

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E
SAÚDE COLETIVA – PPGBIOS
UFRJ, FIOCRUZ, UERJ e UFF**

MARIANNA BRITO DE ARAUJO LOU

O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social

RIO DE JANEIRO

2017

MARIANNA BRITO DE ARAUJO LOU

O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e
Saúde Coletiva – UFF/UFRJ/UERJ/FIOCRUZ,
como requisito parcial à obtenção
do título de Doutora

Orientador: Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior

RIO DE JANEIRO

2017

MARIANNA BRITO DE ARAUJO LOU

O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – UFF/UFRJ/UERJ/FIOCRUZ, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora

Aprovado em 29 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior (Orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Roseni Pinheiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira- Batista
Universidade Federal de Viçosa

Prof. Dr. Alexandre Costa Leal
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Ivia Maksud
Fundação Osvaldo Cruz

Prof^a Dr^a Claudia Regina Santos Ribeiro (Suplente)
Universidade Federal Fluminense

Dedicatória

Dedico este trabalho com todo meu amor ao meu querido pai Mareval de Araujo Lou, sempre presente nas minhas melhores e mais doces lembranças. O seu incentivo e seu exemplo sempre me motivaram e moveram por caminhos do bem. Onde quer que estejas, sei que te orgulhas e torces por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar neste curso e ter me dado toda a coragem necessária para seguir até o fim desta longa jornada. Muita luta, mas muito aprendizado na bagagem.

Grata pelo carinho da minha filha Maria Eduarda, que mesmo tão pequena, soube me compreender e aceitar minhas ausências.

Ao meu amigo, companheiro e esposo Wagner que respeitosamente me apoiou e me sustentou nesta caminhada.

À minha amada mãe Fatima, muito obrigada sempre. O que seria de mim sem você a me proteger, aconselhar e encorajar?

Um agradecimento especial ao meu orientador Aluísio, carinhoso, disponível e presente.

Aos professores que compuseram minha banca de qualificação e defesa agradeço imensamente pelas dicas, comentários e sugestões preciosas.

Aos funcionários da Policlínica, campo deste estudo, que me receberam de braços abertos e possibilitaram a realização deste trabalho. Um beijo especial para Soninha, pessoa do bem, aquela que faz a diferença na vida das pessoas. Também à Liane, tão querida, competente e acolhedora. Muito obrigada de coração.

Ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - PPGBIOS pela oportunidade de realizar este projeto e aos professores deste programa pelos ensinamentos. Depois de passar seis anos neste programa, sinto-me uma nova mulher, com uma mente muito mais aberta e um coração cheio de esperança em um mundo melhor, com menos preconceito, menos intolerância e mais justiça.

Às amigas de trabalho do INCA e da vida Suzana Aguiar, Érica Fabro, Rejane Costa, Daniele Torres, Flavia Macedo e Justina Padula pelo carinho, conselhos, paciência e apoio incondicional.

E de maneira muito especial, gratidão às mulheres que partilharam comigo suas experiências e suas angústias, suas histórias de vida. Vocês me inspiram, me fortalecem e me dão garra para continuar na luta contra as enormes injustiças que ainda enfrentamos em nosso país. Sigamos sempre em frente!

Enfim, a todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para que esta empreitada se concretizasse e que me apoiaram de alguma forma na realização deste sonho.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - O CÂNCER DE MAMA E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS	16
1.1. O controle do câncer de mama no Brasil	16
1.2. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde	20
1.3. Legislações e a organização da Rede de Atenção Oncológica	23
1.4. Regulação do acesso à assistência à saúde	29
CAPÍTULO 2 – INTRODUZINDO A QUESTÃO DA JUSTIÇA	34
2.1. Teorias de justiça contemporâneas	34
2.2. A teoria dos funcionamentos	37
2.2.1. Como identificar os seres pertencentes à comunidade moral?	38
2.2.2. Qual é o novo foco da justiça?	40
2.2.3. Aplicação da teoria dos funcionamentos nas questões da saúde	43
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS E MÉTODOS	46
3.1. Objetivos da pesquisa	46
3.2. Tipo de estudo	47
3.3. Local do estudo	48
3.4. Participantes da pesquisa	49
3.5. Coleta de dados	50
3.6. Análise dos dados	54
3.7. Aspectos éticos	54
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1. Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias	56
4.2. Conhecimento da doença e práticas preventivas	58
4.3. Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde	59
4.4. Intervalos de tempo gastos nas etapas do acesso ao diagnóstico do câncer de mama	63
4.5. Determinando os funcionamentos básicos e os fatores relacionados à sua promoção	67
4.5.1. Ter a capacidade de receber suporte profissional adequado a suas demandas	70
4.5.2. Ser capaz de ter acesso à informação em saúde	79
4.5.3. Ser capaz de ser respeitada em suas necessidades e ouvida em suas singularidades	82

4.5.4. Ser capaz de receber suporte de unidades de saúde organizadas e resolutivas	90
4.5.5. Ser capaz de ter acesso a exames preventivos e diagnósticos em tempo oportuno	100
CONCLUSÕES	108
RECOMENDAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	133
ANEXO A – Roteiro de entrevista com a paciente	133
ANEXO B – Roteiro de entrevista com o profissional de saúde	134
ANEXO C – Roteiro de entrevista com a gerente	135
ANEXO D – Roteiro de entrevista com a funcionária do NIR	136
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pacientes	137
ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido profissionais de saúde	140
ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido gerente	143
ANEXO H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido funcionária do NIR	145
ANEXO I - Ficha de coleta de dados	150

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a localização tumoral mais frequente na população feminina brasileira e líder de mortalidade por câncer, configurando um grave problema de Saúde Pública. O estadiamento clínico tumoral ao diagnóstico representa um importante fator prognóstico de sobrevida do câncer, sendo crucial a garantia do diagnóstico precoce no intuito de reduzir a mortalidade por esta doença. Desta forma, é de fundamental importância que se invista em Políticas Públicas fortes que venham a proteger essa população. Um problema para o direito à saúde se materializa no acesso ao diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama e deve ser pensado muito além de seu aspecto legal, de um direito civil assegurado pela constituição nacional brasileira.

Trata-se de uma discussão também de caráter ético, uma vez que envolve o que pode ser considerado justo ou injusto no acesso à saúde. As políticas públicas de saúde brasileiras deveriam basear-se em alguma teoria de justiça para um melhor planejamento, formulação, implementação e posterior avaliação da eficácia de suas ações, no entanto nota-se um distanciamento entre as questões relacionadas ao acesso à saúde e suas políticas públicas e a justiça social. Buscando contribuir para o melhor conhecimento dos problemas e aperfeiçoamento das políticas, optamos por utilizar na análise uma perspectiva de justiça abrangente e inclusiva, que entendemos ser a mais próxima e coerente com a realidade da população brasileira: a teoria dos funcionamentos idealizada por Maria Clara Dias. **Objetivo:** O objetivo principal deste estudo foi analisar o acesso das usuárias de uma unidade de atenção secundária do município do Rio de Janeiro ao diagnóstico precoce do câncer de mama a partir do uso de uma teoria de Justiça centrada nos funcionamentos básicos individuais. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo observacional e descritiva. Selecionamos como campo de trabalho uma unidade de saúde secundária localizada no bairro de Campo Grande. Seguindo a proposta da teoria dos funcionamentos, buscamos ouvir as vozes dos sujeitos diretamente envolvidos no processo de oferta de diagnóstico do câncer de mama. Desta forma, foram incluídos neste estudo 22 mulheres usuárias, dois médicos mastologistas, a gerente e uma profissional do núcleo interno de regulação da referida unidade de saúde. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de 50,8 anos, com predomínio de mulheres não brancas, que viviam em algum relacionamento fixo, de baixa escolaridade e baixa renda familiar. A grande maioria das mulheres realizava acompanhamento regular com a ginecologia. Destas, todas também realizavam exame preventivo ginecológico, no entanto, apenas a metade delas era submetida ao exame clínico das mamas e quase metade delas desconhecia os critérios do programa de detecção precoce do câncer de mama preconizado pelo Ministério da Saúde. Das mulheres dentro da faixa etária alvo para o rastreamento, a grande maioria não havia realizado mamografia nos últimos dois anos. Por meio das entrevistas com os envolvidos no processo do diagnóstico do câncer de mama foi possível determinar os funcionamentos considerados básicos com relação ao processo do diagnóstico do câncer de mama. **Conclusão:** Após análise aprofundada das falas, podemos concluir que os funcionamentos relacionados ao processo de diagnóstico precoce do câncer de mama não estão sendo promovidos, acarretando um acesso injusto, demora e peregrinação ao longo dos caminhos percorridos por essas mulheres.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; prevenção do câncer de mama; acesso aos serviços de saúde; bioética; justiça social.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most frequent tumor location in the Brazilian female population and a leading cause of cancer mortality, making it a serious public health problem. Tumor clinical staging at diagnosis represents an important prognostic factor for cancer survival, and it is crucial to ensure early diagnosis in order to reduce mortality from this disease. In this way, it is fundamentally important to invest in strong Public Policies that will protect this population. A problem for the right to health materializes in access to the diagnosis and early treatment of breast cancer and should be thought far beyond its legal aspect, of a civil right guaranteed by the Brazilian national constitution. It is also a discussion of ethical character, since it involves what

can be considered fair or unfair in access to health. Brazilian public health policies should be based on some theory of justice for better planning, formulation, implementation and subsequent evaluation of the effectiveness of their actions; however a gap is noted between the issues related to access to health and its policies and social justice. In order to contribute to a better knowledge of the problems and improvement of the policies, we chose to use in the analysis a comprehensive and inclusive justice perspective, which we consider to be the closest and consistent with the reality of the Brazilian population: the theory of functioning idealized by Maria Clara Dias. **Objective:** The main objective of this study was to analyze the access of users of a secondary care unit in the city of Rio de Janeiro to the early diagnosis of breast cancer based on the use of a theory of justice focused on individual basic functions. **Methods:** This is a qualitative and quantitative research, observational and descriptive. We selected as the field of work a secondary health unit located in the Campo Grande neighborhood. Following the proposal of the theory of function, we seek to hear the voices of the subjects directly involved in the process of the offering breast cancer diagnosis. Thus, 22 female users, two mastologists, the manager and a professional of the internal regulation nucleus of this health unit were included in this study. **Results:** The mean age of the patients was 50.8%, with a predominance of non-white women living in some fixed relationship with low schooling and low family income. The large majority of women underwent regular follow-up with gynecology. However, only half of them underwent clinical examination of the breasts and almost half of them did not know the criteria of the program of early detection of breast cancer recommended by the Ministry of Health. Of the women within the target age range for screening, the vast majority had not performed mammography in the past two years. Through interviews with those involved in the process of breast cancer diagnosis, it was possible to determine the functions considered basic in relation to the process of diagnosis of breast cancer. **Conclusion:** After an in-depth analysis of the speeches, we can conclude that the functioning related to the early diagnosis process of breast cancer is not being promoted, leading to unjust access, delay and pilgrimage along the paths covered by these women.

Key words: public health policies; prevention of breast cancer; access to health services; bioethics; social justice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA - Instituto Nacional de Câncer

HCIH – Hospital de Câncer III

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG - Sistema de Regulação
CF – Clínica da Família
CMS – Centro Municipal de Saúde
BI-RADS - Breast Imaging Reporting and Data System
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
SER - Sistema Estadual de Regulação
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
NIR - Núcleo Interno de Regulação
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
UFF - Universidade Federal Fluminense
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PSF- Programa de Saúde da Família
PNH - Política Nacional de Humanização
AB – Atenção Básica
US – Ultrassom
PMQM - Política Nacional de Qualidade da Mamografia
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

	PÁGINA
QUADRO 1 - Resumo das variáveis analisadas	53
QUADRO 2 – Quadro sinóptico de recomendações	113
TABELA 1 - Características Sociodemográficas	57
TABELA 2 - Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde, conhecimento da doença e práticas preventivas	62

FIGURA 1 - Navegação das pacientes ao longo dos níveis de atenção do SUS	63
FIGURA 2 – Resumo dos funcionamentos apreendidos	69

INTRODUÇÃO

Falar de câncer é para mim um assunto do meu dia a dia. Trabalho com Oncologia há mais de 10 anos e ao longo de todo esse tempo, ouço e vivencio diversas histórias de vida e também de sofrimento. O câncer é uma doença em si perturbadora, pelo seu nome, pela sua história, pelo seu estigma. Ter o diagnóstico do câncer, para muitas pessoas, é receber uma sentença de morte. No meio científico, sabemos que esta doença, apesar de ter estimativa de aumento exponencial da incidência, tem tido muitos avanços em sua terapêutica, o que tem proporcionado um aumento da cura e sobrevida desses pacientes. No entanto, nosso país ainda é bastante cruel com a maior parte da sua população. Ainda há muito sofrimento e peregrinação para muitos doentes em busca de diagnóstico precoce e de tratamento digno.

E é observando esse quadro de dor, descaso e tumores enormes e inoperáveis, que me atormenta a indignação. Não é justo falarmos em saúde pública universal, integral e equânime diante de tantos casos que me saltam aos olhos. Não é justo que isso continue assim. Desta forma, sigo estudando o mesmo assunto do acesso ao cuidado oncológico, mas desta vez, o foco da pesquisa está na atenção secundária à saúde, onde é realizada a confirmação diagnóstica do câncer e encaminhamento para o tratamento oncológico. Desejo dar voz a esses sujeitos envolvidos e visualizar as barreiras do acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama a partir de seus pontos de vista, buscando caminhos que possam melhorar a vida dessas mulheres.

O câncer de mama é a localização tumoral mais frequente na população feminina brasileira, sendo esperados mais de 57 mil novos casos para 2017 (BRASIL, 2015). A ocorrência da neoplasia mamária varia regionalmente, sendo as mulheres das regiões sudeste e sul as mais acometidas por essa doença (OLIVEIRA et al, 2011, BRASIL, 2015). Para a região sudeste do Brasil, o Ministério da Saúde estimou mais de 29 mil

casos novos de câncer de mama para o ano de 2017, sendo o estado do Rio de Janeiro responsável pelas maiores taxas brutas de incidência desse tipo de câncer (BRASIL, 2015).

A neoplasia mamária é a mais incidente e líder de mortalidade por câncer em mulheres nos países menos desenvolvidos. Nas nações com melhor renda, representa a terceira causa de morte por câncer, após os cânceres de pulmão e coloretal (IARC, 2017b). Nas últimas décadas, houve um aumento da sobrevida por câncer de mama nos países mais ricos devido ao aumento do alerta sobre a doença, sua detecção mais precoce e aos avanços na sua terapêutica (YOULDEN et al, 2012).

Em 2013, o câncer de mama foi responsável por 14 óbitos a cada 100 mil mulheres no Brasil. Apesar dos avanços conquistados no diagnóstico e tratamento deste câncer, as taxas de mortalidade por essa neoplasia ainda são bastante elevadas, com estadiamentos avançados ao diagnóstico, configurando um grave problema de Saúde Pública (BRASIL, 2015).

O estadiamento clínico tumoral ao diagnóstico representa um importante fator prognóstico de sobrevida do câncer. Estudos com pacientes atendidos no Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostraram que, para os tumores da mama, a taxa de sobrevida geral em cinco anos foi de 52%. No estágio in situ e IIa foi de 80%; no estágio IIb foi de 70%; no estágio IIIa foi de 50%; no IIIb foi 32%, e no estágio IV foi de 5% (BRASIL, 2017d). Sendo assim, o diagnóstico precoce, com a doença ainda em estadiamentos iniciais, aumenta as chances de cura e reduz as taxas de morbimortalidade pela doença (BRITO et al, 2004; SCHNEIDER & D'ORSI, 2009; CAPLAN, 2014).

Sendo o câncer de mama uma doença curável, desde que diagnosticada em estadiamentos mais iniciais, é de fundamental importância que se invista em Políticas

Públicas fortes que venham a proteger essa população, visando à redução dos intervalos de tempo entre a detecção do **tumor** e a confirmação diagnóstica e entre o diagnóstico e início do tratamento oncológico. Longos períodos de demora estão associados ao aumento do tamanho tumoral e conseqüente redução da sobrevida (CAPLAN, 2014).

Estudo realizado no INCA/ HCIII avaliando o acesso de mulheres com câncer de mama ao tratamento oncológico, evidenciou que, na atenção básica e secundária à saúde, há uma grande demora entre a descoberta do tumor e a primeira consulta médica e entre a primeira consulta e a realização da biópsia. O tempo de espera para a realização da biópsia chegou a até oito meses, fato preocupante que ocasiona a demora do encaminhamento ao nível de atenção devido, atraso no início do tratamento adequado e menores chances de cura (LOU; SILVA JR, 2016).

O problema do direito à saúde, sob a forma da garantia do acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama, deve ser pensado muito além de seu aspecto legal, de um direito civil assegurado pela constituição nacional brasileira. Trata-se de uma discussão também de caráter ético, uma vez que envolve o que pode ser considerado justo ou injusto no acesso à saúde. Quais questões são moralmente aceitáveis ou não? Como promover uma saúde para todos com recursos escassos? Como assegurar uma saúde mais equânime para os cidadãos? Como promover um acesso justo ao diagnóstico precoce do câncer de mama?

Na tentativa de responder a estas perguntas, é fundamental fazer uso de uma teoria de justiça como referencial teórico analítico no campo do acesso à saúde. As políticas públicas de saúde brasileiras devem basear-se em alguma perspectiva de justiça para um melhor planejamento, formulação, implementação e posterior avaliação da eficácia de suas ações.

Nota-se, nos estudos brasileiros e estrangeiros, um distanciamento entre as questões relacionadas ao acesso à saúde e suas políticas públicas e a justiça social (ASSIS, JESUS, 2012; ASADA et al, 2015). No entanto, este debate poderia ajudar na identificação das iniquidades em saúde, fornecendo subsídios para julgar de forma mais precisa o que é justo ou não neste campo. Buscando contribuir para o melhor conhecimento dos problemas e aperfeiçoamento das políticas, optamos por eleger uma teoria de justiça como estratégia teórico analítica deste estudo. Falar sobre justiça social no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama é um assunto de grande relevância social e ética considerando-se o grave problema de saúde pública representado por esta doença no Brasil e no mundo e também se levando em consideração o sofrimento e angústia vividos pelas mulheres em busca do cuidado em saúde.

Pensando nessas mulheres doentes em busca de confirmação diagnóstica e tratamento na rede pública de saúde brasileira, podemos supor a situação de extrema vulnerabilidade em que se encontram e no intuito de responder às suas demandas por justiça, optamos por utilizar uma perspectiva de justiça abrangente e inclusiva, que entendemos ser a mais próxima e coerente com a realidade da população brasileira: a teoria dos funcionamentos idealizada por Maria Clara Dias (DIAS, 2015).

Neste trabalho, procuraremos inicialmente mostrar a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama como estratégia para o controle desta doença. Em seguida, descreveremos como funciona a rede de atenção oncológica na sua função de promover o acesso a esta estratégia e buscaremos fazer um paralelo entre os fatores relacionados ao acesso e a justiça social. Por fim, faremos uso da teoria de justiça proposta por Dias para proceder à análise dos dados empíricos extraídos. Buscamos assim responder à seguinte pergunta central: o acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama no município do Rio de Janeiro é justo?

CAPÍTULO 1

O CÂNCER DE MAMA E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1. O controle do câncer de mama no Brasil

O programa para o controle do câncer vem sendo adotado no Brasil e no mundo com o objetivo de frear a morbimortalidade da população por esta doença. Este programa é implementado por meio de ações específicas e é composto por estratégias sistemáticas e integradas de saúde pública que contemplam a prevenção primária, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (INCA, 2015). As ações para o controle do câncer são componentes-chave na redução da incidência e mortalidade por esta doença tão temida e devastadora. No entanto, para que atinja seus reais objetivos, devem ser implementadas de forma eficaz e efetiva, alcançando a população em larga proporção e garantindo sua qualidade (IARC, 2017).

A detecção precoce do câncer de mama tem por objetivo detectar o tumor em estágios mais iniciais, quando existe a possibilidade de tratamento menos agressivo e mutilante e especialmente com maiores chances de cura e menor morbimortalidade para os pacientes. Essa medida consiste de duas estratégias: o rastreamento e o diagnóstico precoce.

O rastreamento do câncer de mama consiste na realização de exames em pessoas sem sinais ou sintomas da doença e busca identificar lesões precursoras ou tumores em estágio pré-clínico. Para que seja aplicável, é necessário que essa estratégia tenha sido assegurada como eficaz na redução da mortalidade por essa doença. Dessa maneira, é imprescindível que seja muito estudada e seus resultados sejam constantemente revistos para que os órgãos competentes possam avaliar seu real benefício e qual a população considerada alvo para esses programas (BRASIL, 2014).

A estratégia de rastreamento pode ser realizada de maneira oportunística ou populacional. No primeiro, a seleção de pacientes é mais focalizada, elencando-se as pessoas em algum momento de sua rotina, por exemplo, quando esta procura algum serviço de saúde com outra queixa de doença. No rastreamento populacional, existe um programa organizado o qual convoca todos os indivíduos que se encaixam em um determinado critério de inclusão definido pelo programa para a realização do exame de rastreamento mamário periódico (BRASIL, 2014). De acordo com a literatura, o rastreamento de base populacional assegura menores custos e melhores resultados (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015c).

A realização do rastreamento mamográfico tem sido amplamente discutida na literatura atualmente, sugerindo uma visão crítica sobre o balanço entre os riscos e os benefícios na indicação dessa estratégia na prevenção do câncer de mama. Para muitos autores, existe por um lado um pequeno benefício na redução da mortalidade e por outro, significativos danos às mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico, tais como resultados falsos positivos, biópsias desnecessárias, sobrediagnósticos e complicações associadas a procedimentos desnecessários, além dos possíveis danos psicológicos e sociais (ELMORE, KRAMER, 2014; KALAGER, ADAMI, BRETTHAUER, 2014; TESSER, D'ÁVILA, 2016).

O conceito de prevenção quaternária foi introduzido por Jamoule em 1986 e tem como propósito central não a prevenção de doenças, mas sim a prevenção de riscos iatrogênicos relacionados às práticas médicas diagnósticas e terapêuticas excessivas e desnecessárias (JAMOULLE, 2012). São necessários profissionais capacitados e atualizados para avaliar a relação entre riscos e benefícios dos rastreamentos e a correta indicação dos exames, possibilitando um uso sustentável dos recursos públicos e protegendo os usuários de técnicas desnecessárias (GROSS, et al, 2016).

