação que não é muito rápida, no SISREG é demorado (entrevistada 5).

[...] a biópsia teve que entrar pelo SISREG, aí demorou mais (entrevistada 8).

Foi muito difícil conseguir, tudo muito difícil... muito... só não desistir porque acho covardia, mas é muito difícil. Misericórdia! (entrevistada 7).

Como se pode observar nas falas das usuárias entrevistadas, muitas foram as dificuldades por elas enfrentadas na busca do acesso ao diagnóstico, a despeito da existência de um sistema de regulação, nesse sentido, concordamos com o que afirma Cecílio (1997) que “na prática aqueles que dependem exclusivamente do SUS (...) acabam por montar o seu ‘menu’ de serviço, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita” (p.472). Isso porque não conseguem atendimento pelos fluxos existentes.

Quase a totalidade das entrevistadas, 9 entre as 10 participantes, relataram dificuldades com os agendamentos do SISREG, apenas uma disse que não foi muito demorado. O que se espera para todas as mulheres com suspeitas de câncer é um caminhar na rede de serviços, seguro e sem obstáculos, uma vez que isso é que irá garantir a qualidade da assistência (MALTA & MERHY, 2010).

Saffier e Silva (2017) nos fazem lembrar, do período em que não havia necessidade de regulação para acesso aos serviços de saúde, quando as usuárias de posse do encaminhamento, buscavam por conta própria, vaga para realização do procedimento que necessitavam, gerando com isso gastos, perda de dias de trabalho, estresse, necessidades muitas vezes de madrugar

em filas e incertezas do atendimento, resultando, assim no aprofundamento da iniquidade de acesso.

Para Cavalcanti (2011) a regulação assistencial pelo SISREG, tem como um dos principais desafios a desorganização da rede de serviços que é gerada pela falta de pactuação de fluxos e essa desorganização se reflete na desarticulação regional dos serviços e no desconhecimento da estruturação e fluxo da rede.

Ademais, conforme pontuado por Goldman e cols. (2019) a discrepância entre a oferta e demanda nos serviços de saúde, interfere de forma direta na qualidade da assistência, determinando obstáculo à população, sobretudo no que se refere a prevenção e identificação oportuna do câncer de mama, fundamental para redução das taxas de morbimortalidade. A regulação deve servir como meio para agilizar o fluxo, promovendo a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo assim, a integralidade da assistência aos usuários.

Já sabemos que a AB é responsável pelo cuidado e se constitui na porta de entrada da rede e nela são realizadas as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, sendo assim, quando a mulher apresenta uma suspeita de câncer e busca a AB, ela deverá ser encaminhada para investigação e deverá ser dada prioridade na marcação de consulta e exames. No entanto, as falas das usuárias, demonstram dificuldade nesse nível de atenção, demonstrando a baixa resolutividade das suas ações, exatamente semelhante ao encontrado por Feijó e cols. (2016) em seu estudo. A esse respeito relatam as usuárias que:

[...] o problema não é a Clínica da Família, a Clínica da Família pra quem quer fazer funcionar, funciona, tipo, a agente de saúde vai até...[você]... que é assim, as meninas até correram atrás, mas para na administração da CF e no sistema SISREG, [...] foi desgastante... foi desgastante (entrevistada 1).

[...] as equipes eram ótimas, mas foram sendo mandados embora, de 19 equipes só ficaram 5. Não entendia como profissionais desse naipe poderiam ser mandados embora (entrevistada 3).

fiz o exame me pediram para levar no mastologista, porque deu um probleminha, aí procurei a CF e nada foi resolvido porque tava sem médico (entrevistada 4).

lá nunca passei na mão de um médico (entrevistada 6).

por que lá na Clínica da Família, não consegui falar com o médico, ele sumiu, por causa da pandemia e ninguém sabe dele [...] e não adianta ir na CF (entrevistada 7).

Aí comecei a sentir dor, fui no posto mais próximo de casa aí o médico falou que o exame não tinha dado nada, mas que era eu procurar um mastologista aí procurei por conta própria (entrevistada 8).

As dificuldades percebidas pelas entrevistadas se relacionam a falta de médicos, sobretudo especialista, ao acesso de exames de imagem e diagnóstico, burocracia também é citada, redução da equipe e rotatividade dos profissionais, o que dificulta a criação de vínculo. Desse modo, a trajetória por qual passam na busca do diagnóstico difere do que se é esperado para os casos suspeitos de câncer, conforme desenho da linha de cuidado, como citado no trabalho, demonstrando a existência de barreiras tanto organizacionais quanto dos serviços de saúde, conforme encontrado também por Gonçalves e cols. (2014).

A impressão do tempo de espera para o agendamento na alta complexidade, pela regulação, difere do relatado na fase diagnóstica.

Depois que fui inserida no sistema não demorou o agendamento pra cá (entrevistada 1).

A impressão do sistema é que pra fazer exame tá demorando um pouquinho, pra vir pra cá, quando colocou no sistema não demorou muito não, talvez uns 20 dias (entrevistada 2).

saiu o agendamento, aí fiquei maravilhada, mas ela [funcionária da CF] disse: só tem um probleminha vai ser dia 14 eu disse nossa! ainda isso tudo, teria que esperar uns 15 ou 18 dias por aí, não via a hora de chegar o dia 14 (entrevistada 4).

Graças a Deus que o agendamento pra cá, não foi demorado (entrevistada 6).

Os depoimentos trazem o discurso de que a partir da suspeita – de sinais e sintomas ou exame de imagem – às entrevistadas demonstram saber da necessidade de buscar ajuda, para que possam ser avaliadas e tenham o acesso aos exames diagnósticos necessários. No entanto, verifica-se que as mesmas esbarram na burocracia dos serviços, na falta de especialistas e nas dificuldades de acesso rápido aos exames diagnósticos, fato este também constado por Feijó e cols. (2016). A usuárias passam por grande peregrinação, com idas e vindas pelos diversos serviços de saúde, não ficando a busca restrita aos seus territórios, indo aonde acreditam ser viável o acesso, ainda que signifique o deslocamento geográfico.