Indo um pouco mais fundo neste questionamento, para além do balanceamento entre riscos e benefícios, o sistema de saúde que se propõe a oferecer um programa de rastreamento estruturado deve ter capacidade de disponibilizar acesso com qualidade e efetividade às estratégias para sua população alvo. Será nosso sistema de saúde capaz de cumprir os propósitos da detecção precoce do câncer de mama?

Azevedo e Silva e colaboradores avaliaram, em seu estudo publicado em 2014, o nível de implementação das estratégias de rastreamento a partir de dados do sistema de informação em saúde e concluíram que ainda temos uma baixa cobertura mamográfica entre a população alvo e uma baixa proporção de realização de biópsias em mulheres com mamografia indicativa deste procedimento, refletindo o baixo impacto das medidas de rastreamento do câncer de mama na população que mais necessita.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém a recomendação do rastreamento do câncer de mama, no entanto, pontua que esta estratégia parece ser mais eficaz em países que possuam sistemas de saúde fortes o suficiente para garantir uma abrangência eficaz à população. Assim, países com condições mais desfavoráveis, deveriam focar seus esforços na busca da garantia de um diagnóstico mais precoce aos seus cidadãos (WHO, 2017a).

Em se tratando de uma questão polêmica e que ainda necessita de mais estudos em profundidade para sua melhor elucidação, muitos países, entre eles o Brasil, são favoráveis a manutenção de um programa de rastreamento populacional do câncer de mama.

Em 2004, o INCA publicou um Documento de Consenso com as recomendações para a detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2004). Em face de diversos novos estudos recentes e surgimento de novas tecnologias em saúde, estas recomendações precisaram ser revistas e atualizadas. Desta forma, em 2015, o INCA divulgou uma

nova publicação com os resultados de uma ampla pesquisa neste campo, que busca orientar os gestores na organização da linha de cuidados do câncer de mama, auxiliar os profissionais de saúde em sua prática clínica e também orientar os pacientes em suas escolhas na busca de cuidado. Esta nova publicação mantém a indicação do rastreamento mamográfico bianual de mulheres com idade entre 50 a 69 anos como estratégia para a prevenção secundária do câncer de mama no Brasil (INCA, 2015).

O diagnóstico precoce está voltado para aqueles indivíduos com sinais e sintomas já instalados e tem como objetivos primordiais garantir que a confirmação diagnóstica do câncer ocorra em tempo oportuno e assegurar o seguimento rápido do acompanhamento terapêutico ao longo da linha de cuidados (BRASIL, 2014).

As ações para o diagnóstico precoce do câncer de mama devem estar assentadas em um tripé: **população bem orientada** quanto aos sinais e sintomas da doença e a busca de uma unidade de saúde para esclarecimentos caso julgue necessário, **profissionais de saúde capacitados** para a avaliação e priorização de casos suspeitos e **serviços de saúde bem organizados** para garantir o acesso à confirmação diagnóstica em tempo oportuno e a continuidade da assistência ao longo da linha de cuidados, promovendo a integralidade conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; INCA, 2015).

Estas ações buscam **diminuir as possíveis barreiras do acesso** aos serviços de saúde, possibilitando **uma rápida confirmação diagnóstica** da doença e **pronto encaminhamento para o tratamento adequado** (INCA, 2015).

Em países de mais alta renda, onde os diagnósticos costumam ser em sua maioria mais iniciais, as estratégias de rastreamento populacional do câncer de mama podem promover ganhos mais efetivos no prognóstico de suas populações. Já em se tratando de países com maiores desigualdades e menor renda, como o Brasil, onde os diagnósticos

costumam ser realizados tardiamente, com tumores mais avançados e pior prognóstico, o foco deve incidir nas estratégias voltadas para o diagnóstico precoce deste câncer, o que pode gerar grande impacto na triste realidade vivida por essa população (WHO, 2017b). Quando empregadas de maneira eficaz, essas estratégias podem possibilitar estadiamentos mais iniciais e maiores chances de cura a curto e médio prazo (de 5 a 10 anos) (INCA, 2015).

Os governos devem levar em consideração estes detalhes para priorizar as ações de controle do câncer de uma forma mais adequada a sua realidade local, considerando as reais necessidades e anseios da sua população, especialmente da sua parcela mais vulnerável.

1.2. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde

Como pontuado acima, as condições socioeconômicas do país são fatores fortemente determinantes das políticas públicas de saúde a serem instituídas, assim como também das condições de saúde das suas populações.

A definição de saúde não está ligada apenas a satisfação de necessidades físicas e mentais, agregando também valores sociais e culturais. Sendo assim, o processo saúde-doença resulta da interação entre o indivíduo e o meio físico, social e cultural no qual está inserido. Estar doente ou saudável tem relação direta com as condições de vida desse indivíduo, existindo uma conexão importante entre morbimortalidade e classe social (CARVALHO, BUSS, 2012).

As políticas públicas de saúde têm por objetivo dispor de condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2017a). Para o planejamento, elaboração e posterior implementação das ações em saúde, as instituições envolvidas devem levar em consideração os principais determinantes do agravo em

questão que possam vir a estar gerando iniquidades, tais quais, habitação, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico e social, rede de apoio, estilo de vida, entre outros (CARVALHO, BUSS, 2012).

De acordo com Whitehead (2004), iniquidades em saúde são desigualdades de saúde sistemáticas, evitáveis, desnecessárias e, portanto, injustas. Os determinantes dessas iniquidades têm relação com as formas de organização da vida social (CARVALHO, BUSS, 2012). Conhecendo-se esses determinantes que acabam por gerar iniquidades, o poder público, por meio de suas políticas públicas de saúde, deve intervir, de forma a reduzir essas desigualdades e promover a equidade (CARVALHO, BUSS, 2012; ASADA, 2015).

Buscando analisar as desigualdades sociais, John Rawls, com sua Justiça como Equidade, introduz a possibilidade da diferença nas questões de justiça. Para Rawls, somente devem ser permitidas as desigualdades que venham a trazer benefício para os membros menos favorecidos da sociedade (SANDEL, 2013). A equidade é abordada em duas dimensões: vertical e horizontal. A equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais e a equidade horizontal como igualdade entre iguais (TRAVASSOS, CASTRO, 2012). As normas que regem o SUS e também os estudos sobre o acesso aos serviços de saúde, em sua maioria, fazem referência à equidade horizontal, considerando ser justo o igual acesso aos serviços de saúde para indivíduos com necessidades de saúde iguais (GARCIA-SUBIRATS et al, 2014).

A garantia de acesso equânime e com qualidade aos serviços de saúde é um fator determinante no processo saúde-doença. O acesso intermedeia a procura e a entrada do indivíduo no sistema de saúde e exprime a capacidade do sistema de oferecer serviços em resposta às necessidades de saúde da população. A simples disponibilidade de serviços e recursos em saúde não garante o acesso, existem características ou barreiras

que atuam facilitando ou dificultando este acesso, entre as quais barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, comportamentais, etc (TRAVASSOS, CASTRO, 2012).

Alguns estudos sobre desigualdades no acesso à saúde no Brasil concluíram que houve tendência de redução nas disparidades, porém ainda permanecendo marcadas iniquidades (OLIVEIRA et al, 2011; PAIM et al, 2011). Já é bem descrito que indivíduos pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas têm maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde no Brasil (WÜNSCH FILHO et al, 2008; GARCIA-SUBIRATS et al, 2014; GUERRA et al, 2015). Mulheres com pouca escolaridade, baixa renda e negras apresentam maior disparidade em termos de acesso à detecção precoce do câncer de mama e também maiores taxas de morbimortalidade por esse agravo (BAIROS et al, 2011; LAGES et al, 2012; GUERRA, et al, 2015). Por outro lado, a maior parte das mulheres que realizam mamografia a cada dois anos possui altos níveis de escolaridade, são afiliadas a algum plano de saúde privado e vivem em áreas urbanas, onde existem mais mamógrafos disponíveis (FONT- GONZALEZ, PIÑEROS, VRIES, 2013; AZEVEDO E SILVA et al, 2014; RENCK, et al, 2014).

Na literatura, existem poucos estudos que fazem distinção entre os níveis de atenção e serviços prestados, geralmente são focados na utilização dos serviços em geral (GARCIA-SUBIRATS et al, 2014). São necessários mais estudos que meçam a equidade no acesso levando em consideração cada nível de atenção à saúde, para que políticas públicas mais eficazes e direcionadas possam ser instituídas na busca de um acesso mais justo aos serviços e ações de saúde.

As barreiras à utilização dos serviços de saúde geram iniquidades no acesso, promovendo um **uso desigual para necessidades iguais**. As iniquidades no acesso à prevenção do câncer de mama acabam por levar a demora para o diagnóstico e

tratamento adequado e menores chances de cura. É urgente que se busque compreender estas barreiras e sua influência no acesso a fim de definir possíveis estratégias para controlá-las, reduzindo as iniquidades e buscando um controle eficaz e justo desta doença (JASSEM et al, 2016).

Após essa reflexão a respeito de como as desigualdades sociais podem impactar de forma contundente no acesso à saúde, podemos afirmar que um sistema de saúde que se propõe a ser justo com seus cidadãos, necessita agir no sentido de identificar essas barreiras e combatê-las duramente.

Em nosso país, a maior parcela da população encontra-se em um patamar de pobreza e de conseqüente extrema vulnerabilidade social e justamente esse grupo fica à margem de nosso sistema. De acordo com Sen, o foco da discussão da desigualdade deve ir muito além da discrepância de renda, devendo considerar as oportunidades dos indivíduos de realizarem sua vida. A situação de importante vulnerabilidade limita a participação efetiva desses indivíduos como cidadãos, restringe suas oportunidades, sua liberdade de escolha e sua condição como agente moral (SEN, 2008).

1.3. Legislações e a organização da Rede de Atenção Oncológica.

A evolução das políticas públicas voltadas para a população feminina tem seu início a partir de 1984 com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha a ampliação do foco preventivo para além da saúde reprodutiva, mas também para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984).

Em 1999, com a implantação do Programa Viva Mulher, começaram a ser idealizadas as diretrizes e iniciada a estruturação da rede de assistência para a detecção precoce do câncer de mama. Em 2004, como já falado anteriormente, o Instituto

Nacional de Câncer divulgou o Documento de Consenso, onde propunha as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil (INCA, 2004).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), na qual ficou destacado como prioridades municipais e estaduais, o controle dos cânceres de mama e colo do útero (BRASIL, 2005). Essa prioridade foi reafirmada em 2006 com o Pacto pela Saúde, quando foram incluídos indicadores para melhoria do desempenho das ações (BRASIL, 2006a).

Visando monitorar e ampliar cada vez mais as ações de prevenção, foi implantado em 2009 o SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama). Por meio deste sistema, foi possível acompanhar a meta de ampliação da oferta de mamografias, visando abranger uma cobertura ainda maior da população alvo (INCA, 2010).

A priorização das ações de controle do câncer de mama foi reafirmada em 2011 com a criação do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, onde foi previsto o investimento financeiro e técnico para a ampliação das ações nos estados e municípios. As principais questões destacadas neste plano foram: a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e daquelas identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a garantia de continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, entre outros pontos (INCA, 2017b).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída em fevereiro de 2013, foi idealizada no intuito de reorganizar a atenção à saúde de pessoas acometidas por doenças crônicas, como é o caso do câncer. Visa estimular a mudança do modelo de atenção à saúde, com seu foco centrado no usuário e suas necessidades, promover uma atenção integral, com a participação de equipes multiprofissionais e a

regulação articulada entre os diversos pontos de atenção, garantindo a equidade no acesso (BRASIL, 2013a).

No âmbito desta Rede, em maio de 2013, a PNAO foi atualizada pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. Tem por objetivo a redução da mortalidade e incapacidade causadas pelo câncer e a melhoria da qualidade de vida dos usuários com esta doença por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento em tempo oportuno e cuidados paliativos. Esta política de saúde reconhece a importância epidemiológica do câncer, seu caráter prevenível e a necessidade de oferecer cuidado integral, equânime e em tempo hábil a esses usuários (BRASIL, 2013b).

A lei 12.732 de 2012, também conhecida por lei dos 60 dias, estipula que o paciente com câncer tem direito a submeter-se ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias, contados a partir da data de confirmação histopatológica da doença (BRASIL, 2012). Esta lei procura assegurar o início do tratamento oncológico em tempo hábil, reduzindo o tempo de espera desses pacientes.

Cabe destacar que não existe legislação específica que determine o tempo máximo para a confirmação diagnóstica do câncer, período comprovadamente de maior demora e crucial para a realização de tratamentos menos mutiladores, danosos e custosos, assim como para um melhor prognóstico e sobrevida desta doença.

Para atingir a todos os propósitos acima descritos, é fundamental que a rede de atenção à saúde esteja organizada em níveis hierarquizados e devidamente articulados entre si, estabelecendo fluxos eficazes e resolutivos de referência e contra- referência ao longo da linha de cuidados. Desta forma, cada nível de atenção à saúde possui características e funções específicas dentro da dinâmica desta rede (BRASIL, 2005).

A atenção básica ou primária à saúde representa uma verdadeira porta de entrada da rede. Os serviços de atenção primária do município do Rio de Janeiro, compostos por clínicas da família e centros municipais de saúde, estão mais próximos do indivíduo, distribuídos pelos diversos bairros e têm um papel fundamental na prevenção e promoção das ações de detecção precoce do câncer de mama, bem como no apoio à terapêutica de tumores, cuidados paliativos e ações para o seguimento de doentes tratados.

Esse nível de atenção é responsável por resolver a maior parte das queixas de saúde da população e, quando necessário, pelo encaminhamento dos pacientes ao nível de atenção devido, o que deve ser realizado através do Sistema de Regulação (SISREG). Ele é o centro de comunicação da rede, sendo componente-chave na coordenação do cuidado. Os profissionais da atenção primária são responsáveis pelo esclarecimento sobre fatores de risco para o câncer de mama, realização do seu rastreamento, identificação de sinais e sintomas suspeitos para uma correta classificação de risco dessa doença de maneira a referenciar o mais rápido possível essa paciente com lesão suspeita para a investigação diagnóstica definitiva. A atenção básica também é responsável por coordenar e monitorar a paciente referenciada para outro nível de atenção (BRASIL, 2014). Atualmente, este nível de atenção enfrenta desafios para o desempenho de suas funções, persistindo a dificuldade no acesso dos usuários ao rastreamento e deficiência em estabelecer redes de referência aos exames diagnósticos (atenção secundária) e tratamento (atenção terciária) (BRASIL, 2006; PARADA et al, 2008).

As equipes das Clínicas da Família e dos Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro contam com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. O paciente, ao chegar à unidade de saúde mais próxima à sua residência, é acolhido por algum profissional e

encaminhado para atendimento conforme sua necessidade. Caso seja detectado um tumor suspeito de malignidade, este paciente deverá ser atendido com o mínimo de tempo de espera possível e ser encaminhado à atenção secundária para confirmação diagnóstica através do SISREG (SMSRJ, 2015).

O médico da atenção primária deve estar atento para a avaliação de pacientes com queixas mamárias, levando em consideração primeiramente a faixa etária da paciente, seus sinais e sintomas e conhecimentos profissionais sobre a prevalência do câncer de mama. Nessa fase inicial, o médico define uma probabilidade de doença pré-testes diagnósticos. A seguir, procede com o exame clínico das mamas para a definição da probabilidade de doença pós- teste. Na atenção primária, o objetivo não é um diagnóstico final do câncer, mas sim uma correta classificação de risco e um seguimento oportuno desse paciente ao longo da linha de cuidados. Caso confirmada a suspeita de câncer após anamnese e exame clínico, esta paciente deve ser direcionada para a realização de exames diagnósticos complementares na atenção secundária. Uma correta classificação de risco pelo profissional de saúde da atenção básica é fundamental para garantir o seguimento oportuno das pacientes de risco elevado e reduzir a incidência de resultados falso- positivos ou de danos iatrogênicos ligados a investigação diagnóstica desnecessária. (BRASIL, 2014).

Para uma melhor classificação de risco, o Ministério da Saúde após revisão sistemática da literatura, recomendou urgência no atendimento de mulheres com as seguintes queixas mamárias: qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos; nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos que persiste por mais de um ciclo menstrual; nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho em mulheres adultas de qualquer idade; descarga papilar sanguinolenta unilateral; lesão eczematosa da pele que não responde a tratamento

tópico; homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral; presença de linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja; retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo. É importante salientar que não existe evidência científica que defina com precisão qual o protocolo ideal para o estabelecimento das prioridades de atendimento na atenção básica de mulheres com queixas mamárias suspeitas, o que necessita ser mais estudado e sempre estimulado (BRASIL, 2014).

Visando melhorar a eficácia dos programas de detecção precoce do câncer de mama, foi desenvolvido pelo Colégio Americano de Radiologia, um sistema de padronização de laudos mamográficos intitulado BI- RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). Esta escala utiliza categorias de 0 a 6 e sugerem uma recomendação específica para cada uma delas. A categoria 0 corresponde a uma avaliação incompleta, sendo indicada uma complementação com outros métodos diagnósticos. As categorias 1 e 2 caracterizam tumores benignos. A categoria 3 tem caráter geralmente benigno, mas sugere a repetição do exame mamográfico em 6 meses. Mulheres com resultado de mamografia categoria BI-RADS 4 ou 5 têm tumores sugestivos de malignidade, devendo ser encaminhadas para complementação diagnóstica com biópsia mamária (punção por agulha fina/ grossa, ou biópsia cirúrgica) (BRASIL, 2006d; ACR, 2013).

Contrastando com essa padronização de condutas, o estudo de Azevedo e Silva e colaboradores (2014) mostrou que das mulheres com mamografia categoria BI-RADS 4 e 5, as quais são elegíveis para biópsia, apenas 27% realizaram este procedimento. Esse importante dado explicita a ineficiência do sistema de saúde público em atender às necessidades dessa população e cumprir as ações de detecção precoce deste câncer.

A atenção secundária é formada por serviços de saúde com uma densidade tecnológica superior que prestam atendimento ambulatorial especializado de forma

complementar a atenção primária. Nesses serviços, é oferecida assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e de acordo com os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Este nível de atenção deve garantir o acesso de pacientes encaminhados com suspeita de malignidade à confirmação diagnóstica do câncer em tempo oportuno. Também deve realizar a contrarreferência dos casos confirmados para tratamento oncológico em tempo oportuno (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

À atenção terciária ou alta complexidade compete garantir o acesso ao tratamento em tempo hábil dos doentes com diagnóstico confirmado de câncer de mama, determinar o estadiamento do tumor, tratar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, tratamento esse que se dará nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

Todas as referências e contrarreferências realizadas nesta rede de atenção ao paciente com câncer devem acontecer por meio do sistema de regulação: SISREG (Sistema de Regulação) a nível municipal ou SER (Sistema Estadual de Regulação) a nível estadual.

1.4. Regulação do acesso à assistência à saúde

O Brasil tem dimensões continentais apresentando uma grande diversidade de características, necessidades e, como já discutido anteriormente, iniquidades entre suas regiões. Com a preocupação de ampliar a equidade e a justiça nas questões relacionadas à saúde é fundamental avançarmos na efetivação da regionalização e descentralização

do SUS, a partir de princípios únicos, mas com operacionalização diversa em conformidade com as diferenças regionais. É do Estado a responsabilidade de assegurar o acesso universal aos serviços e saúde, a qualidade da assistência prestada e sua organização. Esse papel regulador do Estado deve levar em consideração as especificidades regionais e atuar no sentido de garantir a seus cidadãos uma adequada prestação de serviços em saúde (BRASIL, 2007).

O Pacto de Gestão do SUS tem como eixo estruturante a diretriz da regionalização e enfatiza a descentralização das responsabilidades do Ministério da Saúde para estados e municípios, promovendo maior desburocratização de normas e reforçando a necessidade de territorialização da saúde através do estabelecimento de regiões de saúde. As chamadas regiões de saúde são áreas delimitadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de características culturais, sociais e econômicas, além de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados no território (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Regulação foi instituída em 2008 como um instrumento para assegurar que cada esfera de governo assuma suas devidas responsabilidades sanitárias, no sentido de garantir uma efetiva alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores, desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a operacionalização das funções reguladoras e desenvolvimento de programa de capacitação permanente de pessoal. Atua em três dimensões integradas entre si: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso. O primeiro tem por objetivo monitorar, controlar, avaliar e auditar gestores de sistemas públicos de saúde e definir macrodiretrizes para a regulação a partir dos princípios e diretrizes do SUS. A Regulação da Atenção à Saúde visa à fiscalização para a garantia de serviços de qualidade por parte de prestadores públicos ou privados e é

realizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. A Regulação do Acesso é estabelecida pelo Complexo Regulador, visa à organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e fluxos e exerce autoridade sanitária para garantir o acesso de acordo com classificações de risco e outros critérios de priorização (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso à Assistência à Saúde é uma das diretrizes para a gestão do SUS, prevista na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/ SUS) e também no Pacto de Gestão do SUS. É uma ação que faz parte da estratégia de Regulação da Atenção à Saúde. Compreende as relações, ações, saberes e tecnologias relacionadas com a demanda dos usuários por serviços de saúde e com o acesso deles a estes serviços. Os Complexos Reguladores são estratégias de regulação que consistem na integração/ articulação de diversas centrais assistenciais (Centrais de Atenção Pré-Hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, entre outros). Esses complexos regulam o acesso às unidades de saúde estadual ou municipal, a referência interestadual e inter-regional. De acordo com o Pacto de Gestão, é uma meta a ser alcançada a regulação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados pelo SUS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso à Assistência busca um acesso equânime e integral às ações e serviços de saúde, possibilitando a transparência desses fluxos e adequando a oferta de serviços disponíveis às necessidades do usuário (BRASIL, 2013a). Sob esse prisma da equidade no acesso, a regulação da assistência mostra-se como um mecanismo imprescindível no sentido de assegurar o direito universal à saúde (FARIAS et al, 2011).

O SISREG é uma ferramenta on-line de organização da rede de saúde em nível municipal. Esse software permite o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, desde a atenção primária à saúde até o controle de leitos para internação. Seu objetivo é

garantir a qualidade e efetivação da regulação do acesso à assistência à saúde, administrando vagas disponíveis e realizando uma triagem de pacientes para os diversos serviços de saúde, considerando a regionalidade (proximidade com a residência do usuário) e a complexidade de cada caso. É responsável pela regulação de procedimentos de menor complexidade, como consultas ambulatoriais e leitos de enfermaria (BRASIL, 2015c).

O SER é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e responsável pela organização de vagas em serviços de maior complexidade, como gestantes de alto risco, UTI neonatal, adulto ou pediátrico, queimados, cirurgia bariátrica, hematologia, saúde mental, ortopedia cirúrgica, cardiologia pediátrica e neonatal, terapia renal substitutiva, radioterapia e oncologia (SESRJ, 2017).

Vilarins, Shimizui e Gutierrez (2012) compreendem a regulação do acesso sob dois pontos de vista. Sob a ótica da oferta, regular significa disponibilizar ações e serviços de saúde de acordo com necessidades específicas da população, baseado em dados epidemiológicos. Sob o aspecto da demanda, o processo de regulação busca disponibilizar assistência à saúde mais adequada, de forma equânime, em tempo oportuno, baseado em priorização de riscos. Assim, o processo regulatório organiza e orienta os fluxos assistenciais, qualificando a utilização de recursos. Esse processo monitora e avalia solicitações de consulta, exames e internações reguladas pelo profissional de saúde e disponibiliza a vaga adequada a cada caso, baseado em questões clínicas e protocolos estabelecidos.

Apesar dos avanços conquistados, o processo de regulação do SUS ainda necessita de aprimoramento em diversos aspectos (VILARINS, SHIMIZUI, GUTIERREZ, 2012). Para Farias e colaboradores (2011), evidências e dados empíricos sugerem que persistem problemas históricos da assistência no SUS, como a definição de prioridades no

atendimento, a distribuição da oferta de serviços de saúde de maneira mais equânime e a inadequação entre oferta e demanda, reafirmando a incipiência e fragilidade dos mecanismos de regulação.

Apesar de ainda em aperfeiçoamento, o mecanismo da regulação pode ser considerado uma boa estratégia gerencial na busca da garantia de um acesso mais equânime aos serviços de saúde, criando uma fila única para os usuários e direcionando-os, evitando que o paciente fique “batendo de porta em porta” em busca de cuidado. É importante que esta ferramenta seja aprimorada para que possa atingir plenamente seu objetivo de promover um acesso à saúde justo e oportuno para a população.

CAPÍTULO 2

INTRODUZINDO A QUESTÃO DA JUSTIÇA

2.1. Teorias de Justiça contemporâneas

De acordo com Pegoraro (2009a), “o maior desafio contemporâneo é a construção de uma ordem social justa no plano das nações e do mundo”. Para alcançarmos tal façanha, devemos construir estruturas sociais abrangentes que possam proteger os indivíduos, respeitando seus direitos básicos, reconhecendo sua singularidade e promovendo justiça social. Dentro da realidade de nosso país, de marcadas desigualdades históricas, cabe ao princípio da justiça social administrar tais discrepâncias no sentido de minimizá-las.

Justiça pode ser entendida como sinônimo de neutralidade, imparcialidade ou igualdade de tratamento. Desta forma, um governo é justo quando considera igualmente todos os seus cidadãos, a despeito de sua classe social, suas virtudes ou talentos naturais. No entanto, as grandes questões a serem respondidas pela justiça são: **quem são “todos”** (quem são os seres incluídos no escopo da justiça) e **como interpretar a igualdade de tratamento ou o que deve ser distribuído de forma igual** (qual é o objeto da justiça) (DIAS, 2015a). Vários autores desenvolveram suas teorias na tentativa de responder a tais questões.

John Rawls (2001) deseja desenvolver uma teoria de justiça que garanta a ordenação da estrutura básica da sociedade política. A justiça como equidade de Rawls deseja encontrar uma maneira neutra, racional e imparcial de distribuir **bens primários** entre os indivíduos de uma sociedade bem ordenada. Para ele, bens primários seriam aqueles básicos para todos os cidadãos, tais como recursos básicos, direitos, liberdades básicas,

oportunidades e bases do auto- respeito. Desta forma, Rawls não leva em consideração escolhas pessoais, ignorando as particularidades dos indivíduos, ele determina *a priori* o que deve ser igualado, no caso, bens primários. Outro ponto bastante importante a ser destacado é o fato de que este autor considera como pessoas incluídas no âmbito de sua teoria, apenas indivíduos economicamente ativos, racionais e razoáveis, sendo capazes de argumentar e deliberar sobre suas vidas, livres da influência alheia.

Seguindo ainda a vertente da igualdade de bens, Ronald Dworkin (2005), em sua teoria de justiça, compreende que, para que uma sociedade seja justa, o que deve ser distribuído de forma igualitária são os próprios recursos. Ele idealiza um modelo hipotético de um grupo de náufragos em uma ilha deserta. Propõe a distribuição igualitária de recursos ou "conchas" para cada indivíduo e, posteriormente, realiza um leilão para que os sujeitos troquem esses recursos/ conchas pelos bens que valorizem.

Dworkin reconhece que existem determinados traços identificatórios, tais quais cor da pele, orientação sexual, status social, opção religiosa, gênero entre outros, que acabam por colocar certos indivíduos em uma posição de desvantagem na luta por bens almejados, sendo necessário, nesses casos, medidas reparatórias para a manutenção da justiça. Assim, ele introduz medidas afirmativas como os seguros e os impostos progressivos sobre a renda posteriormente adquirida. Como refuta Sen, ao apelar para isso, Dworkin acaba por transferir o foco da igualdade de distribuição dos recursos para outro referencial, qual seja igualar bem-estar ou até mesmo funcionamentos.

Dworkin admite que o que é básico é variável e que o entorno pode influenciar nas decisões dos indivíduos, no entanto, como Rawls, ele também acaba por determinar de forma heterônoma o foco da igualdade de distribuição, deixando de considerar o ponto de vista do agente para essa escolha.

Buscando superar as insuficiências dos autores anteriores, Amartya Sen (2010) e Martha Nussbaum (2011), com sua Teoria da Capacitação, entendem que o foco da justiça não pode se resumir à distribuição igualitária de recursos ou de bens primários. Na verdade, uma sociedade é justa quando propicia que seus cidadãos tenham iguais oportunidades de escolher livremente a vida que desejam levar. Para esses autores, os problemas de justiça não estão relacionados apenas a arranjos institucionais, mas também às interrelações entre as pessoas no curso de suas relações sociais. As instituições sociais, políticas e econômicas da sociedade devem promover as condições necessárias para que o indivíduo exerça, pelo menos em um limiar mínimo, a sua "condição de agente", isto é, o Estado deve assegurar que todos os seus cidadãos tenham liberdade de realizar os funcionamentos que valorize (*Capability*). De acordo com esses autores, **funcionamentos** (*functionings*) são estados ou ações concretas que podem variar desde condições elementares como “estar livre de doenças preveníveis” ou “locomover-se”, até questões mais complexas como “ser feliz” e “viver em comunidade”. Já **capacidades** (*capacity*) são conjuntos de funcionamentos. Sua perspectiva de justiça está, assim, focada na **liberdade de cada indivíduo escolher e realizar o conjunto de funcionamentos que considera valoroso** e, deste modo, atingir suas metas de vida (SEN, 2008).

Sen não trata de sociedades hipotéticas e não deseja criar condições ideais ou ambientes imparciais, ele fala de sociedades reais com problemas de justiça a serem enfrentados. O principal questionamento levantado aqui é que para ser um concernido desta teoria, isto é, para estar incluído no universo da justiça, o indivíduo deve possuir capacidade deliberativa, ser autônomo, capaz de fazer escolhas racionais. Trata-se de uma concepção de justiça mais liberal, porém ainda muito pouco inclusiva pensando-se na gama de concernidos morais.

Sen e Nussbaum valorizam a liberdade de funcionamentos em detrimento dos funcionamentos propriamente ditos. Porém, caso pudéssemos ouvir todos os atores envolvidos nos dilemas morais, seria a liberdade a questão mais valorizada pela maioria? Seriam todos os indivíduos capazes de ter uma escolha racional ou escolher autonomamente? Em se tratando desses seres onde a referida liberdade estivesse comprometida, não seria mais correto valorizar os próprios funcionamentos? Diante de tais questionamentos, entendo que a perspectiva de Sen e Nussbaum não dá conta de ampliar satisfatoriamente o número de concernidos da justiça.

Maria Clara Dias traz uma nova perspectiva de justiça, a qual está voltada para a garantia dos funcionamentos básicos dos diversos sistemas funcionais. Dias, com seu enfoque dos funcionamentos, deseja considerar/ respeitar moralmente, agindo de forma a "promover os funcionamentos que um indivíduo é capaz de exercer e que, de algum modo, conformam sua própria identidade" A *Teoria dos Funcionamentos* faz incidir o foco da justiça não na liberdade, mas nos próprios funcionamentos, ampliando o escopo dos concernidos da justiça e reconhecendo a diversidade e singularidade dos diversos organismos vivos. (DIAS, 2015a).

2.2. A Teoria dos Funcionamentos

A Teoria dos Funcionamentos tem como objetivo primordial ampliar o leque de seres incluídos no universo de nossas preocupações morais, construindo uma "perspectiva moral e política voltada para o respeito e o florescimento dos funcionamentos básicos dos diversos sistemas funcionais" (DIAS, 2015b). Os conceitos de sistemas funcionais e funcionamentos básicos são centrais para a teoria de Dias e serão discutidos nos pontos seguintes deste texto.

Ao longo dos tópicos seguintes, procuraremos relacionar o enfoque dos funcionamentos ao objeto deste estudo, nos pautando especialmente nas seguintes questões: **sistemas funcionais como concernidos morais, funcionamento básico como foco da consideração moral; o processo de escuta apurada de todos os indivíduos envolvidos como forma de definição desses funcionamentos; a saúde como condição para o desenvolvimento e exercício dos funcionamentos básicos; e a noção de que a saúde é a capacidade normativa dos seres humanos.** Desta forma desejamos justificar a aplicabilidade desta teoria na avaliação de políticas públicas específicas voltadas para a proteção desses indivíduos.

2.2.1. Como identificar os seres pertencentes à comunidade moral?

Dias (2015b) traça um caminho na busca de um critério mais correto no sentido de delimitar o âmbito da moralidade. A primeira alternativa seria o critério da **reciprocidade ou simetria**, onde os concernidos morais seriam aqueles seres que estivessem no mesmo patamar de igualdade, ou estabelecessem uma relação recíproca ou simétrica. Assim, os seres racionais, capazes de defender seus propósitos, só considerariam moralmente outro ser igualmente racional. Este critério é extremamente restritivo e excludente, deixando de fora do universo moral, diversos seres tais quais, crianças, deficientes mentais, entre tantos outros.

A segunda alternativa seria o critério do “**pertencimento**” à coletividade. Neste caso, o ser racional reconhece moralmente aqueles com os quais mantém relações assimétricas, ainda que a estes possa atribuir status moral inferior. É um critério mais inclusivo que o anterior, porém ainda não suficientemente amplo. Não parece ser um critério justo propor hierarquias morais frente à realidade da sociedade brasileira, onde muitos sujeitos vivem em condições de extrema vulnerabilidade.

Frente à insuficiência das primeiras, Dias propõe uma terceira alternativa, uma busca por uma característica comum aos diversos seres, de forma a tentar ampliar o universo dos concernidos morais. Desta forma, a autora rompe com a hierarquia moral dos seres racionais. Para ela, escolher a racionalidade como base para a determinação dos concernidos morais, limita o âmbito da moralidade, deixando de fora tantos outros seres incapazes de manifestar tal atributo, tais quais os bebês, deficientes mentais, pessoas em coma, animais não – humanos, entre outros seres que se mostram importantes para nossa vida, seres estes com os quais mantemos relações de respeito e consideração moral.

A autora introduz o conceito de **sistemas funcionais** como a melhor forma de elencar os concernidos de nosso universo moral. Dias extrai a noção de sistema funcional de seus estudos sobre a Filosofia da Mente, em especial da perspectiva funcionalista, entendendo que a melhor maneira de se identificar um ser é funcionalmente. Para ela, “somos uma entidade material que realiza funções específicas, com as quais nos identificamos ou somos identificados”. A descrição funcional é mais genérica e pode abarcar tanto os seres humanos, quanto os não-humanos e até alguns seres inanimados, colocando de lado atributos que nos distinguem dos demais seres existentes.

Elegendo os **sistemas funcionais como concernidos da moralidade**, não estabeleceremos hierarquias morais entre os diversos seres, ampliando o âmbito da moralidade e nos comprometendo moralmente com a promoção do florescimento desses seres.

Dias busca com sua perspectiva, ser mais coerente e abrangente nas decisões morais e vai de encontro com a maioria das teorias anteriormente citadas, já que estas acabam atribuindo valores distintos entre os seres, incluindo como concernidos morais aqueles

seres racionais, auto- determinados, economicamente ativos, em suma, indivíduos plenamente autônomos, capazes de deliberar sobre suas próprias vidas. A Teoria proposta por Dias possibilita a inclusão de grupos que jamais poderiam fazer parte das preocupações de justiça. Afinal, não parece correto excluir do campo da justiça os seres os quais mais dela necessitam.

No caso deste estudo em específico, cuja questão central gira em torno de usuárias do sistema público de saúde em busca do diagnóstico precoce do câncer de mama, fica evidente o sofrimento e angústia vivenciados por essas mulheres e sua condição de grande vulnerabilidade. Diante disso, entendemos que estas mulheres possuem uma capacidade de autodeterminação limitada e não têm muitas escolhas diante do seu problema, não fazendo sentido eleger a liberdade de escolher autonomamente como critério de pertencimento ao universo da justiça. Precisamos de uma concepção moral mais inclusiva, que abarque mais seres no escopo da justiça e a perspectiva dos funcionamentos acaba por nos trazer uma luz no fim do túnel.

2.2.2. Qual é o novo foco da justiça?

A teoria dos funcionamentos propõe um novo foco para a justiça, a saber, **a realização dos funcionamentos básicos dos diversos sistemas funcionais**. Desta forma, a autora se afasta das demais consagradas teorias, como a de John Rawls, cujo foco incide sobre as liberdades básicas e bens primários; a de Ronald Dworkin que considera os recursos como foco da igualdade de distribuição; dos utilitaristas, especialmente de Peter Singer, cujo foco são os seres sencientes e também da Perspectiva da Capacitação de Sen e Nussbaum que eleger como foco a liberdade de escolher funcionamentos.

Para Dias, “funcionamentos” são estados ou ações que constituem o próprio ser, a identidade do indivíduo. Um funcionamento pode ser considerado básico de acordo com a sua importância ou sua centralidade como requisito para uma vida digna. Um funcionamento básico pode ser uma condição para a realização de outros funcionamentos ou pode ser algo central, valoroso em si mesmo (RIBEIRO; DIAS, 2015c).

Aqui cabe pontuar a diferença que se torna evidente no sentido de “funcionamentos” para Dias e para Sen. Para este último, funcionamentos são ações ou estados valorados pelo indivíduo e que expressam oportunidades reais para realizar modos de vida. Já para Dias, o significado de funcionamentos parece ter uma conotação mais contundente, já que não são apenas valorados pelos indivíduos, mas especialmente constituem a sua própria identidade. Sendo assim, de acordo com a perspectiva de Dias, este indivíduo “é o que é” devido ao exercício de seus funcionamentos básicos.

Diferentemente de Rawls, que determina *a priori* o pacote de bens básicos e também de Nussbaum que lista um conjunto de capacidades universais que caracterizariam a forma de vida humana, para Dias não existem funcionamentos “bons para todos”. Desta forma, Dias reconhece a “inescapável diversidade e singularidade inerente às diversas formas de vida e a existência concreta de cada indivíduo” (DIAS, 2015a).

Segundo ela, o principal desafio de sua teoria é identificar quais funcionamentos são fundamentais para a realização pessoal dos seus concernidos. Cada indivíduo tem características específicas e está sob influência do meio no qual está inserido. Desta forma, para compreendermos quais os funcionamentos podem ser essenciais ou valorosos para os seres, precisamos nos colocar no lugar do outro e aguçar nossa escuta e sensibilidade (DIAS, 2015d).

Para ela, entender o que é básico para alguém deve ser sempre um processo empírico, já que depende das circunstâncias vivenciadas por cada indivíduo (DIAS, 2015a). É necessário avaliar cada caso, nos sensibilizando para as demandas do outro através de um processo de escuta apurada, considerando a importância do contexto em que estes indivíduos estão imersos e reconhecendo sua diversidade e singularidade.

Wolff e De- Shalit (2007) também entendem que uma teoria de justiça deve considerar amplas fontes de consulta envolvidas na sua análise, tais quais filósofos, antropólogos, especialistas e membros da sociedade, corroborando com o processo de determinação empírica de funcionamentos da perspectiva de Dias e também com a construção coletiva desses funcionamentos.

A teoria dos funcionamentos de Dias pode ser considerada uma perspectiva de justiça menos liberal e mais inclusiva. Menos liberal já que não considera a liberdade como o foco da moralidade e mais inclusiva porque abrange com sua perspectiva seres que, de acordo com outras teorias, ficariam de fora do âmbito da justiça.

As mulheres em busca de diagnóstico do câncer de mama parecem não ter voz diante das dificuldades enfrentadas nesse caminho. É neste ponto em específico que entendo que o enfoque dos funcionamentos melhor se encaixa. No sentido de permitir que estas mulheres falem, exponham do seu ponto de vista suas percepções e, assim, sinalizem onde estão os maiores entraves, suas maiores dificuldades, deixando emergir deste discurso os seus funcionamentos básicos, considerando-se a condição de saúde em que se encontram. É uma mudança de referencial que pode auxiliar a desvendar nós do acesso ao diagnóstico precoce que podem vir a passar despercebidos ou serem subvalorizados.

Indo muito além, por meio do uso desta perspectiva, poderemos considerar as percepções de outros indivíduos envolvidos nesse processo de busca de acesso à saúde,

somando-se todas essas contribuições no intuito de implementar estratégias de saúde pública. Assim, busca-se não impor percepções e sim, ouvir todos os possíveis envolvidos no processo para uma melhor compreensão do problema e proposição de soluções.

O compromisso moral da teoria de Dias é **promover o florescimento dos diversos sistemas funcionais por meio da garantia dos funcionamentos necessários para a realização do seu projeto de vida**. Ao permitirmos que as mulheres e os demais indivíduos envolvidos na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama tenham a chance de expor seus funcionamentos básicos, poderemos chegar a um consenso do que realmente tem mais peso neste processo e fazer uso destas informações para a elaboração de políticas públicas voltadas para a garantia deste direito à saúde.

2.2.3. Aplicação da Teoria dos Funcionamentos às questões da saúde

A saúde tem para muito além de sua natureza biológica, uma natureza social e ética. Para Pegoraro (2009a), a saúde do corpo e da mente está associada a saúde social e política. Ele nos põe a refletir a saúde em termos mais amplos que só o biológico, sinalizando para a grande influência dos fatores sociais na saúde das nossas populações. Para este autor, o corpo social está saudável quando é justo e doente quando injusto.

De acordo com Sen (2010), para justificar o uso das palavras justo e injusto é necessário recorrer a uma teoria de justiça que nos forneça critérios para este julgamento. Sendo assim, torna-se pertinente analisar as iniquidades no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama a luz de uma teoria de justiça, determinando se estas desigualdades são justas ou injustas e possibilitando traçar diretrizes para o planejamento, formulação e implementação de políticas públicas que venham a possibilitar um acesso mais equânime à saúde.

Fazer uso da perspectiva dos funcionamentos “pode trazer importantes contribuições para pensar a questão da equidade em saúde no Brasil, considerando que existe uma lacuna entre as reflexões relativas às teorias de justiça e as políticas públicas” (RIBEIRO; DIAS, 2015c).

A preservação da saúde é essencial para que os indivíduos possam realizar seus planos de vida. De acordo com Venkatapuram (2011), a capacidade de ser saudável é uma “meta- capacitação”, isto é, estar saudável é uma condição básica necessária para que consigamos realizar nossos funcionamentos e capacidades e viver um plano de vida.

De forma semelhante, para Ribeiro e Dias (2015c), a **saúde é “a capacidade normativa dos seres humanos** que opera através de um conjunto de funcionamentos básicos – como um sistema dinâmico e interativo – que, para serem desenvolvidos e exercidos, precisam de determinadas condições materiais de existência.” Sendo assim, ainda de acordo com estes autores, todos os indivíduos devem ter esta capacidade garantida para que tenham condições de desenvolver seus funcionamentos básicos.

Trata-se de uma visão ampliada e valorativa de saúde, que leva em consideração muito mais que somente as questões biológicas (em oposição ao modelo biomédico de saúde: visão não- valorativa que entende saúde como um funcionamento biológico normal ou como ausência de doença), compreendendo a importância dos condicionantes sociais agindo no processo saúde- doença. De acordo com a perspectiva dos funcionamentos, as políticas voltadas para a saúde devem ser pensadas em consonância com aquelas voltadas para as demais esferas da organização sociopolítica.

Para Ribeiro e Dias (2015c), “o modelo explicativo do processo saúde doença deve ser capaz de contemplar as condições para o exercício dos funcionamentos básicos, as interações entre estes funcionamentos e as diferenças na distribuição destas condições entre os grupos sociais e indivíduos no interior da sociedade”. Assim, o enfoque dos

funcionamentos importa-se tanto com os resultados como também com os meios para alcançá-los.

No caso das mulheres em busca do diagnóstico do câncer de mama, existem diversos fatores agindo como fortes determinantes do acesso à saúde. Neste estudo, em conformidade com a proposta dos funcionamentos, procuraremos identificar esses fatores determinantes e também, nesse contexto da garantia da saúde, compreender quais funcionamentos são considerados básicos, sinalizando qual deve ser o foco das políticas públicas de saúde no intuito de respeitá-los e promover justiça social.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E MÉTODOS

O ponto de partida para esse estudo se deu de uma pesquisa anteriormente realizada no Instituto Nacional de Câncer em 2012, que analisou os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em busca do tratamento oncológico. Os resultados apontaram para uma grande demora na confirmação diagnóstica do câncer, notadamente na realização de consultas com o médico especialista e na biópsia da mama, fato este que impacta diretamente na progressão da doença (LOU; SILVA JUNIOR, 2016). No caso do câncer de mama, o diagnóstico rápido é de extrema importância para um melhor prognóstico e menor morbimortalidade.