Vimos que as linhas de cuidado são estratégias utilizadas para organizar o fluxo de usuários no sistema de saúde, cuja abordagem dada ao câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção e para que as ações alcancem melhor resultado. Traldi e cols. (2016) afirmam em seu trabalho que é preciso que haja articulação entre as linhas do cuidado, pois a

quebra no fluxo dos serviços ou a falta dessa articulação poderá dificultar o percurso dessas mulheres na rede e atrasar o diagnóstico e, também, sua inserção na Alta complexidade. No caso das usuárias participantes da pesquisa percebe-se a falta de articulação para a devida garantia da integralidade das ações, bem como garantia de acesso ao diagnóstico de forma equânime.

Coadunamos com Silva e Moreira (2021), que ao analisar dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas, diz que questões relacionadas a ordem operacional, a infraestrutura, concursos públicos, investimentos nas condições de trabalho, e ainda atualização e salários, dentre outros fatores, comprometem o sistema de regulação e conseqüentemente o acesso dos usuários. Desse modo, verificasse que um conjunto de fatores convergem para tornar a trajetória das mulheres na sua busca pelo diagnóstico mais penosa e sofrível.

Para além das dificuldades no acesso, ainda ocorre alguns tensionamentos na relação médico e usuário, como o relatado por essas duas entrevistadas.

[...] aí ele foi e me apalpou assim, com muito grosseira mesmo. Ele fez assim, um.... atendimento bem grosseiro [...] (entrevista 6).

Nesse depoimento aparece a conduta autoritária do profissional, frente a recusa em submeter-se à transfusão sanguínea.

[...] não sei trabalhar assim, sou eu que tô com o bisturi na mão, tem que ser do meu jeito. (...) Eu falei eu sou Testemunha de Jeová, minha consciência não deixa. Ele praticamente me ameaçou, o bisturi tá na mão dele. Falei com a assistente social dele, que não ia ficar, ela disse você vai pro final da fila. Mas foi pro mesmo mês. Aqui fui muito acolhida [...]. Lá não me senti respeitada (entrevistada 3).

Aqui, a usuária se sentiu desrespeitada e não teve salvaguardado o seu direito a autonomia. Sabemos que imposições e propostas não dialogadas, não contribui com a adesão ao processo de tratamento, ademais as crenças e fatores culturais não devem ser desconsiderados nessa relação e conforme apontado por Andrade & Andrade (2010), a utilização do conhecimento, desconsiderando o outro, é fonte de autoritarismo e “Ainda que possamos ver o caráter protetor (paternalismo) do ato médico assim concebido, a desconsideração da personalidade do paciente como agente do seu destino, por parte do médico não deixa de ter um caráter fortemente autoritário” (p.51).

A percepção da descoberta do câncer mamário para a grande maioria das entrevistadas foi desagradável e constrangedora, como não poderia deixar de ser, entretanto houve reações diferenciadas após a descoberta do tumor.

Quanto ao diagnóstico confesso que fiquei chocada. [...] em tudo eu dou graças a Deus, eu tô confiante, sei que vou superar. [...], acho que hoje eu tô querendo um colo, colo de Deus, mas tô confiante se Deus quiser vai dar tudo certo (entrevistada 2).

Não tenho problema com a cirurgia, falei até com minha irmã se fosse no rosto, mas na mama, ninguém vê, posso até ficar sem. Eu quero é ficar bem (entrevistada 3).

A doença é difícil e a gente ter que admitir que tá doente. [choro], sei que é um tratamento bem dolorido, minha tia já passou por isso, sei que vou conseguir (entrevistada 5).

Quando eu soube o diagnóstico meu mundo caiu porque eu penso muito na minha filha que é filha única, é que curto minha família. [voz chorosa] (entrevistada 4).

O diagnóstico não mexeu muito comigo, porque penso que o imprevisto sobrevém a todos nós. E como aconteceu comigo acontece com qualquer um, eu sou ser humano eu não sou diferente (entrevistada 7).

[...] aí pensei tô como uma dinamite no corpo, aí falei vou morrer, não vou fazer mais nada, aí eu conheci a Bia, que é do grupo renascer [grupo de pacientes do HC III], que me colocou no grupo, aí elas foram tão carinhosas me deram boas-vindas, aí eu vi meninas lindas, mulheres bonitas que não se entregaram, vi a garra delas e, se elas tão lutando então vou lutar também, não vou me entregar [...] (entrevistada 9).

Essas mulheres experienciaram na sua busca por diagnóstico, situações traumáticas, em que apresentavam uma suspeita e não conseguiam obter os exames necessários à sua confirmação em tempo oportuno, gerando angústia e medo frente a uma doença que traz em si o estigma de dor, morte e sofrimento, buscam na fé a esperança de que irão superar a doença e retomar à sua vida social, demonstram urgência em iniciar o tratamento, querem livrar-se da doença e se colocam em posição de luta, luta contra a doença.

Nesse momento a perda da mama ou do cabelo, pela quimioterapia, ganha importância secundária, diante da manutenção da vida. Isto fica evidente na fala de uma das entrevistadas quando considera importante a urgência do início do tratamento.

Eu quero começar logo a quimio, a mama dói muito, eu não tô preocupada com o cabelo, eu preciso é começar logo e destruí-lo. Sinto uma dor como se fosse uma facada, preciso começar logo a tratar (entrevistada 9).

A urgência em tratar-se secundariza tudo o mais, nos momentos iniciais do tratamento oncológico.

Outro fato que não é possível desprezar é a desigualdade social que perpassa a vida dessas mulheres, alguns autores atribuem a dificuldades de acesso a questões relacionadas a

renda, (TRUFELI, et al, 2008; RESENDE, 2009; NOGUEIRA, 2009; GONÇALVES, et al., 2014; FEIJO et al., 2016). Outrossim, pessoas que apresentam condições socioeconômicas menos favoráveis, apresentam maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, desse modo ficam mais expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, incluindo o câncer (BORGES et al., 2008; Nogueira, 2009).