A partir desses resultados, surgiu o interesse de buscar compreender melhor e em profundidade os possíveis determinantes do diagnóstico do câncer de mama. Decidimos, pois, focar este novo estudo na atenção secundária à saúde, nível responsável pela confirmação diagnóstica desta doença. Buscamos aqui dar voz aos sujeitos envolvidos no processo do diagnóstico do câncer de mama, tanto daquelas que o buscam, as mulheres, como também dos que se propõem a proporcioná-lo, profissionais de saúde e administrativos.

3.1. Objetivos da pesquisa

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar o acesso das usuárias de uma unidade de atenção secundária do município do Rio de Janeiro ao diagnóstico precoce do câncer de mama a partir do uso de uma teoria de Justiça centrada nos funcionamentos básicos individuais.

Tomando como base o referencial teórico apresentado nos capítulos anteriores, procuramos alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico da população usuária desta unidade de saúde;
- Descrever o conhecimento dessas usuárias a cerca do câncer de mama e da sua prevenção, os fatores relacionados ao acesso destas aos serviços de saúde e os intervalos de tempo gastos nas etapas em busca do acesso ao diagnóstico do câncer de mama;
- Determinar os funcionamentos básicos relacionados ao acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama em conformidade com a teoria dos funcionamentos de Dias;
- Descrever e analisar os fatores envolvidos na promoção ou prejuízo desses funcionamentos;
- Propor estratégias para alcançar a promoção desses funcionamentos.

3.2. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa. A fase quantitativa se deu por meio de coleta de dados em prontuário e objetivou contextualizar o estudo, descrevendo as características da sua população. Já a etapa qualitativa se deu por meio de entrevistas e buscou compreender o processo de diagnóstico do câncer de mama a partir da escuta apurada de todos os atores envolvidos.

Para Minayo (2017), “as pesquisas qualitativas e quantitativas se complementam, mas são de natureza diversa. Uma trata da magnitude (quantidade) dos fenômenos, a outra, da sua intensidade (qualidade). Uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados.”

O método qualitativo, segundo Minayo (2010a), busca responder a questões muito particulares, se ocupando de dimensões que não podem ser propriamente quantificadas, tais quais significados, aspirações, comportamentos, valores, crenças, práticas e atitudes. Ainda de acordo com esta autora (2010b), cada tipo de abordagem, quantitativa e qualitativa, tem seu papel, seu lugar e sua devida adequação e ambos podem trazer resultados importantes a respeito do que se estuda, não havendo prioridade de um sobre o outro.

Entendemos ser a abordagem qualitativa a que mais se aproxima dos objetivos deste estudo e da perspectiva de justiça social aqui defendida. Por meio das entrevistas, os participantes da pesquisa podem se expressar de maneira mais livre, deixando emergir suas angústias, dificuldades, fragilidades e necessidades, indo muito além de perguntas e conceitos pré-estabelecidos.

3.3. Local do estudo

Para este trabalho, selecionamos uma unidade de saúde secundária localizada na zona oeste, no bairro de Campo Grande, pertencente à área programática 5.2. A zona oeste do Rio de Janeiro é composta por 36 bairros e é a região de menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) deste município, sendo marcada por significativas desigualdades sociais. O bairro de Campo Grande é considerado o mais populoso do município do Rio de Janeiro de acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2017).

As unidades de atenção secundária, chamadas policlínicas, são referências para atendimentos ambulatoriais especializados. Nessas unidades, equipes multiprofissionais realizam consultas especializadas, procedimentos e exames. Hoje, o Rio de Janeiro conta com nove policlínicas. Para conseguir atendimento nas policlínicas, o paciente

deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima da sua residência e, caso seja necessário, será encaminhado para uma consulta com o especialista.

O acesso às policlínicas é feito a partir do Sistema de Regulação (SISREG). Nessas unidades de saúde, são prestados serviços como consultas médicas especializadas (ginecologia, mastologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia, otorrinolaringologia); consultas com outros profissionais de nível superior (nutrição, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia); pequenas cirurgias; suporte diagnóstico e terapêutico; práticas integrativas e complementares; atendimento odontológico especializado.

A unidade de saúde secundária selecionada como campo deste estudo conta com dois profissionais mastologistas e é responsável por uma média de 150 atendimentos mensais nesta especialidade.

Também escolhemos estudar o Núcleo Interno de Regulação (NIR) desta unidade, local onde são desenvolvidas ações estratégicas voltadas para a organização da regulação de consultas e exames.

3.4. Participantes da pesquisa

Seguindo a proposta da teoria dos funcionamentos, desejamos ouvir as vozes dos sujeitos diretamente envolvidos no processo da busca de diagnóstico do câncer de mama. Desta forma, foram incluídos neste estudo além das mulheres usuárias, os dois médicos mastologistas, a gerente e uma profissional do núcleo interno de regulação da referida unidade de saúde.

Os critérios para inclusão das pacientes foram: mulheres, maiores de 18 anos, moradoras do município do Rio de Janeiro, com mamografia categoria BI-RADS 4 ou

5, encaminhadas para consulta de primeira vez na policlínica no período de 1º de março a 30 de junho de 2016.

Para determinar o número total de pacientes a serem incluídas, foi utilizado o método de saturação teórica. Segundo este processo, a coleta de dados é interrompida no momento em que se constata que os elementos apreendidos já se mostram suficientes para subsidiar as interpretações (FONTANELLA et al, 2011). De acordo com Minayo (2017), “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.”

Assim, julgamos suficiente para a análise da temática em questão, a inclusão de 22 pacientes usuárias da unidade de saúde em questão. Somamos a este grupo, a participação dos dois médicos mastologistas, da gerente e de uma profissional administrativa diretamente ligada ao processo de regulação de vagas desta unidade de saúde, totalizando 26 incluídos no estudo.

3.5. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 1º de março a 30 de junho de 2016. Coletamos os dados sociodemográficos do prontuário de todas as pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão durante o período citado acima, objetivando **construir o perfil dessa população usuária.**

Posteriormente, fizemos contato com essas pacientes convidando-as a participarem da etapa de entrevistas. O convite era feito no dia em que compareciam para a consulta ou por contato telefônico. Eu me apresentei a essas mulheres como sendo pesquisadora, não citando que era profissional da área da saúde, no intuito de minimizar qualquer possível interferência nos dados.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os sujeitos possivelmente envolvidos no processo do diagnóstico do câncer de mama, a saber: mulheres usuárias da unidade de saúde selecionada que concordaram em participar do estudo, os dois médicos mastologistas, a gerente e uma funcionária do núcleo interno de regulação desta unidade de saúde.

A partir dos relatos das mulheres, desejamos **descrever o conhecimento dessas usuárias a cerca do câncer de mama e de sua prevenção, os fatores relacionados ao acesso destas aos serviços de saúde e os intervalos de tempo gastos nas etapas em busca do acesso ao diagnóstico do câncer de mama** (Quadro 1).

Reunindo os dados apreendidos por meio das entrevistas com todos os envolvidos, desejamos **determinar os funcionamentos básicos relacionados ao acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama** em conformidade com a perspectiva de justiça de Dias, **descrevendo e analisando os fatores capazes de influenciar na promoção ou prejuízo desses funcionamentos.**

Após estas análises, desejamos, de forma breve, **propor algumas possíveis estratégias para alcançar estes funcionamentos** no intuito de promover justiça social.

Utilizamos roteiros pré-elaborados a fim de nortear a condução das entrevistas (ANEXOS A, B, C e D). As entrevistas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas, de maneira a transmitir de forma fiel e aprofundada as falas de todos os sujeitos envolvidos no processo da busca do cuidado em saúde.

De forma complementar, também lançamos mão da observação participante. Esta técnica consiste na imersão do pesquisador no campo de estudo, interagindo com os sujeitos por longos períodos, compartilhando do mesmo cotidiano e da rotina do campo estudado (QUEIROZ et al, 2007). Desta forma, desenhou-se um diário de campo onde

foram anotadas observações importantes, atentando para o que não foi dito, mas pôde ser captado pelo observador/ pesquisador ao longo de sua inserção no local do estudo.

Quadro 1: Resumo das variáveis analisadas

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	DIMENSÃO DE ANÁLISE
Idade	Número de anos vividos	Perfil sociodemográfico
Cor da pele	Classificação da população de acordo com características fenotípicas	
Estado Civil	Situação atual do indivíduo em relação ao matrimônio	
Escolaridade	Nível educacional atingido e dividido em ciclos de estudos concluídos	
Ocupação	Principal ofício do indivíduo	
Vínculo Previdenciário	Vínculo com o Instituto Nacional de Seguridade Social	
Renda familiar	Média de ganhos financeiros familiar por mês	
Está cadastrada em CF ou PS?	Conhecimento sobre o câncer de mama, a importância do procedimento e/ou exames	Nível de conhecimento da doença e práticas preventivas
Consulta com ginecologista de rotina?		
Faz Exame Clínico das mamas?		
Faz Papanicolau?		
Costuma fazer exame de rastreamento do câncer de mama?		
Conhece o Programa de rastreamento de câncer de mama do MS?	Avalia o acesso a fonte da informação sobre câncer de mama	
Local de residência	Local de moradia atual	Fatores relacionados ao acesso aos Serviços de Saúde
Encaminhamento pelo SISREG	Encaminhamento por meio do Sistema de Regulação do município	
Primeiro sintoma e data	Data e qual foi o primeiro sintoma observado pela paciente	
Como identificou o problema	Responsável pela identificação inicial do problema de saúde	
Atitude diante do problema	Ação assumida após a identificação do problema de saúde	
Serviço de AB responsável	Serviço responsável pelo encaminhamento	
Realização de exames diagnósticos	Realização de mamografia e/ou outros e, caso haja, motivos para a não realização	Intervalos de tempo gastos nas etapas do acesso
Data da 1ª consulta na AB	Data da 1ª consulta na CF ou PS próximo à residência	
Tempo 1 (T1)	Intervalo de tempo entre o 1º sintoma e 1ª consulta na AB	
Data da 1ª consulta AS	Data da 1ª consulta na Unidade de AS	
Tempo 2 (T2)	Intervalo de tempo entre 1ª consulta AB e 1ª consulta na AS	
Tempo 3 (T3)	Intervalo de tempo entre 1º atendimento AS e confirmação diagnóstica	
Tempo Total para diagnóstico (TTotal)	Intervalo de tempo entre 1º sintoma e confirmação diagnóstica	

3.6. Análise dos dados

Na etapa quantitativa, as informações colhidas foram inseridas em um banco de dados no programa Excel e procedeu-se com a análise descritiva utilizando as medidas de tendência central para as variáveis contínuas e frequência para as variáveis categóricas.

Na fase qualitativa, todos os depoimentos colhidos foram atentamente examinados e o resultado desse material foi analisado através da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Esta técnica considera palavras, expressões ou frases que se repetem ao longo do texto, categorizando-as posteriormente (CAREGNATO, MUTTI, 2006). De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo corresponde a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens”.

Neste estudo, buscamos dar voz a todos os envolvidos no processo do diagnóstico do câncer, nos sensibilizando para cada detalhe da vivência e experiência deles, em conformidade com a proposta do enfoque dos funcionamentos de Dias (2015).

3.7. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os participantes deste estudo foram devidamente informados sobre os objetivos do trabalho e seu caráter voluntário; tiveram a garantia de seu anonimato, sigilo de suas

informações pessoais e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) demonstrando estarem de acordo e desejarem participar do trabalho (ANEXOS E, F, G e H). A fim de garantir o anonimato, seus nomes foram substituídos por outros fictícios.

Os voluntários deste estudo foram informados sobre a possibilidade de recusa em responder as questões e saída voluntária do estudo, caso assim o desejarem.

Todo estudo envolve riscos, entretanto, esta pesquisa buscou preservar ao máximo seus participantes, sendo realizada por profissional habilitado e em local privativo. Apenas foram analisados dados do prontuário médico e entrevista com profissional capacitado.

Os benefícios desta pesquisa foram considerados indiretos, já que esta pretende com seus resultados implementar políticas públicas de saúde que busquem um acesso mais equânime e eficaz ao diagnóstico precoce do câncer de mama e, em última análise, a redução da mortalidade por este agravo.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias.

Nesta etapa, foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, traçando o perfil das mulheres incluídas no estudo.

Dentre os 22 prontuários avaliados, a média de **idade** das mulheres estudadas foi de 50,8 anos, sendo a cor não branca predominante, representando 77,3% e a maioria delas, 54,5%, viviam em algum **relacionamento** fixo (casadas ou em união consensual).

Quanto à **escolaridade**, verificamos que a maioria das mulheres possuía o ensino fundamental incompleto (45,5%) e que apenas 2 mulheres possuíam ensino superior.

Com relação à **ocupação**, 50% eram do lar. Das que trabalhavam fora, 31,8% possuíam funções relacionadas à limpeza, cozinha ou costura, corroborando com o baixo nível de instrução encontrado neste estudo. A maioria das mulheres matriculadas não possuía **vínculo previdenciário** (68,2%) e apenas 27,3% possuíam vínculo ativo com a previdência social.

A maior fatia da população estudada possuía uma **renda** familiar entre 1 e 3 salários mínimos, correspondendo a 63,6% do total e apenas 1 mulher possuía **plano de saúde** privado.

As características sociodemográficas da população estudada estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas (n=22)

Variável	N	%
Faixa etária		
35- 49	7	31,8
50- 69	15	68,2
Cor da pele		
Branca	5	22,7
Não branca	17	77,3
Estado civil		
Com companheiro	12	54,5
Sem companheiro	10	45,5
Escolaridade		
Fund. Incompleto	10	45,5
Fund. Completo	1	3,5
Médio incompleto	4	18,2
Médio completo	6	27,3
Superior	2	5,5
Ocupação		
Do lar	11	50
Limpeza, cozinha, costura	7	31,8
Comercio	3	13,6
Outros	1	4,6
Vínculo previdenciário		
Sem vínculo	15	68,2
Com vínculo	6	27,3
Aposentada	1	4,5
Plano de saúde		
Não	21	95,5
Sim	1	4,5
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	7	31,8
1 a 3 salários mínimos	14	63,6
> 3 salários mínimos	1	4,6

4.2. Conhecimento da doença e práticas preventivas.

A grande maioria das mulheres (81,8%) disse realizar **acompanhamento ambulatorial regular com a ginecologia**. Todas as mulheres que faziam acompanhamento ginecológico eram submetidas ao **exame preventivo do câncer do colo do útero**, no entanto, apenas 50% destas eram submetidas ao **exame clínico das mamas** durante estas consultas. Para Bim e colaboradores (2010), o exame clínico das mamas deve fazer parte da rotina do cuidado à saúde da mulher, independente da faixa etária da paciente. O exame clínico e autoexame das mamas acabam por se mostrar boas estratégias de detecção do câncer de mama especialmente em locais que apresentam alta incidência de diagnósticos tardios (MATTOS, PELLOSO, CARVALHO, 2011).

Segundo Arndt e colaboradores (2002), a consulta ambulatorial de ginecologia representa uma importante oportunidade de prevenção, momento de promover a conscientização da mulher sobre os cuidados com seu próprio corpo. O profissional de saúde responsável por esta consulta deve estar atento e capacitado para fornecer informações relevantes para estas mulheres, no intuito de promover educação em saúde.

Neste estudo, 15 mulheres estavam dentro da faixa etária alvo para o rastreamento do câncer de mama, no entanto, 73,3% delas não haviam realizado **mamografia** nos últimos dois anos. Dentre todas as mulheres entrevistadas, a maioria delas (77,2%) desconhecia os **critérios do programa de detecção precoce do câncer de mama** preconizado pelo Ministério da Saúde e também os possíveis sinais e sintomas do câncer de mama.

A literatura correlaciona a falta de conhecimento e realização das estratégias de prevenção secundária do câncer de mama ao baixo nível de escolaridade e renda da população. O baixo grau de instrução está relacionado de maneira negativa com a frequência de exames preventivos, especialmente com a realização da mamografia

(AYÉNDEZ et al, 2001). As mulheres com menos anos de estudo têm menores chances de submeterem-se a exames preventivos da mama e, conseqüentemente, maior probabilidade de realizarem diagnósticos mais tardios (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003; SCHNEIDER & D'ORSI, 2009; BIM et al, 2010; SCHNEIDER et al, 2013; RODRIGUES, CRUZ, PAIXÃO, 2015), o que corrobora com os resultados deste estudo.

Também existe uma forte associação entre o nível socioeconômico e a realização de condutas preventivas para o câncer de mama. As camadas sociais mais favorecidas têm melhor acesso a consultas e exames, maior oportunidade de um diagnóstico precoce e maiores possibilidades de cura (ABREU; KOIFMAN, 2002; SCLOWITZ et al, 2005; DIAS-DA-COSTA et al, 2007). Mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas realizam menos o autoexame das mamas, assim como são submetidas com menor frequência a exame clínico das mamas e mamografia, demonstrando a deficiência do nosso sistema de saúde e a iniquidade no acesso à prevenção do câncer de mama no Brasil (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

4.3. Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

Das mulheres incluídas neste estudo, todas eram **moradoras da Zona Oeste** do município do Rio de Janeiro, sendo cerca de 46% delas proveniente do bairro de Campo Grande e 17% residentes no bairro de Bangu. A maioria das mulheres (86,5%) chegou à policlínica encaminhada por meio do **SISREG**, demonstrando que os fluxos de referência ao nível secundário estão acontecendo de maneira regionalizada e formal de acordo com as propostas da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008; BRASIL, 2015c).

A maioria das mulheres (81,8%) relatou **um nódulo palpável** como primeiro sinal da doença e 68,2% delas identificaram este sinal **através do autoexame** das mamas. A detecção do problema foi feita por meio do exame clínico em 13,6% e por exames de imagem em 18,2% dos casos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo conduzido por Oshiro e colaboradores em 2014. Esse dado reforça a importância das mulheres estarem atentas ao seu próprio corpo, buscando conhecê-lo e perceber as possíveis alterações. O Ministério da Saúde recomenda que as mulheres palpem suas mamas em momentos oportunos, como na hora do banho ou durante a troca do soutien, portanto não se tratando de fato do autoexame com uma técnica especial, mas sim de uma forma mais casual (PINHO, ASSIS, 2016; INCA, 2017b). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, a maior parte dos tumores de mama ainda é descoberta pelas próprias mulheres, corroborando com os achados deste estudo (INCA, 2017c).

A partir do momento que percebem a alteração mamária, mais de 90% das mulheres relataram **procurar prontamente a rede pública de saúde** para esclarecimento do problema e apenas duas mulheres procuraram a rede privada de saúde. De acordo com a literatura, indivíduos com maior renda e que possuem plano de saúde privado apresentam maior prevalência de uso dos serviços de saúde, maior demanda por cuidados médicos preventivos regulares de um modo geral, maior probabilidade de realização de mamografia e exame clínico das mamas e, conseqüentemente, costumam ter diagnósticos mais precoces (OLIVEIRA, GONÇALVES, 2012; GARCIA-SUBIRATS et al, 2014; GUERRA et al, 2015; RODRIGUES, CRUZ, PAIXÃO, 2015).Essa diferença na utilização e acesso às estratégias preventivas a favor dos socioeconomicamente mais favorecidos evidencia a existência de acentuada iniquidade no acesso à prevenção secundária do câncer de mama – uso desigual para necessidades iguais.

Entendemos que essas mulheres ainda carecem de muito mais informações a respeito da detecção precoce do câncer de mama, seus fatores de risco e sinais e sintomas principais. No entanto, elas parecem compreender a importância do diagnóstico precoce desta doença, já que ao notarem alterações em suas mamas, buscam imediatamente um serviço de saúde próximo à sua residência. Nossa impressão é que a mulher deseja se prevenir desta terrível doença, mas acaba não se sentindo amparada de forma eficaz pelo sistema público de saúde para tal.

A literatura mostra que existem no Brasil, marcadas desigualdades no acesso à detecção precoce do câncer de mama. Muitos pacientes experimentam um longo período de atraso ao longo da linha de cuidados, na busca da confirmação diagnóstica o que acaba por levar a tumores mais avançados (TRUFELLI et al, 2008; AZEVEDO E SILVA et al, 2014; JASSEM et al, 2016). Esses atrasos na atenção ao câncer são socialmente determinados e produtos da iniquidade, os quais devem ser estudados, identificados e combatidos duramente no intuito de alcançarmos um sistema de saúde eficaz e justo para todos.

A tabela 3 descreve os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e nível de prevenção e conhecimento da doença.

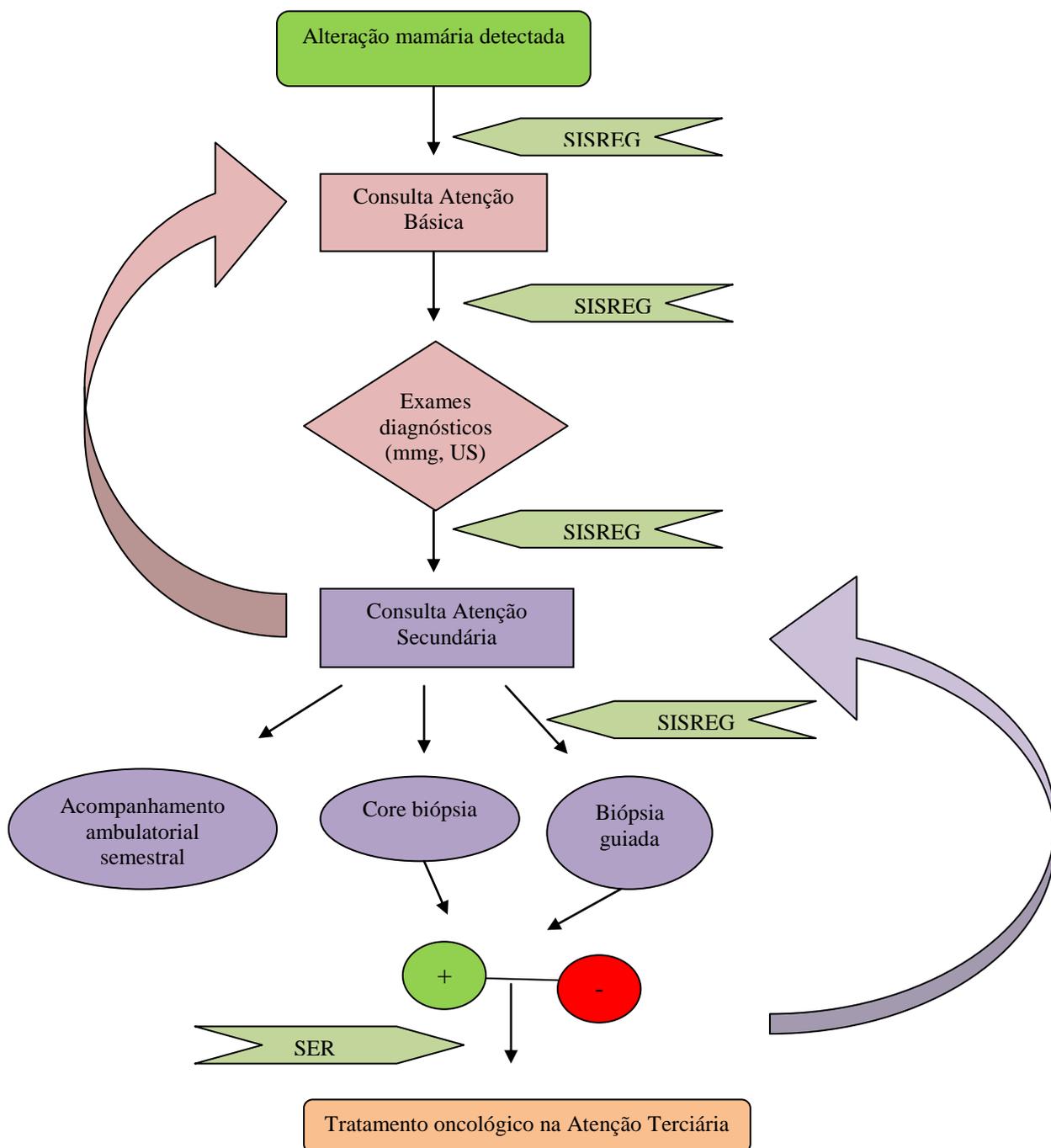
Tabela 2 – Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde, conhecimento da doença e práticas preventivas (n= 22)

Variável	N	%
Sisreg		
Não	3	13,5
Sim	19	86,5
1º sinal e sintoma		
Nódulo palpável	18	81,8
Dor	3	13,6
Outros	1	4,6
Como identificou		
Autoexame	15	68,1
Exame clínico	3	13,6
Exame de imagem	4	18,3
Atitude frente ao problema		
CMF/CF	20	90,9
Rede privada	2	9,1
Consulta ginecológica		
Não	4	18,2
Sim	18	81,8
Exame preventivo ginecológico		
Não	4	18,2
Sim	18	81,8
Exame clínico das mamas		
Não	11	50%
Sim	11	50%
Conhecimento do programa de rastreamento câncer de mama		
Não	17	77,3
Sim	5	22,7

4.4. Intervalos de tempo gastos nas etapas do acesso ao diagnóstico do câncer de mama.

As pacientes com suspeita de câncer de mama navegam ao longo dos níveis de atenção em saúde do SUS em busca de confirmação diagnóstica conforme ilustra a figura a seguir.

Figura 1 - Navegação das pacientes ao longo dos níveis de atenção do SUS



Os intervalos de tempo gastos nessas etapas podem ser divididos em dois momentos importantes: aquele anterior a entrada do usuário no sistema de saúde e o

posterior a esse ingresso. Seguindo esse pensamento, podemos classificar os atrasos no acesso aos serviços de saúde de duas maneiras: aquele relacionado à mulher e o atraso de responsabilidade dos próprios serviços de saúde (HANSEN et al, 2011).

Neste estudo, optamos por considerar os intervalos de tempo transcorridos durante a etapa da busca do diagnóstico do câncer, dividindo esses intervalos em: tempo entre a descoberta do nódulo e a primeira consulta na atenção básica (T1); tempo entre a primeira consulta na atenção básica até o primeiro atendimento na atenção secundária (T2) e tempo entre o primeiro atendimento na atenção secundária e a confirmação diagnóstica do câncer de mama (T3). O primeiro intervalo de tempo (T1) corresponde ao atraso relacionado à mulher; já o segundo (T2) e o terceiro intervalos (T3) representam atrasos relacionados aos serviços de saúde. O Tempo Total (Ttotal) representa o tempo gasto desde a detecção do tumor até a confirmação histopatológica da doença.

A literatura não tem um consenso sobre o intervalo de tempo ideal e oportuno entre o primeiro sintoma e primeira consulta médica e também entre a consulta e confirmação diagnóstica com biópsia (BARROS, UEMURA, MACEDO, 2012). Levando em consideração a literatura disponível sobre este assunto, neste estudo decidimos utilizar como ponto de corte o intervalo de 30 dias para o atraso relacionado à mulher e 90 dias para o atraso relacionado aos serviços de saúde (RICHARDS et al, 1999; ARNDT et al, 2002; TRUFELLI et al, 2008).

Neste estudo, desde a detecção da alteração mamária até a entrada no sistema de saúde, as mulheres levaram em média 33 dias para conseguirem **a primeira consulta na atenção básica** de saúde (T1). Esse resultado corrobora com os achados de outros estudos internacionais (ARNDT et al, 2002; JASSEM et al, 2016; ÁNGELES-LLERENAS et al, 2016), onde a maioria das mulheres procurou auxílio médico dentro

do primeiro mês após início dos sintomas. Este intervalo de tempo representou o período de menor atraso encontrado neste estudo, corroborando com os resultados encontrados no estudo de Sánchez, Niño e Estupiñán (2015) e Jassem e colaboradores (2016).

De acordo com as falas das mulheres entrevistadas, o maior problema não parece ser ter acesso propriamente dito ao serviço de saúde primário, mas sim a demora para a definição das condutas corretas que visem a suspeita diagnóstica e o rápido encaminhamento ao nível de atenção seguinte.

A literatura geralmente associa o maior atraso relacionado à paciente com um menor nível de renda (ÁNGELES-LLERENAS et al, 2016) e escolaridade, além da descrença da paciente na resolutividade dos serviços de saúde e da subestimação dos sintomas (JASSEM et al, 2016).

Neste estudo, a média de tempo entre a **primeira consulta na atenção básica e a primeira consulta na atenção especializada (T2)** foi de 114 dias, tempo extremamente longo que pode contribuir para o avanço da doença e reduzir as chances de cura. Essa demora para a entrada na atenção secundária à saúde demonstra a fragilidade e baixa resolutividade da atenção básica, mesmo após a implementação de políticas para fortalecimento deste nível de atenção (BRASIL, 2012c).

Garcia-Subirats e colaboradores (2014) concluíram em seu estudo que a iniquidade na utilização dos serviços de saúde varia de acordo com os níveis de atenção e é mais evidente no nível secundário da saúde e nos serviços preventivos. No nível primário existe uma iniquidade a favor dos menos favorecidos, mostrando que os indivíduos de menor renda fazem mais uso deste nível de atenção. Em contrapartida, no nível secundário existe uma iniquidade contra os menos favorecidos. Aqueles com uma

melhor renda têm um acesso facilitado às consultas com o especialista e à realização de exames preventivos/ diagnósticos.

Após conseguirem a consulta com o especialista, as mulheres precisarão aguardar pela confirmação diagnóstica feita comumente por meio da core biópsia da mama. Neste estudo, o tempo médio entre a **primeira consulta na atenção especializada e a confirmação diagnóstica do câncer de mama (T3)** foi de 84 dias.

Estes foram os períodos de maior atraso encontrados neste estudo (T2 e T3), corroborando com os resultados dos estudos de Trufelli e colaboradores (2008), Sánchez, Niño e Estupiñán (2015) e Jassem e colaboradores (2016) os quais citam em seus trabalhos que a principal dificuldade enfrentada pelas mulheres em busca de cuidado ainda é conseguir consultas e fechar o diagnóstico em tempo oportuno.

Somando-se o tempo desde a detecção do nódulo até a data da confirmação diagnóstica da doença (T total), temos uma média de 428 dias, cerca de 14 meses de espera para fechar um diagnóstico. Esse tempo é absurdamente longo, especialmente em se tratando de uma doença como o câncer de mama, que pode progredir rapidamente, diminuindo as chances de cura da mulher.

Cabe aqui pontuar um agravante acontecido à época da condução deste estudo. Durante o período de coleta de dados, a pistola utilizada na realização das core-biópsias ficou inutilizável por falta de agulha compatível. Desta forma, diversas biópsias que poderiam ter sido feitas nesta unidade de saúde precisaram ser referenciadas para outro serviço de diagnóstico por imagem.

Das 22 mulheres entrevistadas, 13 foram encaminhadas para a realização de biópsia guiada em outra unidade de saúde e 9 realizaram core biópsia na própria policlínica. Dentre todas essas mulheres, foram confirmados 12 casos de câncer de mama, 2 receberam o diagnóstico de doença benigna e 8 mulheres ainda estavam sem a

confirmação diagnóstica no período de 1 ano após o fim da coleta dos dados desta pesquisa.

Esses achados explicitam a verdadeira peregrinação da mulher na busca pela atenção em saúde e confirmação diagnóstica do câncer de mama no sistema público de saúde do Rio de Janeiro e acabam por fazer referência aos dados nacionais sobre os estadiamentos avançados ao diagnóstico da neoplasia mamária (ABRAHÃO et al, 2015).

4.5. Determinando os funcionamentos básicos e os fatores relacionados à sua promoção.

Neste estudo, 22 mulheres foram selecionadas para participar e procederam à etapa das entrevistas. Somando-se a estas, foram entrevistados dois médicos mastologistas, uma gerente e uma funcionária administrativa do núcleo interno de regulação da unidade secundária de saúde estudada, totalizando 26 envolvidos no processo do diagnóstico do câncer de mama.

Nesta etapa do estudo, desejamos determinar quais os funcionamentos básicos relacionados ao acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama à luz de uma perspectiva de justiça e descrever os fatores e processos capazes de influenciar na promoção desses funcionamentos. Para tal, de acordo com a perspectiva dos funcionamentos, devemos nos sensibilizar para as demandas de todos os envolvidos nesse processo, por meio da escuta apurada desses indivíduos, promovendo um amplo diálogo entre esses atores (DIAS, 2015b).

Em conformidade com nossa proposta de análise do acesso à luz da justiça social, compreender o que é básico para alguém deve ser sempre um processo empírico, já que depende das circunstâncias vivenciadas por cada indivíduo (DIAS, 2015a). Desta

forma, para a construção desses funcionamentos, consideramos as experiências e os pontos de vista das mulheres usuárias, profissionais de saúde, gerente e da profissional do NIR a respeito do processo de diagnóstico do câncer de mama. Somaremos a estes, as minhas anotações, impressões e observações do campo de estudo, enquanto pesquisadora, entrevistadora, profissional de saúde e mulher.

Este estudo buscou considerar as questões biológicas, sociais, políticas e éticas envolvidas no acesso à saúde por meio do olhar da justiça e da bioética. Para Pegoraro (2009), fazer justiça é respeitar as pessoas, é “tratar cuidadosamente” e este respeito/cuidado devem estar especialmente voltados aos indivíduos que se encontram em particular estado de vulnerabilidade (no caso deste estudo, falamos de uma tripla vulnerabilidade: mulheres, pobres e doentes). É preciso fazer esta ligação entre as questões de saúde pública e a preocupação ética com a sua garantia. A bioética acaba por fazer esta função, funcionando tal qual uma ponte unindo esses dois lados.

Para Dias (2015a), o sentido de respeito acima pode ser tratado também como agir no sentido de promover e não prejudicar os funcionamentos que um indivíduo é capaz de exercer e que de alguma forma constituem a sua identidade, seu projeto de vida. O respeito aos funcionamentos básicos individuais é a base para a justiça social de acordo com esta autora e é o critério de análise escolhido para este estudo.

Considerando a busca do diagnóstico precoce do câncer de mama à luz de uma perspectiva de justiça, entendemos que quanto mais promovermos os funcionamentos básicos necessários para tal, mais estaremos evoluindo no sentido de uma política pública mais justa e equânime. Em contrapartida, quando estes funcionamentos não são assegurados, podemos concluir que temos um sistema de saúde falho e injusto, que não protege seus usuários da maneira que estes necessitam.

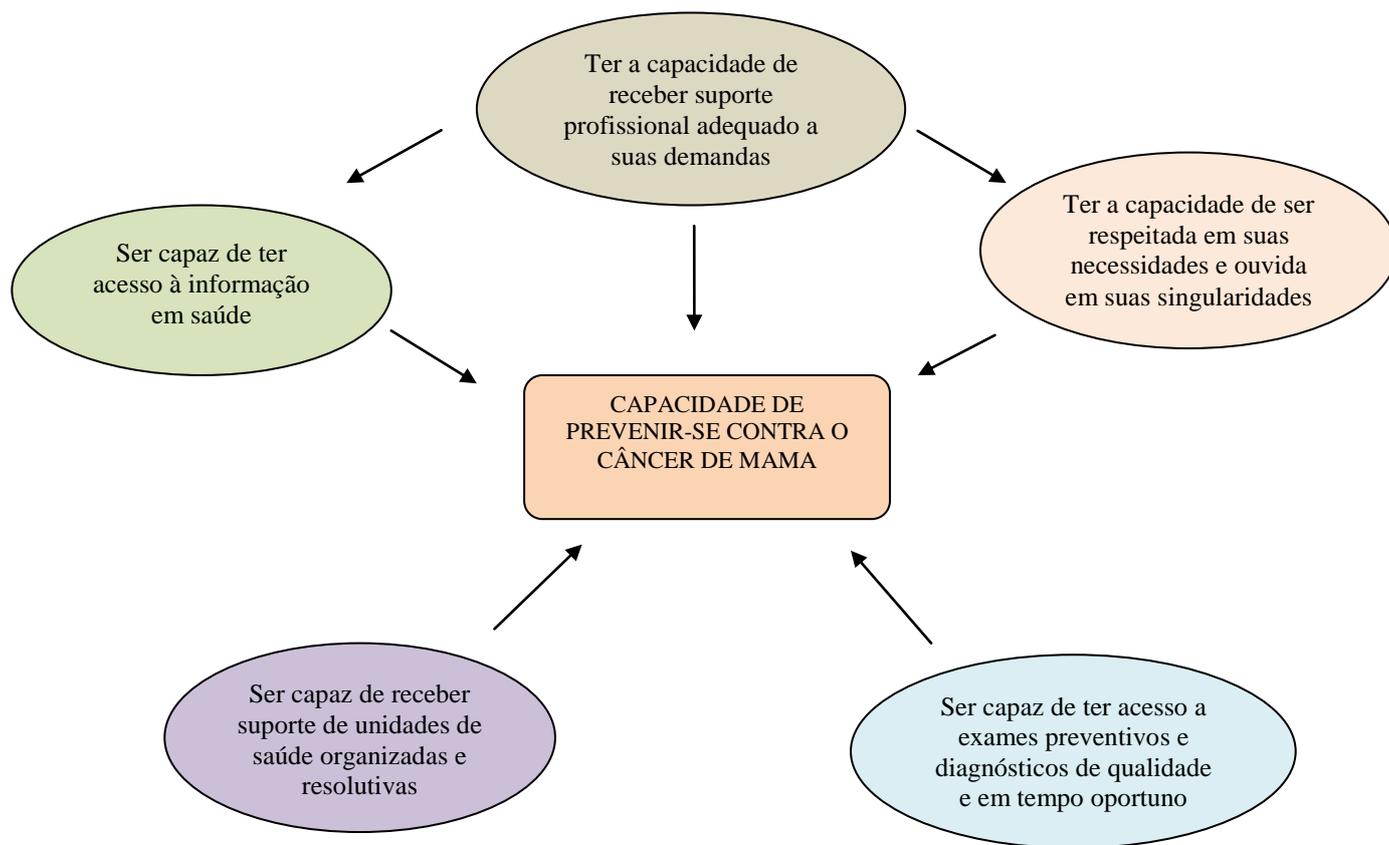
A análise profunda dos conteúdos das entrevistas desses atores envolvidos nos leva a compreender os processos e fatores educacionais, comportamentais e organizacionais por meio dos quais os funcionamentos estão sendo garantidos ou prejudicados, sinalizando na busca de um caminho mais justo para assegurar o cuidado em saúde e para a proposta de uma política pública mais justa.

Ao longo do processo de apreensão, leitura e interpretação destas vozes, foi possível perceber momentos de marcada divergência de opiniões, mas também outros pontos de importante convergência de percepções. Foi possível perceber a visão organizacional forte da gerente do serviço de saúde, a interpretação dura das mulheres sobre a burocracia dos caminhos a serem percorridos e os dois lados da moeda sentidos pela profissional do NIR e dos médicos, ora entendendo a necessidade das regras e fluxos, ora se incomodando com a demora e rigidez do processo.

Tentar reunir todas essas percepções trata-se de uma mistura de esforços unidos no sentido da busca da ampliação dos funcionamentos necessários para um acesso justo à saúde.

Após análise do conteúdo das entrevistas apreendidas neste estudo, pudemos determinar cinco funcionamentos considerados básicos com relação ao processo do diagnóstico do câncer de mama, a saber: **“Ter a capacidade de receber suporte profissional adequado a suas demandas”**; **“Ser capaz de ter acesso à informação em saúde”**; **“Ter a capacidade de ser respeitada em suas necessidades e ouvida em suas singularidades”**; **“Ser capaz de receber suporte de unidades de saúde organizadas e resolutivas”**; **“Ser capaz de ter acesso a exames preventivos e diagnósticos de qualidade e em tempo oportuno”**.

Figura 2 – Resumo dos funcionamentos apreendidos.



4.5.1. Ter a capacidade de receber suporte profissional adequado à suas demandas

Os profissionais da atenção básica e especializada devem estar atentos e capacitados para a identificação precoce do problema de saúde do paciente e encaminhamento ao nível de atenção devido em tempo hábil. Para tal, a atuação desses profissionais deve considerar, não somente o rigor técnico necessário a cada categoria, mas também estar voltada para o acolhimento do paciente e para a escuta atenta de suas demandas específicas.

De acordo com Silva Junior, Pontes e Henriques (2006, p.93), “o trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou

de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais).” Portanto, o cuidado em saúde é um processo de constante troca e, para tal, necessita de profissionais comprometidos com as reais necessidades de seus usuários. No entanto, infelizmente nos parece que ainda estamos distantes desta realidade.

Neste estudo, mostrou-se recorrente na fala das entrevistadas, a queixa da **baixa capacitação dos profissionais** envolvidos no processo do diagnóstico do câncer de mama. Essa baixa capacitação faz referência à atuação tanto dos profissionais administrativos, quanto dos enfermeiros e médicos diretamente envolvidos neste processo.

Com relação aos médicos e enfermeiros, há muitos relatos de **diagnósticos e condutas equivocadas** decorrentes desta baixa capacitação. Aqui faço referência à baixa qualificação técnica desse profissional, mas também à falta de sensibilidade e escuta das demandas trazidas pelas pacientes. Esses erros acabam por prolongar o período de espera e retardar a possibilidade de um diagnóstico mais precoce.

“A enfermeira disse que meu exame de US estava normal, mas eu conseguia palpar o tumor. Como pode? Eu fiquei insistindo que tinha algo errado e que eu queria que a médica me examinasse.” (Palma)

“Apareceu um nódulo na mamografia, mas a enfermeira disse que era só pra observar. Aí ele cresceu e agora posso tocar nele.” (Gardênia)

“Lá não tinha ginecologista, só a enfermeira e o clínico. Ele me passou uma medicação e disse que desmancharia o nódulo.” (Antúrio)

“Eu palpei o nódulo e procurei a clínica da família. Fui atendida pela enfermeira e ela disse que era muito hormônio, mas depois continuou crescendo e crescendo. Só assim a médica me atendeu, mas passou quase um ano isso. Sabia que tinha algo errado” (Anêmona)

“O médico da clínica da família achou que não era nada demais e passou antibiótico, mas continuou saindo secreção da mama, aí ele pediu US e mamografia.”
(Beladona)

Outro grave problema evidenciado nas entrevistas e diretamente relacionado à baixa capacitação profissional foram os **pedidos de exames com a indicação errada inscritos no sistema de regulação**. Estes casos tratam de pacientes que possuíam idade fora da faixa etária preconizada para rastreamento, porém, na verdade, elas necessitavam de mamografia diagnóstica e não de rastreamento. As mulheres que têm idade inferior a 50 anos estão fora da faixa para rastreamento, no entanto, a partir do momento que elas apresentem uma queixa mamária, justifica-se a prescrição de uma mamografia diagnóstica, independentemente da sua idade.

“A mamografia foi negada pelo sisreg porque eu não tinha idade para fazer rastreamento. Mas eu podia palpar o caroço.” (Tulipa)

“O médico pediu uma mamografia, mas não consegui fazer por conta da minha idade.” (Açucena)

“A enfermeira conseguiu palpar o nódulo e me encaminhou para o médico do posto. Ele me pediu uma ultra, mas disse que não pediria a mamografia porque eu ainda não tinha idade. Não entendi nada.” (Alfazema)

A **demora nos encaminhamentos** é recorrente nos relatos aqui estudados. As mulheres entrevistadas e a profissional do NIR se queixam do funcionamento do sistema de regulação e de erros ocorridos nos encaminhamentos e marcações. Para muitas pacientes, o **sistema de regulação de vagas** é um dos principais responsáveis pelos atrasos ocorridos no processo de busca pelo diagnóstico do câncer de mama.