No depoimento a seguir, após relatar toda a dificuldade que teve para conseguir realizar o diagnóstico, a entrevistada trouxe sua indignação nesse desabafo:

Então, esse é um país muito desigual, por ser desigual [...] então o que acontece é que os que estão lá [no poder] e podem nos ajudar e, estão lá pra isso, porque colocamos eles lá, mas eles não tão fazendo [...] espero que o país melhore, que vejam os menos favorecidos, porque os menos favorecidos são humanos, senti dor, têm filhos, tem mãe, tem pai né? e vão sendo deixados pra trás, sofrem, mas depois vem a eleição de novo e os políticos querem nosso voto e tapeiam de qualquer maneira um chão, uma estrada... faz qualquer coisa e acha que fazem muito (entrevistada 7).

Ela ainda complementa afirmando,

Sabe o que eles poderiam fazer muito pela gente? É nos respeitar como seres humanos, respeitar é... ter saúde, educação, segurança, pra isso que eles estão lá. É tudo isso!... que nem é tanto, porque saúde, educação e segurança é o básico. E o que eles nos dão? Dão decepção. É o que temos colhido (entrevistada 7).

Ainda que a reflexão, não se materialize numa compreensão de que a luta por direitos não se restringe ao direito ao voto, mas que essa é uma luta coletiva que perpassa pela consciência de classe rumo a construção de uma sociedade mais justa, ainda assim, demonstra o reconhecimento de que o caminho é a socialização da riqueza socialmente produzida, ainda que não explicita, é o que sua fala, intuitivamente demonstra.

Considerando as dificuldades socioeconômica apresenta pelas entrevistas, convém citar Nogueira (2009) que em seu estudo com mulheres matriculadas em uma unidade oncológica no Rio de Janeiro, afirma que as mulheres de classes sociais menos favorecidas, apresentam uma maior dificuldade de acessar os serviços de saúde, tendo em vista suas condições de vida e trabalho, sobretudo, também, pela precariedade do suporte fornecido pela AB, quanto ao subsídio para uma detecção precoce. Desta forma, a autora considera que a demora na realização de exames que confirmem a presença de tumores ou o tempo alongado na espera pelo resultado tem relação direta com diagnósticos tardios, que levam a tratamentos mais complexos e caros para o SUS.

Assim, as diferenças socioeconômicas existente em uma população reflete diretamente no perfil epidemiológico de câncer, no que se refere à incidência, mortalidade, sobrevida e qualidade de vida após o diagnóstico (WÜNSCH FILHO et al., 2008 apud NOGUEIRA, 2009). Este aspecto não pode ser ignorado e é fundamental no processo de planejamento e gestão de Saúde Pública, de forma a delinear as tomadas de decisão quanto as medidas a serem adotadas para facilitar à população o acesso ao diagnóstico precoce e de qualidade e posterior tratamento menos agressivo de baixo custo ao sistema.

Corroborando com a ideia, Rodrigues e Givisiez, (2010) apontam, que o acesso à saúde extrapola a assistência e envolve diversos aspectos e fatores como condições socioeconômicas, culturais, localização geográfica dos equipamentos de saúde, transporte, renda, escolaridade, entre outros fatores. Esses aspectos, quer tenham maior ou menor influência sobre a saúde, o diagnóstico e o tratamento, têm com certeza impacto direto na sobrevida e na qualidade de vida da mulher.

É importante destacar que embora o câncer de mama não esteja associado à pobreza, como o câncer de colo do útero, pênis, estomago e cavidade oral (BRASIL, 2006b; NOGUEIRA, 2009), sua mortalidade está diretamente relacionada com as condições de vida das mulheres acometidas pela doença, principalmente por conta do tempo de acesso ao tratamento, da qualidade do que é proporcionado à mulher e das condições econômicas e sociais para o acompanhamento do tratamento.

Cabral e cols. (2019) em seu estudo sobre o perfil de mulheres com característica sociais de maior vulnerabilidade, concluíram que estas “apresentaram maior intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento, independente do estadiamento da doença.” (p. 618).

Para Sousa, Santos e Sousa (2020), os achados de que fatores socioeconômicos podem suggestionar a fase do diagnóstico, acentuam a importância de proporcionar uma abordagem diagnóstica mais ampla para mulheres com menor nível socioeconômico, pois o diagnóstico precoce e a data de início do tratamento são questões fundamentais na execução do diagnóstico e saúde dessas mulheres.

Assis e Mamede (2016), valendo-se de Stein e cols. (2009), apontam que o câncer de mama é descoberto com maior frequência em mulheres de boas condições socioeconômicas e bom nível educacional, o que pode estar relacionado ao estilo de vida, que envolve, dieta adequada, idade do primeiro filho, utilização de terapia hormonal e uso de álcool. Por outro lado, a mortalidade é mais elevada nas mulheres pertencentes aos grupos com uma baixa condição socioeconômica, o que sugere que a dificuldade de acesso ao atendimento, bem como a adesão ao tratamento constituam obstáculos importantes para o diagnóstico e

tratamento. Desse modo, baixos níveis socioeconômicos estão associados a um pior prognóstico, após o diagnóstico do câncer de mama (SCLOWITZ, 2005 apud ASSIS & MAMEDE, 2016).

Para Sousa, Santos e Sousa (2020) o acesso ao diagnóstico de câncer de mama no Brasil é desigual e a constatação de que fatores socioeconômicos podem influenciar no estágio do diagnóstico, evidencia a necessidade de se promover um “acesso mais amplo ao diagnóstico pelas mulheres com menor nível socioeconômico, visto que o diagnóstico precoce e a data de início do tratamento são questões chave para a promoção da saúde dessas pacientes, objetivando a melhor estruturação da rede de atenção à Saúde” (p.1789).

Sanchez e Ciconelli (2012) apontam que a extensão das iniquidades em saúde, é registrada por diversos pesquisadores, e que elas são resultado de uma estratificação social e de desigualdades políticas que permeiam o sistema de saúde. Complementam ainda, que “a renda, a condição social e cultural, condições de habitação e emprego, bem como outros fatores, como raça e sexo, são importantes” nesse contexto. Ademais as desigualdades podem, também, “ser fruto da forma como os sistemas de saúde criam barreira aos usuários, gerando problemas na disponibilidade, qualidade e custo dos serviços” (p.267).