“Aí é aquilo, põe no sistema, demora não sei quanto tempo, e eu já estou nisso há um ano. Eu acho que demora muito esse sisreg. Tudo que se coloca nesse sistema acaba demorando.” (Iris)

“Fui encaminhada para a policlínica pelo sisreg, mas não pude ser consultada porque na ficha de encaminhamento tinha a assinatura da enfermeira e tinha que ser do médico do posto.” (Palma)

“O atendimento no meu posto não é ruim não, mas o pessoal de lá é meio enrolado, por isso que as marcações demoram tanto. Eles podiam ser mais atenciosos com a gente que precisa.” (Flor de Liz)

“Essa demora pra atender a gente é horrível. O caroço cresceu muito com isso.” (Margarida)

“Às vezes é solicitado errado, aí volta para a policlínica de novo coisas que não são para vir para cá, que devem ir para a atenção terciária. Acontece bastante, não é uma vez só não.” (Jasmim adm.)

De acordo com Vilarins, Shimizui e Gutierrez (2012), o sistema regulatório busca otimizar os recursos disponíveis na rede e controlar o acesso dos usuários, funcionando como uma ferramenta de gestão, administrando a relação necessidade, demanda e oferta.

A gerente da unidade de saúde estudada entende que o sisreg é uma maneira de tornar mais justo o acesso às ações e serviços de saúde. Para ela, por meio da regulação, o paciente não fica batendo de porta em porta em busca de procedimentos de saúde. A utilização desta ferramenta acaba por sinalizar as maiores necessidades e deficiências da rede de atenção em saúde, atuando na sua organização.

“Eu gosto do sisreg, acho um sistema mais confortável para o paciente. Esse tipo de encaminhamento é o ideal para mim. Estamos no século 21... não tem como ficar saindo com um papel na mão, procurando um hospital, batendo de porta em porta.”

(Magnólia gerente)

A profissional do NIR entende que o sisreg é uma excelente ferramenta para organização do fluxo de pacientes. No entanto, ela destaca que para que funcione de maneira eficaz, esse sistema deve ser utilizado de maneira correta e por profissionais capacitados.

Na verdade, na maioria dos casos, a demora nos encaminhamentos e na liberação de procedimentos pelo sisreg acontece devido à **falta de uma descrição**

detalhada e aprofundada do caso em questão. O estabelecimento de prioridades pelo regulador vai depender da riqueza de informações relatada pelo profissional responsável pela inserção do caso no sistema.

“A fila do sisreg geralmente anda bem. Vai demorar se a paciente demorar a ser inserida no sistema ou se for inserida de forma errada, faltando informações. São coisas que são primordiais. Vejo isso como o principal problema do sisreg. O principal problema está naqueles que estão sentados na cadeira, tanto os que regulam quanto aqueles que preenchem os encaminhamentos.” (Jasmim adm.)

Sob o ponto de vista da profissional do NIR, da gerente e dos médicos, todo o problema dos encaminhamentos via sisreg e da demora nas marcações gira em torno da **baixa capacitação dos profissionais responsáveis envolvidos.** Os profissionais que atuam na regulação das unidades de saúde necessitam de treinamento para que desempenhem corretamente sua função. Também os profissionais de saúde devem atentar para a crucial importância de realizar encaminhamentos bem descritos, com o máximo de riqueza de informações a respeito do quadro clínico do doente. Entendem ser urgente e necessário investir no treinamento desses profissionais para que o sistema regulatório seja eficaz e resolutivo.

“Eu acho que se tinha que sentar com as pessoas que trabalham com isso e orientá-los. Eu acho que é o que falta para essas pessoas que trabalham com o sisreg, orientação prévia das coisas, treinamento. Eles tinham que sentar, tipo aula mesmo, para entender os critérios para encaminhamento.” (Jasmim adm.)

“Acho que o sisreg ainda tem muito que avançar, mas acho que é o melhor caminho, o mais justo. No entanto, para que ele possa funcionar, é importante investir em treinamento, na capacitação dos profissionais. Só assim começaremos a trabalhar melhor com o sisreg.” (Magnólia gerente)

“É necessário que tenham profissionais treinados para fazer esse serviço. Já vi muito paciente “batendo cabeça”, sem conseguir resolver o encaminhamento na sua unidade básica. Alguns acabam batendo aqui de novo pedindo ajuda, orientação. Tudo depende do treinamento que o cara recebeu lá.” (Hibisco med.)

“Vejo que as pacientes demoram para chegar até aqui. Porque isso depende da qualidade do operacional do posto de origem. Basicamente esse é o maior entrave. Vejo erros recorrentes.” (Anis med.)

“A ideia do sisreg é muito boa, mas depende de gente para operacionalizar, né? E acaba dependendo de gente não treinada... A pessoa tem que saber mexer nisso, se não dá errado sempre.” (Anis med.)

Outra questão importante que merece destaque é o fato de que as equipes dos serviços de atenção básica contam com **poucos médicos para uma grande demanda de pacientes** e esse pode ser mais um problema que impacta no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama. A **carência de médicos** sobrecarrega a equipe como um todo nas suas diversas funções dentro da unidade de saúde e prejudica a eficácia do trabalho.

As mulheres, durante as entrevistas, se queixam da ausência de médicos, da insuficiência de ginecologistas, de não serem examinadas pelo médico e só pelo enfermeiro mesmo diante de queixas importantes, do pequeno número de médicos frente ao grande número de pacientes, entre outras questões, conforme os relatos abaixo.

“Lá no posto só tem uma médica atendendo, então a gente passa mesmo é pela enfermeira, mas eu acho que a enfermeira não tem experiência suficiente para fazer esse diagnóstico.” (Anêmona)

“O nódulo tava aqui, mas eu nunca fui vista pelo médico, só pela enfermeira. Fiquei insegura, mas fiquei só observando como ela me orientou. Agora ele cresceu bastante.” (Gardênia)

“No posto só tem um médico. Quando ele entra de férias não fica nenhum. Demorei muito para ele ver meu exame, fiquei esperando ele voltar das férias. Ele também só atende na quinta-feira e no máximo 20 pessoas. Fica bem cheio nesse dia.” (Açucena)

“Na minha opinião, o clínico não consegue fazer o papel de pediatra, ginecologista, de tudo. Ele também que coloca na regulação. Ele acaba não atendendo direito.”
(Alfazema)

“A médica atende 40 mil pessoas por dia. Entendo porque não quis me atender de encaixe. Humanamente impossível.” (Hortênsia)

A profissional do NIR também cita a carência de médicos e a consequente sobrecarga imposta aos demais membros da equipe como fator complicador do acesso.

“Demora a agendar a consulta, aí não tem médico, o enfermeiro fica limitado porque tem certas coisas que ele não pode assinar. Mas é ele que geralmente está ali de frente. Tem equipe que não tem médico. E aí, como é que faz? Aí tem que esperar e acaba demorando. É angustiante essa situação delas.” (Jasmim adm.)

Ela e o mastologista também pontuam que os profissionais da atenção básica lidam com uma carga de trabalho pesada e com a **sobreposição de funções**, o que também podem ser um fator complicador.

“Eu sei que existe uma sobrecarga na clínica da família, eles têm que atender, têm que solicitar e têm que ter um regulador na unidade. Fazem muitas funções e o fluxo é grande também. Ficam sobrecarregados e acabam não dando conta.” (Jasmim adm.)

“O médico da atenção primária tem que atender todos os pacientes e ele ainda tem que fazer serviço burocrático, colocar no sistema, trocar pedido de exame. Acho uma estupidez gastar um médico para fazer estas funções. Ele deveria estar ali para consultar o doente. Para as outras funções deveria existir um profissional treinado.”

(Anis med.)

Concluimos que o funcionamento **“Ter a capacidade de receber suporte profissional adequado a suas demandas”** não está sendo promovido, ou mesmo, está sendo prejudicado, indo de encontro ao que propõe a perspectiva de justiça em questão.

Sob o ponto de vista da perspectiva de justiça aqui defendida, podemos concluir que determinados fatores atuaram como **obstáculos à promoção deste funcionamento**, a saber: a **baixa capacitação dos profissionais envolvidos** no processo de diagnóstico precoce do câncer de mama e a **carência de médicos na atenção básica à saúde**.

Esses obstáculos acabam por impactar severamente na promoção de um funcionamento considerado básico para essas mulheres, além de comprometer a eficácia e agilidade do processo de diagnóstico do câncer de mama.

Visando **superar os entraves e promover este funcionamento**, são necessários **investimentos públicos no treinamento dos profissionais responsáveis pela regulação de vagas**, para uma correta e eficaz triagem de vagas de acordo com a gravidade dos casos inscritos no sistema.

Também se faz necessário o **investimento na capacitação dos profissionais técnicos** que atuam especialmente na atenção básica, no intuito de acolher e respeitar os seus usuários em suas necessidades e também para reconhecerem casos potencialmente suspeitos para a rápida referenciação ao devido nível de atenção.

Outra necessidade importante é o **investimento na contratação de profissionais médicos para atuarem na atenção básica**, respeitando-se as áreas de maior carência desses profissionais.

4.5.2. Ser capaz de ter acesso à informação em saúde

A informação em saúde é uma importante arma para a conscientização e empoderamento do usuário. O acesso à informação pode gerar mudanças nas atitudes e comportamentos, no entanto, de acordo com Ponce (2013), para que as ações preventivas tenham maior alcance e perdurem por mais tempo, há a necessidade de um enfoque integral, baseado em uma correta articulação entre os serviços de saúde.

Para tal, é necessário que tenhamos profissionais atentos e capacitados para que se possa garantir o acesso dessas mulheres à suficiente informação em saúde, necessária para sua prevenção e manutenção da sua saúde. Para Tonani e Carvalho (2008), a ação do profissional de saúde deve ser “integral e participativa” voltada para o desenvolvimento de estratégias educativas e preventivas.

Neste estudo, com relação à prevenção do câncer de mama, as mulheres quando questionadas se conheciam o programa de rastreamento ou sobre os principais sinais e sintomas desta doença, a grande maioria não tinha conhecimento da faixa etária preconizada para rastreio e também desconhecia tais sinais de alerta para a procura de auxílio médico, demonstrando que a **informação em saúde** ainda é falha no alcance desta população e merece muito mais atenção por parte dos profissionais envolvidos e do governo.

De acordo com os achados, a grande maioria das mulheres realizava consultas de rotina com o ginecologista da atenção primária à saúde e destas, todas realizavam exame preventivo para o câncer do colo de útero. No entanto, o exame clínico das mamas e a conscientização das mulheres sobre a saúde das suas mamas não eram suficientemente abordados nesta oportunidade, demonstrando que muitos profissionais ainda apresentam dificuldades de reconhecer a importância deste momento para a prática educativa.

A Educação em saúde é uma importante ferramenta que visa à promoção da saúde pública por meio do diálogo entre o usuário e o profissional de saúde. A ideia é tomar como referência o conhecimento prévio do paciente e construir um processo educativo que considere as singularidades dos indivíduos e promova cidadania e emancipação. A educação em saúde é um elemento de transformação social, capaz de

alterar hábitos e atitudes, sensibilizando os sujeitos e promovendo a saúde (FERREIRA et al, 2014).

Em diversos países desenvolvidos, existem fortes campanhas de educação voltadas para a informação e conscientização da população feminina, o que acaba por gerar uma larga adesão aos cuidados, contribuindo para doenças mais iniciais, cirurgias mais conservadoras e menor mortalidade (ARNDT et al, 2002).

Mesmo desconhecendo a política de prevenção e sinais de alerta para o câncer de mama, por meio da análise das falas apreendidas, percebemos que a maioria das mulheres tinha consciência da necessidade da prevenção e buscava auxílio nos postos e clínicas da família sempre que julgavam necessário.

“Eu tinha plano de saúde e fazia todos os meus exames da mama e preventivo com regularidade, do jeitinho que tinha que ser. No plano eles são super atenciosos. Eu sempre me preveni, sempre fiz minha parte.” (Hortênsia)

“Eu sempre faço meus exames da mama anualmente, tudo certinho. Sei que é importante me cuidar.” (Gérbera)

Diante dessas informações, entendemos que as mulheres desejam se prevenir contra o câncer mesmo não possuindo toda informação devida. Sendo assim, esforços devem ser voltados para o maior esclarecimento dessa população, no intuito de potencializar o acesso à informação e aos cuidados preventivos em saúde. O câncer de mama pode ser curável desde que o cuidado seja rápido e eficaz. Nossas mulheres merecem receber toda informação possível para a manutenção da sua saúde.

Seguindo o que propõe a perspectiva de justiça adotada, entendemos que o funcionamento “**Ser capaz de ter acesso à informação em saúde**” não está sendo devidamente promovido, ocasionando um acesso injusto à prevenção do câncer de mama.

Para que este funcionamento possa ser promovido, é necessário que se **invista na capacitação dos profissionais envolvidos** e que se **incentive a realização de estratégias e ações que promovam a informação em saúde**, trazendo este usuário para uma posição de agente transformador da sua realidade.

A equipe de profissionais da atenção básica deve desenvolver ações de caráter preventivo, rompendo com modelo centrado no médico e voltado para a doença e investindo em um cuidado integral, centrado no usuário e em suas necessidades de saúde.

4.5.3. Ser capaz de ser respeitada em suas necessidades e ouvida em suas singularidades

Seguindo a proposta da educação em saúde, de acordo com a qual, o paciente é coautor do processo de construção e promoção da saúde, o exercício da escuta do paciente deve fazer parte do cotidiano do profissional da saúde. Este profissional deve agir de forma a valorizar a experiência e história do paciente, de seu contexto de vida, compreendendo as suas reais e iminentes necessidades, podendo intervir de maneira direcionada e integral.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que rege a organização do processo de trabalho em saúde, buscando a ampliação do olhar do profissional de saúde para a compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos. A integralidade pode ser entendida conforme três sentidos. O primeiro como atributo das práticas dos

profissionais de saúde para com os usuários; o segundo faz referência à organização dos serviços de saúde e o terceiro diz respeito às respostas do governo frente às demandas da população. No caso deste estudo, cabe fazer uso do primeiro e segundo sentidos da integralidade (MATTOS, 2001).

Para Silva Junior e Mascarenhas (2004), o acolhimento é um dos termos que traduz o sentido da integralidade. O acolhimento propõe uma transição para um modelo de atenção centrado no usuário, transformando a interação entre usuário e profissional de saúde em uma relação de interesse mútuo e confiança, permitindo a escuta sensível das demandas específicas do usuário por esses profissionais. Essa organização do processo de trabalho permite a criação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, trazendo este último para uma posição de sujeito ativo na promoção da sua saúde.

Silva Junior (2001) define acolhimento como “tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados”.

Essa mudança de postura, a qual valoriza os saberes dos diversos sujeitos envolvidos no processo da promoção da saúde, está expressa na Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada no intuito de qualificar o atendimento no âmbito do SUS por meio da modificação do modelo de cuidar verticalizado. (BRASIL, 2006a).

Destaco que o termo “humanização” talvez não seja o mais acertado, já que nos remete a uma ideia de “supremacia do ser humano”, o que de forma alguma seria compatível com o enfoque de justiça que utilizamos neste estudo. O propósito de

citação deste termo se resume ao desejo de engrandecer o ideal da escuta sensível dos envolvidos no processo de construção da saúde, do olhar integral, da inclusão.

Partindo dessa visão ampla, integral e sensível, foi possível notar ao longo das falas das pacientes, o relato frequente da atuação de **profissionais despreparados** que dão **pouca atenção às suas queixas**. Elas não têm voz, não são devidamente ouvidas e respeitadas diante de suas queixas, dúvidas, vivências e angústias. As mulheres não se sentem acolhidas e sentem falta desta troca, desse diálogo, sentem-se desamparadas.

“A clínica da família de onde a gente mora não recebe a gente do jeito que precisamos, não atende bem, não ouve o que a gente diz. Tem médico que tem muito descaso com a pessoa, sabe? Descaso com o ser humano. Às vezes acho que eles esquecem que somos gente, trata como se fosse um animal, alguma coisa desse tipo assim.” (Antúrio)

“Quando descobrimos alguma coisa na mama, ficamos angustiadas, com medo, precisamos do apoio deles, mas é difícil lá.” (Gardênia)

“Até conseguir chegar na médica foi difícil, tive que estar sentindo dor pra isso. Um absurdo. Eles não deram ouvidos para o que eu sentia e dizia. Eu sabia que tinha alguma coisa errada, conheço meu corpo.” (Palma)

“Me sinto desrespeitada por essa demora e esse descaso com a gente.” (Camélia)

“Achei pouco caso da médica da clínica da família. A mamografia não mostrava nada, mas eu conseguia palpar, falei pra ela isso, mas ela não me ouviu, só via o exame. Isso era metade de março, poderia ter sido encaminhada antes.” (Hortênsia)

Para a gerente da policlínica, a possibilidade do diagnóstico de câncer é algo muito cruel e a mulher, neste momento delicado, precisa ser ouvida e acolhida em seus medos pela equipe de saúde.

“Esse diagnóstico é muito assustador para a mulher, ela precisa de muito apoio e também de agilidade no processo. Aqui na policlínica, nós somos muito sensíveis a isso, a essa necessidade de atenção, trabalhamos muito essa questão da sensibilidade. Ouvimos e procuramos entender as necessidades da paciente.” (Magnólia gerente)

Acolher e compreender essas mulheres neste momento de sofrimento e angústia frente a uma possível doença é fundamental para um cuidado ético e integral e também para possibilitar um diagnóstico correto e mais precoce.

Durante as entrevistas, também foi possível notar que existem pacientes cadastradas no programa de saúde da família que demoram a procurar por cuidados médicos devido a questões particulares, como o **papel desempenhado na família**, a **preocupação com a manutenção dos seus empregos** e **questões de ordem psicológica**. Essas circunstâncias da vida das usuárias podem influenciar no acesso à prevenção e também impactar no agravamento da doença mamária.

Toda a equipe de saúde, em especial os agentes comunitários, deve estar atenta a esses fatores complicadores do acesso. É necessário que se adeque a estrutura dos serviços e capacite os profissionais da atenção primária à saúde para o acolhimento do usuário e para uma assistência e uma prática educativa que **considere as singularidades e especificidades** dos seus usuários. A escuta apurada desses indivíduos pode possibilitar a visualização de demandas importantes que até então, aparentemente, não existiam.

Analisando-se as falas das mulheres, percebemos que o **papel desempenhado na família**, seja como cuidadora ou mantenedora, é um importante fator que pode levá-las a demorar na busca por auxílio médico.

“A gente começa a ter uma vida atribulada e eu sempre fui sozinha depois que me separei do pai deles, e sou tipo o homem e a mulher da casa, então você acaba se esquecendo de você mesma, a verdade é essa.” (Amarílis)

“Às vezes a gente demora porque tem obrigações com os filhos, sabe. Bem, eu sou pai e mãe lá em casa.” (Alfazema)

“Depois que meu pai ficou doente, aí que tudo se agravou mesmo, tinha que cuidar dos meus filhos também do meu pai. Não é nada fácil.” (Amarílis)

As mulheres atualmente têm um papel importante com relação à renda familiar. Daí a **preocupação com a manutenção de seus empregos** e a falta de tempo para se cuidarem. A mulher chefe de família muitas vezes tem uma capacidade limitada de consumir serviços de saúde preventivos e de acompanhamento, provavelmente pela sua responsabilidade no cuidado familiar e na gestão dos recursos financeiros (TRAVASSOS et al, 2002).

“No meu caso, é mais falta de tempo por causa do meu trabalho, eu sou muito cobrada no trabalho.” (Fúcsia)

Outros pontos importantes que surgiram ao longo das falas foram as **questões psicológicas** envolvidas no processo, demonstrando o medo de um possível diagnóstico de câncer, o que levava à subestimação dos sintomas e à crença de que estes logo melhorariam, sem a necessidade de buscar auxílio médico.

“Me descuidei porque tive medo de outro diagnóstico de câncer. Aí deixei de fazer a mamografia por três anos.” (Acácia)

“Eu senti uma dor no braço e na mama, aí achei que não era nada, tomei um remédio para dor e esperei passar.” (Beladona)

Essas necessidades estavam implícitas nas falas estudadas. Quando damos voz a esses sujeitos, as demandas afloram e tomam corpo. Possibilitar o diálogo por meio do acolhimento e do cuidado integral abre a possibilidade de entendermos melhor as reais necessidades dos pacientes, possibilitando uma melhor atuação preventiva, mais focada e potencialmente eficaz.

Indo de encontro aos achados acima, ao longo das entrevistas, também foi possível observar que determinadas unidades de saúde têm um modo de trabalho organizado e integral, cuja equipe conta com **profissionais bem preparados** e que levam **em consideração as especificidades e singularidades** de suas usuárias. Esse modelo de atuação se mostrou eficaz e resolutivo e isso fica explícito nas falas a seguir.

“A enfermeira lá trata a gente muito bem, é muito atenciosa, se preocupa com a gente, pergunta, dá atenção. Tudo é bem organizado lá. Sempre fui muito bem atendida. Ela me conhece, sabe que tenho meus “bicos” pra fazer (rsrsrs), mas fica de olho em mim.” (Rosa)

“Não tinha costume de fazer exames porque nunca senti nada. Então eu não ia ao posto. Mas o agente de saúde foi na minha casa e falou comigo que eu estava na idade de fazer exame da mama e preventivo e marcou minha consulta. Então fui lá e a enfermeira me atendeu. O atendimento lá é muito bom. Assim que os exames ficaram prontos, o agente foi na minha casa me entregar e já marcou a volta. Equipe boa.” (Dália)

Na visão da gerente da unidade, a atenção primária tem uma importante responsabilidade no processo de informação, educação, do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama.

“Quem coordena esse cuidado é a atenção primária. A equipe precisa ser treinada para ser resolutiva, para melhorar a informação da população, estar atenta às demandas específicas, captar os pacientes e rastrear de forma organizada e direcionada. Precisa saber orientar bem esses pacientes, o que elas devem observar, quando ela deve procurar atendimento. E aí então, proporcionar acesso ampliado para quem precisa, agendamento facilitado.” (Magnólia gestora)

A profissional do núcleo de regulação da unidade de saúde aponta o lado bom e o lado ruim desse modo de organização da linha de cuidados, tendo a atenção primária como a única porta de entrada.

“O lado bom é que a clínica da família está bem próxima ao paciente, perto da sua realidade e das suas dificuldades. Mas muitas vezes vemos descaso e pacientes perdendo consultas por não serem avisados pelo pessoal da clínica. Não consigo compreender: se tem acesso, se tem agente de saúde, por que não são comunicados?

Será que ninguém viu?” (Jasmim adm.)