Para Borges e cols. (2008) as pessoas que apresentam condições socioeconômicas menos favoráveis apresentam uma maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e dessa forma ficam mais exposta ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o câncer. Para o autor “É obrigação das políticas de saúde coletiva suprimir as desigualdades individuais, promover igualdade no consumo de seus serviços e, assim estabelecer equidade na saúde das pessoas, independentemente de sua estratificação social” (p.114). Desse modo seria possível garantir um acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de forma mais igualitário à população usuárias dos serviços de saúde. Nesse sentido as políticas para o câncer e a organização do SUS podem contribuir se efetivadas de fato.

Foi possível até aqui observar que muitas foram as normativas criadas com o intuito de estruturar e organizar a assistência em oncologia, convém no entanto ressaltar que as políticas públicas para o câncer de mama, devem sempre buscar o efetivo atendimento das mulheres vítimas dessa patologia, proporcionando as condições para um acesso rápido ao diagnóstico e tratamento, e não simplesmente ter um caráter focalizador, representando apenas mais uma das estratégias da contrarreforma do Estado brasileiro, cujas ações são determinadas por razões econômicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou captar a percepção das mulheres com câncer de mama matriculadas no HCIII/INCA, sobre a sua trajetória assistencial em busca do diagnóstico e tratamento e identificar quais as barreiras existentes na linha do cuidado do câncer de mama que dificultam o diagnóstico.

Ao pensarmos na realização da pesquisa, em final de 2018 e início de 2019, observávamos na prática um número expressivo de queixas de usuárias com a demora no agendamento para o tratamento na Alta Complexidade, através do sistema de regulação SER. Como no imaginário popular o INCA figura como o responsável pelo tratamento de câncer na cidade do Rio de Janeiro, as usuárias acabavam por fazer contato com a unidade, por telefone ou comparecendo à unidade, para cobrar a agilidade no agendamento, ou para pedir antecipação da data (quando já agendadas), devido ao tempo longo de espera. Tais fatos geravam angústia, sofrimento e grande ansiedade, pois já se sabiam com câncer e tinham pressa em tratar e, muitas delas tinham tido atraso no diagnóstico.

Tal demora, refletia-se em tensionamentos constantes, visto que algumas usuárias atribuíam ao INCA a falta de vaga para o agendamento. Nessa ocasião a fila para agendamento do câncer de mama no estado do Rio de Janeiro era grande retardando o atendimento na Alta Complexidade.

No entanto a pesquisa aqui realizada, durante a pandemia, mostrou que as queixas não estavam mais concentradas nesse nível de atenção e sim perpassavam a atenção primária e secundária, ou seja, ao processo diagnóstico.

Desse modo, as dificuldades para agendamentos de exames e a demora na realização dos procedimentos diagnósticos, pelo SISREG foram as barreiras mais apontadas pelas entrevistadas, dependentes do SUS, ficando então, as dificuldades centradas na fase diagnóstica, além dos atrasos nos agendamentos e a ocorrência de agendamentos frustrados, por falta de equipamento ou de profissionais na assistência, retardando o diagnóstico.

Como foi observado, muito dos acessos foram conseguidos pela própria mulher, ao peregrinar pelos serviços de saúde, em busca de realizar o atendimento. Ficou caracterizado que há uma significativa barreira no acesso ao diagnóstico, com baixa resolutividade nas ações desenvolvidas na AB, por falta de médicos, redução da equipe, rotatividade dos profissionais e baixa qualificação dos mesmos na identificação dos sinais e sintomas, dificultando o acesso e a garantia de uma assistência integral às usuárias dos serviços.

Cabe então registrar, que em relação ao atraso, algumas situações observadas empiricamente, não explicitadas pelas entrevistadas, se relaciona a solicitações equivocadas

no sistema ou incompletas, que são pendenciadas e em alguns casos, não são observadas pela unidade solicitante e, portanto, não respondidas sendo assim, não são concluídas e ainda a ocorrência de absenteísmo gerado pelo fato das usuárias não serem informadas do agendamento. Essas ocorrências contribuem para o atraso das usuárias ao nível de atenção para o qual foi inserida, quer seja secundário para realização diagnóstica ou alta complexidade para iniciar tratamento.

Sabemos que não basta a existência de uma central de regulação é preciso que se tenha a oferta de vagas necessárias e pactuadas para a Rede de Atenção. Pois de forma empírica também, percebemos a redução na oferta desses serviços, em diálogos com profissionais que trabalham na ponta da rede. O que fortalece a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, sobretudo, ampliação na oferta de biópsias na atenção secundária, uma vez que cabe a este nível de atenção a avaliação dos casos encaminhados pela AB, para fins de confirmação diagnóstica, como já observado no interior desse trabalho, portanto ele precisa estar preparado para atender às usuárias, sem demora no tempo de agendamento e sem entraves que dificultem a resolução dos casos, para as mulheres que já acessaram o atendimento.

Apesar deste estudo ter ouvido um reduzido número de mulheres e ainda ter sido realizado sob certo tensionamento do período pandêmico, foi possível trazer elementos sobre a trajetória dessas mulheres para acesso ao diagnóstico e ao tratamento, de modo a proporcionar reflexões sobre essa problemática e se pensar em estratégia para mitigar o problema, sobretudo para as usuárias mais vulneráveis, uma vez que, as desigualdades sociais demonstram ser um fator dificultador para esse acesso, como já observado aqui, à luz de vários autores, uma vez que as diferenças socioeconômicas existente no conjunto da população reflete diretamente no perfil epidemiológico de câncer e impacta diretamente no curso da doença, no seu prognóstico e em custos para o sistema de saúde com tratamentos mais onerosos, portanto essa é uma questão que precisa ser considerada ao se planejar ações voltadas para garantia do acesso.

A partir da realidade apreendida, reforça-se o quanto é necessário ampliar o acesso e reordenar os fluxos assistenciais no que se refere à realização dos exames diagnósticos, a fim de garantir um fluxo ágil, com atendimento oportuno e maior resolutividade na investigação diagnóstica e no tratamento.

Para tanto se faz necessário fortalecer a AB, pois como já citado, ela tem papel fundamental nas estratégias de detecção precoce, por ser um eixo estruturante do SUS e o local de primeiro acesso das mulheres com alterações suspeitas e a atenção secundária deverá ser aparelhada para garantir o atendimento às usuárias encaminhadas. Portanto as linhas de

cuidado ao câncer precisam ser bem estabelecidas na prática, garantindo à mulher a realização dos exames necessários ao diagnóstico e posterior tratamento. Desse modo é importante que haja articulação entre a AB e os demais níveis de atenção, sobretudo a atenção secundária para que haja a continuidade do cuidado, sem fragmentação e barreiras que trazem múltiplos prejuízos à saúde da mulher.

A despeito da saúde ser reconhecida como um direito, conforme preconizado no texto constitucional e na legislação vigente, verifica-se ainda muitos desafios na assistência às mulheres com câncer de mama, especialmente em situação econômica desfavorável. A maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde resulta em atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, impedindo os avanços necessários para a redução da mortalidade e o controle da doença. É cada vez mais necessário o fortalecimento do SUS, para que este possa responder de forma efetiva as demandas de saúde da população usuária de forma equânime e oportuna, garantindo assim a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G.S.C; SILVA, M.J.S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro. v.38, n.103, p.953-965. 2014. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
- ALMEIDA, C.; LACHMANN, L; Martelli, C. (2020). A pandemia e seus impactos no Brasil. **Middle Atlantic Review of Latin American Studies**, v. 4, n. 1, p. 20-25, 2020.
- ANDRADE, E. O; ANDRADE, E. N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico, 2010. **Rev. Bras. Clínica Médica**, n.8, p. 46-52, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a010.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ASSIS, C. F.; MAMEDE, M. A Mamografia e seus Desafios: Fatores Socioeducacionais Associados ao Diagnóstico Tardio do Câncer de Mama. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 63-72, jan./jun.2016.
- ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.
- AZEVEDO A.L.M; COSTA A.M. A estreita porta de entrada do Sistema de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, set. 2010.
- BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: eficiência e equidade dos gastos públicos no Brasil: Volume I: sintéticos (português). Washington, DC: Grupo do Banco Mundial. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese>. Acesso em: 01 de agosto 2019.
- BARROS, A.F.G; UEMURA, G., MACEDO, J.L.S; Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. a e estratégias para a sua redução. **Femina**. v. 40, n. 1. p. 31-36, jan./fev. 2012.
- BARROS, A.F; ARAUJO, J.M. NASCIMENTO, C.M; DIAS. A. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.53, p. 1-11, jan. 2019.
- BARROS, F.P.C. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-71, 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>.
- BASTOS DE PAULA, S. H.; VOLOCHKO, A.; FIGUEIREDO, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 146-165, 1 dez. 2016.
- BISPO JÚNIOR, J.P; MORAIS, M.B. Democracia e Saúde: reflexões e desafios para a 16ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 16, 2020. DOI: 10.11606 / s1518-8787.2020054001713. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166065>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- BORGES, J. B. et al. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do autoexame das mamas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 54, p. 113-122, abr./jun. 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Defensoria Pública da União. **Inaugurada central unificada de regulação do acesso a serviços de saúde no RJ**. 2015. Disponível em: <https://dpu.jusbrasil.com.br/noticias/198654430/inaugurada-central-unificada-de-regulacao-do-acesso-a-servicos-de-saude-no-rj>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização da Gestão da Assistência**. 2. ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Política de Regulação do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 1559 de 01 de agosto de 2008**. Política Nacional de Regulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria Geral de Controle Externo. **Auditoria de Monitoramento: regulação ambulatorial**. Brasília, DF: TCU; 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 874 de 16 de maio de 2013**. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº- 876, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, referente ao primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014**, altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. 2019a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. **Relatório de auditoria operacional da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer**. Brasília, DF: TCU; 2019b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 11 nov, 2020.

BRAVO, M.I.S.; MATOS M. C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, A.P.P. Política Social e Democracia, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, A.P.P. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006

CABRAL, A.L.L.V, **Mulheres com câncer de mama em Belo Horizonte perfil, trajetória e narrativas sobre o cuidado**. Tese (Doutorando em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

CABRAL. A.L.L.V. et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciênc. saúde colet.** v. 24, n. 2, fev, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0613.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232018242.31672016.

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Acesso em: 02 jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>

CAVALCANTI, A.G. **A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT**. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

CECÍLIO, L.C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997

CECÍLIO, L.C. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2009

COMISSÃO INTERGESTRES BIPARTITE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB nº 3.470 de 20 de julho de 2015, pactua a criação de uma central unificada

de regulação – REUNI-RJ - com o objetivo de ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses à serviços estratégicos localizados no município do rio de janeiro.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Entenda como funciona a Regulação da Oncologia**. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2018. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/informes/exibe/4018>. Acesso em: 15 jan. 2019

CRUZ NETTO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETTO, O.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DANTAS, A; PRONKO, M. **Estado e dominação burguesa**: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, A. B. At al (org). Hegemonia burguesa na educação pública, Rio de Janeiro, 2018. EPSJV. p. 73-96.

ESCOREL, S. Saúde: **Uma questão nacional**. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1989.

FAUSTO, M. C, R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, N. Especial, p. 13-33, out. 2014.

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 Matern Infant**, v. 17, Suppl 1, p. 563-73, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100004>

FEIJO A.M. et al. Os caminhos de cuidado das mulheres com o diagnóstico de câncer de mama. **Av Enferm.**, v34, n. 1, p. 58-68, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a07.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37390>

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde**: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GILL, R. **Análise de Discurso**. In: BAUER MW, GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002. p. 244-270.

GIOVANELLA, L. **Ajuste fiscal e injustiças em saúde**: breve comentário ao relatório do Banco Mundial, 2017 ‘. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>. Acesso em: 20 maio 2019.