Após as observações acima discutidas, podemos concluir que o funcionamento **“Ser capaz de ser respeitada em suas necessidades e ouvida em suas singularidades”** não está sendo promovido, evidenciando um acesso injusto ao diagnóstico precoce do câncer de mama para esse grupo de mulheres estudado.

Observamos também que determinados fatores acabaram por **prejudicar a promoção deste funcionamento**, tais quais: **o despreparo profissional e a pouca atenção desses profissionais às queixas das pacientes** e também às suas demandas específicas.

No entanto, pudemos observar que **em determinadas unidades de saúde primárias, esses fatores agem de forma positiva, acabando por promover este funcionamento**. Nestes casos pontuais, observamos a presença de profissionais de saúde capacitados, que atuam em serviços de saúde bem organizados e que são comprometidos com um cuidado direcionado e integral, considerando as singularidades e particularidades dos seus usuários.

Apontamos como **estratégia para garantir a promoção deste funcionamento básico**, o **investimento na capacitação dos profissionais envolvidos** no processo do diagnóstico do câncer de mama, para o **acolhimento da usuária** e o **olhar atento às suas características de vida e particularidades**, buscando compreender suas reais necessidades de saúde.

O olhar atento aos seus usuários e a compreensão de suas dificuldades na busca por cuidados em saúde é papel da equipe de atenção primária. **Possibilitar horários alternativos** para atendimento nas unidades básicas de saúde e **realizar busca ativa de pacientes** moradores da região de saúde são algumas iniciativas interessantes para tentar reduzir as barreiras e promover saúde.

4.5.4. Ser capaz de receber suporte de unidades de saúde organizadas e resolutivas

A configuração das linhas de cuidado pode ser entendida como uma estratégia desenvolvida no intuito de superar a fragmentação do sistema de saúde, ordenando os fluxos assistenciais percorridos pelo paciente na busca da resolução de suas necessidades de saúde (MENDES, 2010; BRASIL, 2017e).

Em se tratando do câncer de mama, representa o caminho percorrido pelas mulheres ao longo dos níveis de atenção à saúde na busca de atenção integral, percorrendo desde a atenção básica (porta de entrada), passando pelos serviços de apoio diagnóstico, pela atenção especializada, até chegar finalmente à atenção terciária. Para que este fluxo seja resolutivo, é necessário que os diversos níveis de atenção estejam articulados e voltados para a identificação das necessidades do usuário, numa perspectiva integral (MALTA; MERHY, 2010).

De acordo com os achados neste estudo, os fluxos assistenciais não se mostraram resolutivos uma vez que não foi assegurada uma solução em tempo hábil das necessidades de saúde das mulheres envolvidas. Os tempos gastos em cada etapa ao longo da rede de atenção foram muito demorados, evidenciando a ineficácia da rede e contribuindo para o atraso na confirmação diagnóstica do câncer de mama.

As pacientes entendem que a os encaminhamentos ao longo da linha de cuidados são demorados, especialmente devido à **burocratização dos fluxos assistenciais**. Os agendamentos de exames e consultas de retorno devem ser realizados diretamente na unidade básica responsável pela paciente por meio do sistema de regulação. Sendo assim, elas retornam sempre à sua unidade de saúde de origem para as devidas marcações.

No entendimento das mulheres, a rede de atenção é organizada de forma burocrática e “engessada”, com uma determinação de fluxos de referência para consultas e exames que leva a muitas idas e vindas ao longo dos níveis de atenção.

“Meu nódulo tinha 2 cm e agora tem 30 cm, quer dizer que aumentou muito mesmo. A gente é jogado que nem uma bolinha, é literalmente assim. Isso que influenciou nessa demora, ser jogada de lá pra cá.” (Angélica)

“Manda a gente pra aqui, pra ali, pra lá. Se não tivesse demorado esse tempo todo, eu já tinha resolvido meu problema. Esse negócio de ter que voltar na clínica da família para colocar no sisreg, atrapalha muito. Antigamente, a gente podia ir no hospital e resolvia tudo lá. Agora não, tem que ir na clínica da família, esperar o sisreg vir pra cá, agora daqui eu vou ter que ir de novo para a clínica da família, vou pro sisreg e esperar ser chamada para meu exame. Muito vai e volta.” (Margarida)

“O funcionário da triagem do posto é confuso e acaba dificultando as marcações.”

(Palma)

“O atendimento no meu posto é muito confuso e demorado. A gente vai e volta muitas vezes para conseguir uma marcação.” (Tulipa)

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 foi o marco da reorientação do modelo assistencial no Brasil, ditando uma nova dinâmica na organização e nos fluxos assistenciais. Sendo assim, a unidade de saúde da família torna-se uma unidade primária de saúde e porta de entrada do sistema, integrando-se aos demais níveis de maior complexidade e coordenando o cuidado (ESCOREL et al, 2007).

Na visão da gerente, esse fluxo com apenas uma porta de entrada é importante para a organização da assistência, fortalecendo a atenção básica como a coordenadora do cuidado em saúde.

“É muito mais fácil tanto para o usuário quanto para a atenção primária rastrear e organizar, ajudar esse usuário a organizar a vida dele. Mas sabemos que esse é um processo em amadurecimento.” (Magnólia gerente)

Para a profissional do núcleo de regulação, esse fluxo ao longo dos níveis de atenção para a marcação de consultas e exames pode ser um fator complicador do acesso. Para ela, a Atenção Básica (AB) está bastante próxima da mulher e isso deveria facilitar as ações em saúde, marcação de procedimentos e a percepção dos problemas

iminentes. No entanto, nem sempre este nível de atenção trabalha de forma resolutiva, rápida e organizada, pra que atinja os objetivos esperados.

“Acaba sendo um fator complicador esse retorno da paciente. A paciente vem, é atendida na policlínica, mas tudo que é solicitado a ela, ela deve retornar à unidade básica para agendamento no sisreg. Então é mais um tempo perdido. Isso com certeza complica.” (Jasmim adm.)

Na sua fala fica explícita a preocupação com o tempo gasto nessas idas e vindas em busca de confirmação diagnóstica. Ela resume em sua fala, o passo a passo da angústia vivida pela mulher.

“Olha que agonia: a paciente faz mamografia e espera mais ou menos 10 dias para pegar o resultado. Aí, ela vai para a clínica da família marcar a consulta e será vista pelo médico em mais ou menos 30 dias - já são 40 dias até aí, esperando. Aí vai ser inserida no sisreg para a consulta na mastologia. Bem, se ela for colocada no sistema direitinho, vai demorar uns 15 dias – lá se vão 55 dias. Passando pela atenção secundária, com sorte, fará a biópsia, que levará 20 dias para sair o resultado – somando tudo, são 75 dias, dois meses e meio, na melhor das hipóteses. Não tinha necessidade de ser assim. Olha quantos caminhos desnecessários.” (Jasmim adm.)

Essa organização da rede de atenção demasiadamente burocratizada pode ocasionar a demora nos encaminhamentos e perda de tempo para as condutas e procedimentos. Para que haja agilidade, é preciso que a unidade de saúde responsável pelo encaminhamento seja organizada e resolutiva e sua equipe de profissionais seja

capacitada e comprometida, caso contrário essa usuária perderá muito tempo neste aguardo.

Sendo assim, nos perguntamos: **onde está a maior demora?** De acordo com a percepção do médico e da gestora da policlínica, o maior problema está anterior à chegada da paciente à atenção especializada.

“Por algum motivo elas ainda demoram para chegar aqui. A gente aqui na policlínica está conseguindo dar conta de forma razoável dessa população. Não estamos demorando não, não é por falta de vagas na atenção secundária que esse diagnóstico está demorando. Acho que o problema está antes, ainda na atenção primária. Tem demorado 15 dias no máximo para a primeira vez, tá bem organizado.”

(Magnólia gerente)

“O diagnóstico em si caminha rápido aqui. Acho que o que demora é a chegada dessas mulheres até aqui. Tem paciente que leva mais de ano. Porque isso acontece, não sei te dizer, não sei onde exatamente está esse gargalo. Acho que o pior talvez seja a regulação.” (Hibisco med.)

A profissional do NIR também relata essa demora na chegada à atenção secundária. Ela destaca que as muitas mulheres chegam à policlínica sem exames ou com exames antigos ou incompletos, o que acaba por atrasar ainda mais o seu percurso em busca do diagnóstico.

“Demora sim. Às vezes elas vêm sem mamografia, sem US ou com a mamografia antiga. Não é por falta de vaga não. Eu não sei se não há procura por parte da mulher ou se ela procura e a consulta demora a ser agendada na clínica da família.”

(Jasmim adm.)

De fato, esse atraso na chegada da mulher à atenção especializada ficou evidente neste estudo, onde as entrevistadas levaram uma média de 114 dias para conseguirem a primeira consulta na policlínica. Esse tempo demasiadamente longo pode culminar com a progressão da doença e com a ocorrência de tumores palpáveis.

Com relação às **condições que as pacientes chegam à atenção especializada**, a gerente observa que tumores mais avançados são os mais incidentes e entende que esse fato está diretamente relacionado com o tempo que essas mulheres demoram para chegar à atenção secundária.

“Temos observado ainda muitos tumores grandes, o que nos parece que ainda demora muito tempo para esse diagnóstico.” (Magnólia gerente)

Os médicos têm o mesmo relato com relação à apresentação clínica dos tumores avaliados por eles na policlínica.

“Grosso modo, o que mais vemos aqui são doenças avançadas.” (Hibisco med.)

“Doença avançada sim, com tumores palpáveis, grandes já. Sendo que 98% das biópsias que eu faço aqui são positivas.” (Anis med.)

Sob o ponto de vista das mulheres, grande parte das entrevistadas queixa-se da demora do diagnóstico e da angustiante evolução dos sintomas.

“Vê só o tempo que demorei pra chegar até aqui, o tumor aumentou muito mesmo.

Fico muito revoltada.” (Tulipa)

“O pior é a demora mesmo. A doença é séria, então tinha que ser mais rápido.”

(Acácia)

“Estou muito preocupada com essa demora. O nódulo vai crescendo, sinto isso.”

(Camélia)

É necessário que se assegure às pacientes com suspeita de câncer de mama uma rede de serviços de saúde organizada e interligada de maneira a prestar um atendimento menos burocrático, mais resolutivo e integral.

Com relação **à estrutura e à atenção prestada na unidade de saúde estudada**, a maioria das mulheres acha-se melhor acolhida, mais aliviada e confiante a partir do momento que consegue entrar na atenção especializada.

“A médica daqui me passou segurança e tranquilidade, me atendeu super bem. Estou ansiosa porque vou ter que esperar o resultado dessa biópsia, mas pelo menos já fiz isso hoje. Nem imaginei que faria essa biópsia tão rápido. No mesmo dia da consulta?”

(Amarílis)

“Aqui eu tive um ótimo atendimento, todos me trataram bem. A médica parece muito boa, disse que eu precisava da biópsia e já resolveu tudo aqui. Estou satisfeita.”

(Anêmona)

“Fui muito bem atendida. Achei o médico muito simpático. Raramente vemos um médico assim, que conversa, dá bom dia, pergunta como tá.” (Begônia)

“A impressão daqui foi totalmente diferente, a doutora, a moça do prontuário, me trataram bem. Não tenho nada a reclamar daqui não, fui muito bem acolhida.”

(Antúrio)

A gerente da unidade de saúde estudada entende que a policlínica presta um excelente suporte aos seus usuários, seja com relação ao número de profissionais especialistas, como também com o número de agendas disponíveis para atendimento da população e no contato com o paciente para rápido retorno quando diante de biópsia positiva. Para ela, o que deixa um pouco a desejar é a estrutura física a qual está necessitando de reparos e mais investimento.

“Entendo que o número de profissionais é suficiente para nossa demanda. Se não há dificuldade de agendamento, significa que está a contento, esse é o termômetro, a fila de espera.” (Magnólia gerente)

“Aqui na atenção secundária, nós observamos um bom acesso, não existe dificuldade.

O foco do nosso trabalho é no prazo para os resultados e o contato rápido com o paciente quando este resultado é positivo. O câncer de mama é uma questão muito urgente, então, nós precisamos trabalhar de forma extremamente organizada.”

(Magnólia gerente)

Ela também faz questão de comentar a respeito da pistola de core biópsia que ficou inutilizada por dois meses.

“Em termos de material para funcionamento, temos tudo. Tivemos um problema com a pistola de biópsia, mas agora já regularizamos e estamos trabalhando com duas pistolas.” (Magnólia gerente)

A profissional do NIR também tem uma visão bastante positiva quanto à atenção prestada na policlínica. Ela tem consciência da importância do seu trabalho e do impacto que isso pode trazer na vida da paciente.

“Nós fazemos trabalho de formiguinha mesmo, tentando minimizar os problemas.

Buscamos superar as burocracias, tentamos agilizar.” (Jasmim adm.)

“Aqui nós temos todo o controle dos resultados das biópsias. Já vem com imunohistoquímica, bloco e lâmina. Já agiliza. Tudo para tentar melhorar o caminho delas.” (Jasmim adm.)

Os médicos mastologistas relatam possuir estrutura suficiente para trabalhar, propiciando bons resultados e dizem também que buscam fazer o melhor que podem para prestar um ótimo atendimento às suas pacientes na unidade de saúde em questão.

“Aqui funciona muito bem. Chegando aqui eu dou conta de resolver o mais rápido que eu posso. O problema não está aqui.” (Anis med.)

“Acho que o diagnóstico do câncer de mama aqui caminha bem rápido. Às vezes, o resultado da biópsia sai mais rápido aqui do que no particular. Funciona bem, temos tudo que precisamos para fazer core biópsias, fazer nosso trabalho muito bem.”

(Hibisco med.)

Podemos então concluir que o funcionamento **“Ser capaz de receber suporte de unidades de saúde organizadas e resolutivas”** está sendo prejudicado, impactando na detecção precoce do câncer de mama.

A **burocratização dos fluxos assistenciais** ao longo da linha de cuidados ficou evidenciada nas falas dos envolvidos como o fator responsável por **prejudicar a promoção deste funcionamento**.

Pudemos observar também que a partir do momento em que chegam à policlínica, as mulheres conseguem uma assistência resolutiva e integral, no entanto, isso não é suficiente para resolver o problema de saúde dessas mulheres. É necessária a articulação de todos os serviços de saúde e também de um uso adequado do sistema de regulação, de forma a garantir o acesso oportuno à confirmação diagnóstica do câncer de mama.

Aqui, apontamos como possível **maneira de superar esses entraves e buscar garantir esse funcionamento**, a busca da **efetiva articulação dos serviços de saúde, melhorando os fluxos entre os três níveis de atenção**. Para tal, é necessário investir na **capacitação dos profissionais envolvidos**, sob a diretriz da integralidade do cuidado, buscando um uso resolutivo do sistema de regulação e garantindo acesso às consultas, exames necessários e assegurando a continuidade do cuidado.

Também seria interessante **repensar a lógica desses fluxos engessados**, avaliando a real necessidade de tantos retornos à atenção básica. Poderia ser idealizada uma maneira de informatizar este fluxo, de forma que a unidade básica responsável pudesse visualizar a trajetória de sua usuária, sem que para isso, ela tenha que retornar constantemente a esta unidade. Uma vez na atenção especializada, essa mulher deveria seguir o caminho de mão única rumo à atenção terciária nos casos de necessidade de tratamento cirúrgico ou clínico.

4.5.5. Ser capaz de ter acesso a exames preventivos e diagnósticos de qualidade e em tempo oportuno.

Para assegurar o diagnóstico precoce do câncer de mama é indispensável que se garanta não só o acesso oportuno aos serviços primário e secundário, mas também, aos exames de imagem e biópsias, ao que chamamos de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. Para que esses papéis sejam realizados de maneira eficaz e resolutiva, são necessários arranjos estruturais, sendo assim, estes serviços devem estar organizados de maneira bem distribuída e interligada, de acordo com a proposta das redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são formadas por conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si, que atuam de forma cooperativa e interdependente, com o objetivo de ofertar atenção contínua, integral e humanizada aos usuários (MENDES, 2010).

Para possibilitar a garantia do acesso aos exames, deve haver a disponibilidade dos recursos necessários (insumos e profissionais capacitados para utilizá-los) e uma correta regulação das vagas disponíveis. No entanto, o acesso aos níveis secundário e de apoio diagnóstico ainda representa o grande nó da rede de atenção à saúde.

Uma pesquisa realizada em 2004, que avaliou o processo de implementação do programa de saúde da família, concluiu que o apoio diagnóstico e a referência à atenção especializada se mostraram insuficientes para garantir a resolução dos problemas de saúde aos seus usuários (BRASIL, 2004). A realização de exames diagnósticos foi uma dificuldade citada por famílias entrevistadas em uma pesquisa realizada em oito cidades brasileiras, sinalizando para essa importante insuficiência da rede (ESCOREL et al, 2007).

Também nesta pesquisa, a queixa da **demora na realização de exames diagnósticos** foi bastante recorrente nas falas das mulheres entrevistadas.

“Como não podia fazer a mamografia, a ginecologista pediu uma ressonância, mas foi muito difícil de fazer. Fiquei cinco meses esperando pra fazer o exame. O sisreg não chamava. Eu marquei no mesmo dia, mas não me chamavam.” (Angélica)

“A US estava demorando muito, então eu resolvi pagar pra fazer no particular porque eu fiquei com medo. Eu tive que pagar, tirar dinheiro de onde eu nem tinha pra pagar.”

(Antúrio)

“A ultra da mama eu demorei uns dois meses pra fazer. Um absurdo isso.” (Alfazema)

A profissional do NIR também consegue visualizar outro importante entrave ao diagnóstico do câncer de mama. De acordo com ela, a **oferta de locais para exames de US está muito concentrada** em determinadas áreas programáticas do município. Sendo assim, existe a oferta do serviço, porém muitas mulheres moram em bairros distantes e não podem ou não desejam se deslocar para a realização do exame.

Outra questão é que a regulação do exame de US é feita sem levar em consideração as necessidades e particularidades da usuária, se restringindo ao “dia, hora e local”. Assim, o percentual de faltas evidenciou-se muito alto, contribuindo para a desorganização dos serviços e para o mau aproveitamento do aparelho e também do profissional de saúde.

“O US também é problemático. Temos muitas faltas das pacientes agendadas. A mulher que mora longe acaba faltando ao exame, acaba pagando pelo exame perto da casa dela, porque não é tão caro. Estamos com poucos locais ofertando vagas para US, apenas algumas unidades acabam fazendo. Mas isso está errado, não deveria ser assim não. Onde estão as agendas do US das clínicas da família no Sisreg? Também têm marcações erradas, coincidindo com outros exames ou procedimentos...”

(Jasmim adm.)

Uma questão importante que não ficou explícita nas falas estudadas, mas que ficou bastante evidenciada nas minhas observações do campo, foi a **ocorrência de exames de mamografia de ruim qualidade técnica e também de laudos incorretos**. Durante as consultas, observei a ocorrência de dúvidas por parte do profissional médico

diante de mamografias mal realizadas ou com laudos discrepantes, sendo necessária a repetição do exame. Estes problemas fazem com que a mulher perca tempo na busca da resolução de sua necessidade de saúde e sinaliza para a importância crucial da qualidade dos exames.

A Política Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM) foi desenvolvida com o objetivo de monitorar o desempenho dos estabelecimentos de saúde que realizam mamografia com base em parâmetros referentes ao processo, imagem, laudo e qualidade da estrutura. Ela prevê não só a utilização de requisitos de qualidade para exames e laudos, como também a capacitação e atualização dos profissionais envolvidos para a realização de exames com máxima qualidade (BRASIL, 2012b).

A partir das nossas observações de campo, entendemos que determinados prestadores de serviço de imagem não estão seguindo os parâmetros de qualidade indicados pelo ministério da saúde, trazendo malefícios para as usuárias e contribuindo para a demora da confirmação diagnóstica do câncer de mama.

A realização das biópsias mamárias também se mostrou um problema à época da coleta de dados deste estudo, quando a pistola de core biópsia esteve inutilizada por falta de material compatível. Ao longo deste período (cerca de um mês e meio), todas as pacientes com indicação de biópsia foram encaminhadas para a realização deste exame na rede do SUS. Essa impossibilidade de realização do exame na própria policlínica gerou grande demora na confirmação diagnóstica dessas pacientes, o que pode ser constatado no fato de que oito das 22 mulheres incluídas neste estudo ainda não possuíam confirmação diagnóstica mesmo tendo se passado quase um ano do fim da coleta de dados.

Resolvido esse contratempo, as referências para exames de biópsia guiada permanecem sendo realizadas apenas nos casos de pacientes com tumores impalpáveis ou em situações especiais que impossibilitem as core biópsias feitas na própria policlínica.

Os dois médicos da policlínica relatam preocupação com essas **pacientes que precisam ser referenciadas para a rede**, especialmente no momento atual de crise no Estado do Rio de Janeiro. Os hospitais e centros que realizavam este tipo de exame não estão mais atendendo a esta população, gerando um terrível nó no acesso ao diagnóstico do câncer de mama.

“Não temos mais para onde mandar essas pacientes porque os dois únicos hospitais que faziam biópsia guiada não estão fazendo mais. Os serviços estão fechados. Tá difícil.” (Hibisco med.)

“Os locais que faziam biópsia guiada não atendem mais. Esse momento de crise também está atrapalhando bastante.” (Anis med.)

A influência da **renda** é marcante e enfática nas falas das mulheres, impactando especialmente na possibilidade de **pagamento de exames preventivos e diagnósticos**. Outra questão que fica clara é que aquelas mulheres que possuem **plano de saúde privado** acabam tendo **maior facilidade na realização destes exames**, ampliando o acesso às estratégias de prevenção do câncer de mama.

“Se eu tivesse ainda meu plano de saúde, eu teria minha prevenção certinha.”
(Hortênsia)

Pelo posto demora um pouquinho, né? Então eu faço os exames pelo meu plano.

É um plano bem simples.” (Gérbera)

“Se eu tivesse dinheiro poderia pagar por essa biópsia, resolvia logo isso.”

(Alfazema)

“Se a gente tivesse condições melhores seria ótimo, né? Porque, por exemplo, pra fazer um exame, demora tanto. Se eu tivesse como pagar, seria mais rápido.”