GOLDMAN, R. et al. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, supl. 1, p. 274-281, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 13 out. 2019

GONDIM, R. et al. **Organização da Atenção**. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JR., W. V. (Orgs.). Qualificação de gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120.

GONÇALVES, L.L.C, et al. Barreira na tenção em saúde ao câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9RfKfjrRGXmWNxvMYLSZdXD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

IASI, M. L. **Democracia de cooptação e o apassivamento da classe trabalhadora**. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; BPSCJETTO, O.; GRANEMANN, S. (org.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortêz, 2012. p. 285-317.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **SUS pode ser o seu melhor plano de saúde**. São Paulo, 2006. Disponível em: www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/cartilha_SUS_3edicao.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **SISMAMA**: informações para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Informativo Detecção Precoce**. Boletim ano 6, n. 3, set./dez. 2015b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-3-2015.pdf>. Acesso em 20 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Viva Mulher 20 anos**: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos. Rio de Janeiro: INCA, 2018. 86p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Situação do câncer de Mama no Brasil**: síntese dedados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf. Acesso em 11 set. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Relatório Painel-Oncologia**. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//painel_oncologia_relatorio_mai_2019.pdf. Acesso em: 11 de nov. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Estimativa 2020**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Programa de Qualidade da Mamografia**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-qualidade-em-mamografia>. Acesso em 14 de out. 2021

KAMEYAMA, N. Família(s) e relações de gênero. *PAGESS: Programa de pós-graduação em Serviço Social*, Rio de Janeiro, n.5, 2001

KHUN, F.S; SANTANA, A. I C; MERCÊS, M.C. Produção de mamografias no âmbito do sistema único de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 231-237, maio/agosto 2018.

LIMA, J.C F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

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, set. 2010.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Investig. Const.** V. 4, n. 1, jan-apr. 2017.

MATTA G.C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz/EPJSV; 2007. p.61-80

MATTA, G.C, MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde**, Dicionário da Educação em Saúde 2009.

MATTOS, R.A.de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

MEDEIROS, G.C. Análise do intervalo de tempo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico de mulheres de câncer de mama em um centro Oncológico de referência no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

MEDEIROS G.C, et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015. DOI: 10.1590/0102- 311X00048514.14.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Texto para Discussão, 687)

MELO, E. A, et al, G, C, L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, setembro, 2018

MENDES, A. A saúde pública no contexto a crise ou do capitalismo? **Saúde Soc**. São Paulo, v24, suppl.i. p.66-81, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>

MENDES, A; CARNUT, L. A saúde pública continua na mira do austero banco mundial. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publicacontinua-na-mira-do-austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardocarnut/32393/>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MENDES, C.C, VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v 39, n. 106, p. 881-892, jul-set .2015.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.:

MENDES, E. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS; 2017.

MIGOWSKI A, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00074817, 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 80p.

MINAYO, M, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

- MOROSINI M.V.G.C; FONSECA A.F; LIMA L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016**: a precarização para além dos vínculos. 2018, 357 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018.
- NOGUEIRA, A.C.C. Políticas de Saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um o estudo sobre as mulheres matriculadas no HC III. 2009. 91f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal Fluminense/UFF, 2009.
- NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.753-760, maio/jun. 2004.
- PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Cien Saude Colet**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- PIMENTEL, M. S. L. **Rastreamento do câncer de mama na atenção básica**: uma contribuição da enfermagem. 2017. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017.
- PINHEIRO, R. et al. **Demanda em saúde e direito à saúde**: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. 2013. In: PINHEIRO, R. et al (org.). Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação.
- PINHEIRO, R. et al. A.G. **O estado do conhecimento sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado**. In: GERHARDT, T.E., et al. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016
- POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder, o socialismo. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra (Graal), 2000
- PORTO, M. A. T, TEIXEIRA L. A, FERREIRA, S. R. C. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Rev Bras Canc**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.
- RANGEL, G; LIMA, L. D. L. VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1065-1078, out-dez 2015.
- REZENDE M.C.R, et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.
- ROCHA, A.P. da. **Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro, RJ**: efeitos da inserção da APS na regulação. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- RODRIGUES, C.S, GIVISIEZ, J.H.N. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de campos dos Goytacazes. In: XVII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17; 2010 set. 20-24; Caxambu, Brasil. **Anais** [...]. Caxambu, ABEP, 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

- SAFFIER, I.P.; SILVA, M.V.C.B. Consultas e exames na rede pública municipal do Rio de Janeiro via SISREG: desafios e alternativas de gestão para desafogar a demanda. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 2, 2017
- SANCHEZ, R. M, CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SAUTER, A. M. W. et al, política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. **reme – Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>. Acesso em 11 nov. 2021.
- SILVA, I.S. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00097018>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- SILVA, M.F, MOREIRA, M. C. N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, a. 6, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dkZXRhXhJfz9hHnmf3h7ZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2020
- SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita.**, a. 1, n.1, p. 15-20, nov. 1997.
- SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca de diagnóstico e tratamento de câncer de mama: uma perspectiva sócioantropológica**, 2003. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje**: Impactos e demandas ao Serviço Social. Recife: PPGSS/FSS/UFPe., 2011
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**, [2017]. Disponível em: www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos. Acesso em: 11 nov. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Mamografia no Brasil**: o pior cenário dos últimos cinco anos, 2018. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/mamografia-no-brasil-o-pior-cenario-dos-ultimos-cinco-anos/>. Acesso em: 10 out. 2019
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Notícias sobre paciente com câncer de mama**, 2019 disponível em: <https://sbmastologia.com.br/6-das-pacientes-com-canc.../> acesso em 10 set. 2020
- SOUSA, M. C; SANTOS, L.S.S; SOUSA, C. C. Diagnóstico de câncer de mama por exames genéticos: uma revisão de literatura/Diagnosis of breast cancer by genetic exams: a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1786-1797, 2020
- SOUZA, E.C.F, Vilar R.L.A, Rocha N.S.P.D, Uchoa A.C, Rocha P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Suppl 1, p. S100-10, 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. **Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, DF: TCU; 2017.

TRALDI, M.C; GALVÃO, P; MORAIS, S.S.; FONSECA, M.R.C.C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.185-191, 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

TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Revista TCMRJ - transparência do SISREG, publicado setembro de 2018. Disponível em <https://www.tcm.rj.gov.br/WEB/Site/Noticia>. Acesso em: 12 dez. 2019

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do Câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 54, n.1, fev. 2008.

VIDAL. D. L. C. **Demanda reprimida**: acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

VILARINS. G.C.M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Comun. ciênc. Saúde**, v. 21, n. 1, p. 81-84, jan./mar. 2010.

VILARINS, G.C.M; SHIMIZU, H.E; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012

XAVIER D.R, et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 20-35, 2016.

APENDICE A



ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TRAJETÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: da queixa ao tratamento em unidade especializada no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro

Prezada participante,

Este documento oferecerá informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, por meio da mestrandia Vânia Braz dos Santos (pesquisadora responsável). Antes de decidir sobre sua participação apresentaremos o objetivo do estudo, a metodologia desenvolvida, riscos e benefícios de sua participação, bem como seus direitos garantidos, além de outras orientações.

O objetivo desta pesquisa é analisar sua trajetória desde a queixa até sua matrícula nessa unidade especializada no seu tratamento e podermos identificar as barreiras existente nesse processo e contribuir na melhoria do acesso. Se concordar em fazer parte deste projeto, a sua participação consistirá em responder a um roteiro de entrevista, que será realizada pela própria pesquisadora e fará anotações para registro de informações da pesquisa.

Esta entrevista se dará após sua consulta de avaliação médica na unidade e posterior confirmação da sua matrícula no Hospital do Câncer III (INCA), para o devido início do tratamento. A entrevista ocorrerá em lugar confortável e privado, onde estarão presentes apenas a pesquisadora, resguardando assim o sigilo das informações fornecidas. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos.

Esclarecemos que a recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer prejuízo ao seu tratamento. Complementamos que poderá se recusar a responder qualquer questão que traga de alguma forma constrangimento ou desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Vale ressaltar que

Rubrica Pesquisadora

Rubrica Participante



sua participação é voluntária e não haverá qualquer ônus durante a pesquisa, ou mesmo qualquer forma de pagamento pela sua participação no estudo.

As informações que nos forem fornecidas, serão seguramente mantidas em sigilo absoluto e a divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa em questão. Estes resultados serão apresentados em conjunto com as informações de todas as participantes da pesquisa, não sendo declarado qualquer indicação que possa identificá-la. Portanto, seu nome não será revelado em hipótese nenhuma. Fica assegurado ainda, o direito de recorrer a indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, nos termos da lei e da resolução nº 510/2016, Cap. III, art. 9º e ainda o Cap. IV, art. 19. Acreditamos que com as ações descritas estão garantidos aos participantes o direito humano e respeito ético.

Esperamos que a partir das informações fornecidas, juntamente com outras participantes da pesquisa, possamos fornecer dados que revelem quais as barreiras existentes no sistema público de saúde, que, de alguma forma, retardam o acesso em tempo oportuno às mulheres ao início do tratamento do câncer de mama. Mesmo que os resultados não tragam benefícios diretos neste momento, as informações obtidas poderão ajudar em processos e procedimentos futuros, na qualidade de atendimento à mulher.

Ressaltamos que os dados obtidos nesta pesquisa serão analisados e publicados na forma de dissertação. Concomitantemente será elaborado um relatório de pesquisa, onde serão apresentados os dados e análises para as instituições participantes, como forma de retorno e obrigação do pesquisador, de acordo com o art. 9º da Resolução nº. 580/2018, do CNS.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa tanto da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ambos os comitês são órgãos institucionais e credenciados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e têm por objetivo proteger o bem-estar dos participantes da pesquisa.

Caso haja dúvidas em relação aos seus direitos como participante ou mesmo sobre a pesquisa, poderá esclarecer seus pontos com os comitês pelos seguintes contatos:

Rubrica Pesquisadora

Rubrica Participante



- Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Manguinhos
Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21040-360
Tel.: 3865-9809
E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br
- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer
Rua do Resende, 128, sala 203, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP 20231-092
Telefones: (21) 3207-4556 (horário de Atendimento: 09:00 às 16:00h).
E-mail: cep@inca.gov.br

Contato da Responsável pela Pesquisa:

- Vânia Braz dos Santos
Telefone: (21) 3207-3937
E-mail: vaniabs@inca.gov.br

Declaro que li as informações e entendi o propósito deste estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas momentaneamente, esclarecidas. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo e recebo uma cópia assinada deste Consentimento Livre e Esclarecido.

Participante da pesquisa

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura: _____

APENDICE B**ANEXO II
ROTEIRO DE ENTREVISTA****1. DADOS GERAIS**

Identificação n. _____

Nome: (Fictício) _____

Estado Civil: () Casado () Solteiro () União Estável () Viúvo

Profissão: _____

Ocupação atual: _____

Cor da pele/raça _____

Possui plano de saúde ou é usuária do sistema público de saúde?

() plano de saúde () Sistema Único de Saúde (SUS) () não sabe/não respondeu.

2. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Renda familiar: () S/renda () 1 SM () 2 a 3 SM () 3 a 5 SM () > 5 SM

3. ESCOLARIDADE

() Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Fundamental inc.

() Ensino Médio () Ensino Médio inc. () Ensino superior () Ensino superior inc

4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

() Formal () Informal () não trabalha

5. POSSUI VÍNCULO PREVIDENCIÁRIO

() Sim () Não

6. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Realizava exames preventivos regularmente? () Sim () Não

Se a resposta for sim, em unidade pública ou privada?

Quando notou alteração de saúde relacionada ao câncer?

O que fez?

Quando procurou ajuda na AB?

Quanto tempo levou para ter a primeira consulta?

Quanto tempo levou para realizar os exames solicitados?