(Azaléia)

“É complicada a vida da gente que não tem condições financeiras, é difícil.” (Acácia)

“Pensei em fazer uma vaquinha com o pessoal da família para pagar por essa biópsia particular e resolver logo essa agonia.” (Angélica)

É um grande paradoxo falar em arcar com o pagamento de exames ou pagar por um convênio privado frente ao perfil da população usuária deste serviço de saúde e, talvez, da maioria das unidades secundárias de saúde do município do Rio de Janeiro. Trata-se de mulheres em situação de evidente vulnerabilidade, pobres e de baixa escolaridade. Como discutido aqui anteriormente, já é bem sabido que esse perfil populacional é o mais excluído das estratégias preventivas.

Desta forma, é preciso ter atenção especial para essas mulheres que sofrem e peregrinam em busca do diagnóstico do câncer de mama, buscando conhecer e combater os fatores geradores de iniquidades no acesso.

Diante do exposto, entendemos que o funcionamento **“Ser capaz de ter acesso a exames preventivos e diagnósticos em tempo oportuno”** não está sendo promovido. **Fatores** como a **demora na realização dos exames** necessários, a **falta de locais para referência adequada** diante da atual crise do estado do Rio de Janeiro, **exames de mamografia de qualidade ruim**, e a **impossibilidade de pagar pelos exames** podem ser apontados como possíveis responsáveis pelo prejuízo deste funcionamento.

A não promoção deste funcionamento é uma questão muito problemática e extremamente injusta, já que não permite à paciente realizar a confirmação diagnóstica do câncer de mama de forma precoce. De acordo com a organização da rede de atenção do município do Rio de Janeiro, sem a confirmação diagnóstica, essa mulher não consegue ser referenciada para a atenção terciária e não pode iniciar o tratamento devido. Sendo assim, ela estará sujeita ao risco de ver sua doença avançar e suas chances de cura diminuem.

Podemos apontar aqui como possível **estratégia para promoção deste funcionamento**, o **investimento governamental na estruturação de serviços de apoio diagnóstico resolutivos, bem distribuídos geograficamente e de qualidade** no estado do Rio de Janeiro, com a **disponibilização de insumos, profissionais técnicos capacitados** e de um **mecanismo de regulação de vagas resolutivo e bem operado**. Essa iniciativa poderia impactar positivamente na fila de espera para exames, permitindo maior agilidade no processo da confirmação diagnóstica do câncer de mama.

Uma alternativa poderia ser a **criação de centros para diagnóstico do câncer de mama**, com médicos especialistas e todos os recursos necessários para a garantia de

um diagnóstico rápido e em apenas um serviço de saúde, sem a necessidade de idas e vindas e de tanta espera. A distribuição desses centros deveria acontecer de maneira regionalizada e descentralizada e eles teriam o compromisso com a resolutividade do processo e a rápida referência dos casos confirmados para tratamento. Trata-se de uma iniciativa relativamente simples e com baixo investimento, pensando-se na possibilidade de remanejamento de aparelhos e de profissionais para estes pólos diagnósticos.

CONCLUSÕES

O acesso ao diagnóstico do câncer de mama é um grave problema de saúde pública brasileiro, onde ainda convivemos com tumores avançados e alta mortalidade por esta doença. Trata-se de uma importante questão de justiça no acesso aos serviços de saúde que deve ser intensamente debatida, fazendo-se necessário o uso de uma teoria de justiça para auxiliar na recontextualização dos problemas e de suas possíveis soluções. Sendo assim, neste trabalho, decidimos analisar o processo do diagnóstico do câncer de mama utilizando a teoria dos funcionamentos de Dias como critério de justiça e a promoção dos funcionamentos básicos como seu foco.

A capacidade de ampliar nossa sensibilidade e nos colocarmos no lugar do outro são fundamentais para a compreensão das necessidades e particularidades da vida dos diversos atores envolvidos. A partir da escuta sensível das histórias, vivências e reflexões de todos os personagens envolvidos na busca pelo diagnóstico do câncer de mama pudemos determinar os funcionamentos básicos valorados por eles e compreender quais fatores agem de forma a promover ou prejudicar estes funcionamentos.

De acordo com o enfoque de justiça escolhido, existem determinados funcionamentos que têm importância central na vida dessas mulheres em busca de diagnóstico do câncer de mama. Esses funcionamentos representam o que há de mais importante para elas neste momento delicado e entendemos ser necessário promovê-los para que haja um justo acesso à detecção precoce do câncer de mama.

Os resultados das entrevistas fazem referência a pontos nevrálgicos do processo de diagnóstico do câncer de mama. Apontam para a necessidade de profissionais capacitados e comprometidos técnica e eticamente com seus usuários, voltados para um

cuidado integral e resolutivo. Essa capacitação e o envolvimento dos profissionais podem impactar positivamente na redução dos erros nos diagnósticos e encaminhamentos e conseqüentemente na diminuição da demora para a confirmação diagnóstica. Também ressaltam a necessidade da contratação de mais médicos para atuação na atenção básica à saúde e para a melhor distribuição destes profissionais de acordo com as regiões de maior carência e necessidade no município.

Outra questão relevante aponta para a extrema importância da informação em saúde, do cuidado humanizado e do acolhimento por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos. Pudemos notar que as mulheres deste estudo desconheciam os principais sinais e sintomas do câncer de mama e também os critérios para o rastreamento desta doença. Há uma baixa oferta de práticas preventivas do câncer de mama nos serviços de atenção básica. O profissional de saúde não reconhece a importância de promover o diálogo com a paciente, informando e conscientizando sobre hábitos preventivos. A população feminina precisa estar totalmente esclarecida sobre sua saúde para que possa atuar como agente transformadora da sua realidade.

Os profissionais que atuam na atenção básica à saúde possuem uma maior proximidade de seus usuários e, portanto, devem estar atentos para suas particularidades e necessidades. Neste estudo, percebemos que esses profissionais se mostram muitas vezes despreparados e acabam não atentando para as queixas e reais necessidades de sua população, o que acaba por prejudicar a adesão dessas mulheres às práticas preventivas.

Outro ponto bastante crítico são os fluxos de referência e contra referência ao longo dos níveis de atenção. De acordo com os achados deste estudo, esses fluxos se mostraram excessivamente burocráticos e pouco resolutivos, contribuindo para muitas idas e vindas e para a demora na realização dos procedimentos de saúde necessários. É preciso buscar a efetiva articulação entre os níveis de atenção, melhorando o fluxo entre

os serviços de saúde e investir na capacitação dos profissionais que atuam na regulação de vagas para que os encaminhamentos sejam menos demorados. Também seria interessante repensar esta dinâmica, reavaliando a real necessidade de tantos retornos à atenção básica para agendamentos.

A garantia da realização de exames diagnósticos em tempo hábil é extremamente importante para o diagnóstico precoce do câncer de mama. No entanto, neste estudo, constatamos a grande demora a que essas mulheres estão expostas na busca de diversos exames diagnósticos essenciais. A realização da mamografia não parece ser um grande problema, no entanto a qualidade deste exame e de seus laudos é muito ruim, o que prejudica a agilidade dos diagnósticos. A realização da biópsia mostrou-se problemática para as pacientes que tinham indicação de serem referenciadas à rede, o que acabou por ocasionar maior demora e demonstrou a insuficiência da rede em absorver essas pacientes. Com relação às biópsias realizadas na unidade de saúde estudada, percebemos que não há dificuldade na sua realização, salvo no período em que não dispunham do material necessário. Também podemos destacar que a renda foi fator determinante na possibilidade de pagar pelos exames necessários frente a essa insuficiência da rede, o que torna ainda mais injusto o processo do diagnóstico do câncer de mama.

Ficou evidente neste trabalho a grande peregrinação das mulheres em busca da confirmação das patologias mamárias, impondo sofrimento e angústia às suas vidas. O período de maior demora aconteceu entre a primeira consulta na atenção básica e a primeira consulta na atenção secundária, tempo precioso e que pode determinar o avanço da doença e diminuição das possibilidades de cura. As pacientes entrevistadas demoravam a entrar na atenção especializada não por falta de vagas, mas por diagnósticos equivocados, pela baixa capacitação dos profissionais técnicos e

administrativos da atenção primária e também por questões particulares das pacientes que acabavam passando despercebidas pelos profissionais da atenção primária. Os maiores obstáculos estão anteriores à chegada na atenção especializada, nos serviços de apoio diagnóstico ou na operação do sistema de regulação de vagas. O SISREG está em amadurecimento e pode ser um meio de promover justiça, no entanto, para fazer bem o seu papel, precisa ser operado corretamente por profissionais devidamente capacitados.

De acordo com os resultados desse estudo, entendemos que já houve importantes avanços no desenho da rede de atenção, com o fortalecimento da atenção básica, no entanto, ainda persistem falhas a serem resolvidas para uma abordagem profissional integral e também para uma regulação eficaz. Também é urgente pensar em uma rede de apoio estruturada com serviços diagnósticos de qualidade e bem distribuídos nas regiões de saúde, facilitando o acesso.

Sob o ponto de vista da teoria de justiça aqui defendida, podemos concluir que os funcionamentos relacionados ao processo de diagnóstico precoce do câncer de mama não estão sendo promovidos acarretando um acesso injusto. Diversos fatores podem ser apontados como possíveis responsáveis pelo prejuízo desses funcionamentos, levando à demora e peregrinação ao longo dos caminhos percorridos por essas mulheres.

Entendemos que o tempo em que a pistola de core biópsia permaneceu quebrada foi, com certeza, determinante do aumento da demora no intervalo entre a consulta com o especialista e a confirmação diagnóstica. Em momentos de normalidade, tendo sido feita a core biópsia na própria policlínica, o tempo de demora para o resultado da biópsia não ultrapassaria 15 dias. A necessidade de encaminhamento de muitas mulheres deste estudo para a realização do exame fora desta unidade secundária pode ter sido um determinante robusto do aumento desta demora. No entanto, mesmo considerando esta limitação do estudo, cabe salientar que o período de maior demora e

que representa a etapa geradora de maior iniquidade, foi o período anterior, o tempo em que a mulher demora em conseguir uma consulta com o especialista. Sendo assim, o foco da atenção deve estar na resolutividade da atenção básica para o encaminhamento em tempo oportuno dessas pacientes ao especialista, visando à rápida confirmação diagnóstica e o pronto encaminhamento para o tratamento.

Cabe salientar o caráter mutável, dinâmico desta perspectiva de justiça. Todos somos sistemas funcionais dinâmicos, sempre em busca do aprimoramento dos funcionamentos que nos identificam. Desta forma, esses funcionamentos hoje descritos neste estudo podem alterar sua representatividade com o passar do tempo, alterando-se as percepções e necessidades de acordo com as mudanças organizacionais dos serviços de saúde e também comportamentais dos indivíduos.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Ao final desta reflexão, após expor alguns pontos nevrálgicos do acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama em uma unidade de saúde secundária do município do Rio de Janeiro, decidimos pontuar de forma resumida nossas principais recomendações as quais julgamos necessárias para alcançarmos os funcionamentos básicos no intuito de promover justiça social.

Quadro 2 – Quadro sinóptico de recomendações.

NÍVEL DAS MUDANÇAS	PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Melhorar a informação em saúde;
	Promover o cuidado humanizado e o acolhimento;
	Reduzir a incidência de erros nos diagnósticos e encaminhamentos;
SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTÃO PÚBLICA	Garantir a realização de exames preventivos e diagnósticos em tempo hábil;
	Repensar a lógica dos encaminhamentos ao longo dos níveis de atenção;
	Investir na formação de profissionais capacitados técnica e eticamente com seus usuários, voltados para um cuidado integral e resolutivo;
	Estruturar a rede de apoio diagnóstico e realizar uma correta distribuição destes serviços nas regiões de saúde;
	Contratar de mais médicos para atuação na atenção básica;
	Distribuir melhor os profissionais médicos de acordo com as áreas de maior densidade populacional;
	Garantir a resolutividade da atenção básica para o encaminhamento em tempo oportuno à atenção especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, K.S. et al. Determinants of advanced stage presentation of breast câncer in 87.969 Brazilian women. **Maturitas**. v.82, p.365-370, 2015.

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.48, n.1, p.113-131, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **Breast Imaging Reporting and Data System Atlas: BIRADS® Atlas**. BIRADS®—Ultrasound. 2013; disponível em <https://> (acesso em março/ 2015).

ÁNGELES-LLERENAS, A. et al. Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast câncer. **Salud Pública de Mexico**. v.58, n.2, p.237-250, 2016.

ARNDT, V. et al. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. **British Journal of Cancer**. v.86, p.1034-1040, 2002.

ASADA, Y. et al. Unexplained health inequality – is it unfair? **International Journal for Equity in Health**. v.14, n.11, p.1-12, 2015.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

AYÉNDEZ, M. et al. Knowledge and beliefs of breast cancer among elderly women in Puerto Rico. **Puerto Rico Health Sciences Journal**. v.20, p.351-359, 2001.

AZEVEDO E SILVA, G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no sistema único de saúde: uma análise a partir dos dados do sistema de informações em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.7, p. 1537-1550, 2014.

BAIROS, F.S. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n.12, p. 2364-2372, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2009.

BARROS, A.F.; UEMURA, G.; MACEDO, J.L.S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**. v.40, n.1, 2012.

BIM, C.R. et al. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.4, p.940-946, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobrevida, estadiamento: relação incidência/mortalidade.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_sobrevida. (acesso em fevereiro/2017d).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>. Acesso em maio/ 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/ GM de 27/02/2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874/ GM de 16/05/2013.** Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2439/ GM de 08/12/2005.** Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559/ GM de 01/08/2008.** Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/ GM de 22/02/2006.** Pacto pela saúde 2006. Brasil. Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 531 de 26/03/2012**. Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. Brasil. Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252/ GM de 19/02/2013**. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasil: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**, Rio de Janeiro: INCA, 2006d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016/2017: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012**. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos , 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado e integralidade da atenção.** Disponível em: http://inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf. Acesso em junho/2017e.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge.** – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#61>. Acesso em março/2017a.

BRITO, N.M.B. et al. Perfil epidemiológico das pacientes com neoplasia maligna de mama atendidas no Hospital Ofir Loyola. **Revista Paraense de Medicina.** V.18, n.3, p. 49-54, 2004.

CAPLAN, L. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. **Frontiers in Public Health.** v.2, n.87, 2014.

CAREGNATO, R.C.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem.** v.15, n.4, p.679-684, 2006.

CARVALHO, A.I., BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

DIAS, M.C. Em defesa de um ponto de vista moral mais inclusivo. In: DIAS, M.C. (Org.). **A Perspectiva dos Funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva**. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015b.

DIAS, M.C. Humanos: uma descrição funcional do que somos. In: DIAS, M.C. (Org.). **A Perspectiva dos Funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva**. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015d.

DIAS, M.C. Teorias de Justiça: a perspectiva dos funcionamentos. In: DIAS, M.C. (Org.). **A Perspectiva dos Funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva**. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015a.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, n.7, p. 1603-1612, 2007.

DWORKIN, R. **Uma questão de Princípio**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ELMORE, J.G., KRAMER, B.S. Breast cancer screening: toward informed decisions. **JAMA**. v.311, p.1298-1299, 2014.

ESCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FARIAS, S.F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, Supl. 1, p. 1043-1053, 2011.

FARLEY, T.A. et al. Deaths preventable in the U.S. by improvements in use of clinical preventive services. **Am J Prev Med**. v.38, n.6, p.600–609, 2010.

FERREIRA, V.F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**. v.12, n.2, p.363-378, 2014.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**. v.27, n.2, p.389-394, 2011.

FONT-GONZALEZ, A.; PIÑEROS, M.; VRIES, E. Self- reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: impact of socioeconomic and demographic characteristics. **Salud Pública de México**, v.55, n.4, p.368-378, 2013.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica Mexico**. n.27, p.438-453, 1985.

GARCIA-SUBIRATS, I. et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **International Journal for Equity in Health**. v.13, n 10, p.1-15, 2014.

GEBRIM, L.H.; QUADROS, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 319-323, 2006.

GROSS, D.M.P. et al. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 10 (Supl. 4), p. 3608-3619, 2016.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.31, n.8, p.1673-1684, 2015.

HANSEN, R.P. et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2.212 newly diagnosed cancer patient. **BMC Health Services Research**. v. 11, p. 284, 2011.

IARC. **Cancer today**. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/explore>. (acessado em março/2017b).

IARC. **Research Sections: Section of early detection and prevention**. Disponível em: <https://www.iarc.fr/en/research-groups/sec10/index.php> (acessado em março/2017).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas on line de mortalidade**. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br> (acesso em janeiro/2017a).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do Câncer de Mama.**
Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes (acesso em maio/2017b).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso.** Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **SISMAMA: Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Outubro rosa: detecção precoce.**
Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2015/deteccao-precoce.asp>
(acesso em fevereiro/2017c).

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.** v.28, p.398-399, 2012.

JASSEM, J. et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. **European Journal of Public Health.** v.24, n.5, p.761-767, 2016.

KALAGER, M., ADAMI, H.O., BRETTHAUER, M. Too much mammography. Long term follow-up does not support screening women under 60. **BMJ.**; v.348, p.1403, 2014.

LAGES, R.B. et al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v.15, n.4, p.737-47, 2012.

LOU, M.B.A., SILVA JUNIOR, A.G. Compreendendo os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama em busca de cuidado: vulnerabilidade e injustiça. In: GERHARDT, T.E., PINHEIRO, R., RUIZ, E.N.F., SILVA JUNIOR, A.G.S. (Org.) **Itinerários Terapêuticos: integralidade do cuidado, avaliação e formação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/ UERJ - ABRASCO, 2016.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunicação Saúde Educação.** v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v.27, n.5, p.888-898, 2011.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S.F., GOMES, R., MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010a.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2010b.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v.5, n.7, p.01-12, 2017.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**. v.49, p.185-190, 2003.

NELSON, H.D et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**. v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009.

NUSSBAUM, M. **Creating capabilities: the human development approach**. Cambridge e London: The Belknap of Harvard University Press, 2011.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.9, p.3649-3664, 2011.

OLIVEIRA, V.R.D.; GONÇALVES, F.D.O. Demanda por serviços de saúde: uma análise baseada em dados contáveis. In: **Anais do XL Encontro Nacional de Economia** (ANPEC); Porto de Galinhas; p. 2-20, 2012.

OSHIRO, M.L. et al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.60, n.1, p. 15-23, 2014.

PAIM, J. et al. The brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet**. v.377, n.1, p.778-797, 2011.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev. APS*, v.11, n. 2, p.199 - 206, abr./jun. 2008.

PEGORARO, O.A. **Ética é justiça**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009a.

PEGORARO, O.A. Justiça como cuidado. In: SCHRAMM, F.R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2009.

PINHO, A.C.; ASSIS, M. Câncer de mama: o que a mulher precisa saber? **Correio Braziliense**. p.13, 2016.

PONCE, M. La prevención del câncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Salud Colectiva**. v.9, n.2, p.215-233, 2013.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.15, n.2, p.276-283, 2007.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

RENCK, D.V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n.1, p. 88-96, 2014.

RIBEIRO, C.D., DIAS, M.C. Saúde e doença à luz da Perspectiva dos Funcionamentos. In: DIAS, M.C. (Org.). **A Perspectiva dos Funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva**. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015c.

RICHARDS, M.A. et al. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. **British Journal of Cancer**. v.79, n.5/6, p.858-864, 1999.

RODRIGUES, J.D., CRUZ, M.S., PAIXÃO, A.N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.10, p.3163-3176, 2015.

SÁNCHEZ, G.; NIÑO, C.G.; ESTUPIÑÁN, C. Factores asociados com El tratamiento oportuno de mujeres com cáncer de mama apoyadas por uma organización no gubernamental em Bogotá. **Biomédica**. v.35, p.505-512, 2015.

SANDEL, M.J. **Justiça: o que é fazer a coisa certa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

SCHNEIDER, I.J.C. et al. Conhecimento sobre mamográfica e fatores associados: inquéritos de base populacional com mulheres adultas e idosas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.16, n.4, p.930-942, 2013.

SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, n.6, p. 1285-1296, 2009.

SCLOWITZ, M.L. et al. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. v.39, p.340-349, 2005.

SEN, A.K. **Desigualdade Reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SEN A.K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Fundação Saúde. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/rio-de-janeiro-tera-central-unica-de-regulacao-do-sistema-publico-de-saude/>. Acesso em março/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Governo do Município do Rio de Janeiro. **Ações em saúde**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cancer>. Acesso em dezembro/2015.

SILVA, R.C.F. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão de pré-requisitos ao rastreamento organizado de câncer de mama no Brasil** [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA JUNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Coord.). **Curso de Especialização Autogestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SILVA JUNIOR, AG; MASCARENHAS, MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO: São Paulo: HUCITEC, 2004.

SILVA JUNIOR, A.G.; PONTES, A.L.M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, p. 93 - 110.

SMITH, et al. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. **Breast Journal**. V.12, Suppl. 1, p. 317-326, 2006.

TESSER, C.D., D'ÁVILA, T.L.C. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? **Cadernos de Saúde Pública**. v.32, n.5, 2016.

THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.49, n.4, p.227-238, 2003.

TONANI, M.; CARVALHO, E.C. Riscos de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.16, n.5, 2008.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panam Salud Publica**, v.11, n.5/6, 2002.

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

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TRUFELLI, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 54, n.1, p.72- 76, 2008.

VENKATAPURAM, S. **Health justice**. Massachusetts: Polity Press, 2011.

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

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**. v.22, n.3, p.429-445, 2004.

WOLFF, J.; DE-SHALIT, A. **Disadvantage**. New York: Oxford University Press, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast cancer: prevention and control**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index4.html> (Acesso em março/2017b).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO position paper on mammography screening.** Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1

(acessado em março/2017a).

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. **Physis**. v.18, n. 3, p. 427-450, 2008.

YOULDEN, D.R. et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence survival and mortality. **Cancer Epidemiology**. v. 36, p.237-248, 2012.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO	DATA: ____/____/____	Nº _____
Nome _____		
Prontuário _____		
Data matr. ____/____/____		
Residência _____		Tel _____
Estado civil _____		Escolaridade _____
Ocupação _____		Vínculo Previdenciário _____
Possui Plano de Saúde? Caso sim, qual? _____		
Renda familiar _____		