Os exames foram realizados na rede pública: Totalmente () Parcialmente ()

Quanto tempo levou para realizar a biópsia?

Quanto tempo levou até o diagnóstico?



Qual sua impressão da forma de agendamento dos exames?

Qual a forma de encaminhamento para a unidade de tratamento?

Quanto tempo levou do momento que foi encaminhada até a chegada na unidade de tratamento?_____

Qual foi sua impressão da forma de agendamento para unidade de tratamento?

ANEXO 1

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO INCA

Prezado Pesquisador,
No cadastro do seu estudo na Plataforma Brasil (<http://www.saude.gov.br/plataformabrasil>), você deverá:

1. Anexar cópia digitalizada deste formulário, devidamente preenchido e assinado pelos envolvidos direta ou indiretamente, na execução da pesquisa;
2. Relacionar na Equipe de Pesquisa (Tela 1 - Informações Preliminares) da Plataforma Brasil, os colaboradores identificados neste formulário.

1) Título da Pesquisa

TRAJETÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: da queixa ao tratamento em unidade especializada no Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro.

2) Pesquisador Principal (Responsável pelo Cadastro na Plataforma Brasil)

Nome: Vânia Braz dos Santos

Categoria Profissional: Assistência em C&T

Vínculo: INCA Servidor/Funcionário Residente Aluno Outro Qual? Outra Instituição Qual?

Setor de Lotação no INCA: Divisão Médica

Contatos: Telefone: (21) 3207 3937 Celular: (21) 996362631 E-mail: vaniabs@inca.gov.br

Assinatura: *Vânia Braz dos Santos*

3) Pesquisador Principal no INCA

Quando se tratar de pesquisa na qual o INCA for a Instituição Coparticipante, deverá indicado um responsável que possua vínculo formal com a Instituição

Nome: Vânia Braz dos Santos

Categoria Profissional: Assistência em C&T

Vínculo: INCA Servidor/Funcionário Residente Aluno Outro Qual? Outra Instituição Qual?

Setor de Lotação no INCA: Divisão Médica

Contatos: Telefone: (21) 3207 3937 Celular: (21) 996362631 E-mail: vaniabs@inca.gov.br

Assinatura: *Vânia Braz dos Santos*

4) Finalidade da Pesquisa

Não envolve obtenção de título acadêmico Especialização/Residência Pós-Doutorado

Trabalho de Graduação/Iniciação Científica Mestrado Livre-docência

Aperfeiçoamento Doutorado

Outro. Qual?

Orientador(a):

Vínculo do(a) Orientador(a): INCA Outro Qual? EPSJV/FIOCRUZ

5) Natureza da Pesquisa

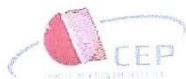
Abordagem	<input type="checkbox"/> Qualitativa	<input type="checkbox"/> Quantitativa	<input checked="" type="checkbox"/> Ambas
Natureza	<input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa Básica	<input type="checkbox"/> Pesquisa Aplicada	
Objetivos	<input checked="" type="checkbox"/> Exploratória	<input type="checkbox"/> Descritiva	<input type="checkbox"/> Explicativa
Dimensão Temporal	<input type="checkbox"/> Retrospectiva	<input type="checkbox"/> Prospectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Ambas



<p>6) Local de Realização Serviço do INCA ou de outra Instituição onde a pesquisa será efetivamente realizado. Deverá ser assinado <i>a priori</i> pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.</p>	
HOSPITAL DO CÂNCER III/HCIII	Dr. Patricia Campos Jure Cirurgia Oncológica CRM 8748776
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
<p>7) Autorização dos Serviços que serão requisitados para execução desta pesquisa Deverá ser assinado <i>a priori</i> pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.</p>	
SEÇÃO DE MASTOLOGIA	Fabiana Tonello INCA - Hospital do Câncer Matriculada nº 3420
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
SEÇÃO PSICOLOGIA	Lúcia Rodrigues Pereira Psicóloga CRP 05-31354
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia



8) Equipe de Pesquisa		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		



8) Equipe de Pesquisa (continuação)		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		
Nome:		
Categoria Profissional:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual?		
<input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?		
Setor de Lotação no INCA:		
Contatos: Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:		



9) Termo de responsabilidade do Pesquisador Principal

DECLARO que conheço e que:

- cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.
- concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório e com o Documento das Américas.
- concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa pessoalmente.
- concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa (no caso de ensaios clínicos).
- li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo (no caso de ensaios clínicos).

Quanto aos Compromissos de Financiamento e Orçamentação, DECLARO que conheço e que:

- não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação.
- nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas.
- o duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS).
- o estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição.
- a Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

Quanto ao Compromisso de Indenização, DECLARO que conheço e que:

- o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. Declaro ainda, que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Quanto ao Compromisso Metodológico, DECLARO que conheço e que:

- toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a).
- se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela.

Quanto ao Compromisso de documentação, DECLARO que conheço e que:

- entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo.

CONCORDO EM SOMENTE INICIAR A PESQUISA APÓS OBTER AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS OU CABÍVEIS DO SISTEMA CEP-CONEP

Rio de Janeiro, 31/07/20

Vânia Braz dos Santos

Vânia Braz dos Santos - RG 06502151-8

[Assinatura] [Nome do(a) pesquisador(a) responsável] [Número do documento de identidade]

10) Termo de Compromisso do responsável pela Instituição:

DECLARO que:

- conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
- a Instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes recrutados na pesquisa em tela, dispondo de condições para a garantia de tal segurança e bem-estar.
- os participantes da pesquisa que vierem a sofrer complicações e danos relacionados à sua participação na pesquisa receberão assistência integral imediata nas unidades assistências do INCA. Nos casos em que houver patrocínio externo, os gastos decorrentes da assistência integral serão ressarcidos pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso (Resolução CNS Nº 466/2012 – V.6).
- a Instituição possui condições e infra-estrutura para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.
- a Instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

Assim sendo, autorizo sua execução.

Rio de Janeiro, / /

Dra. Patrícia Campos
Cirurgia Oncológica
CRM 52 48726-7

[Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade]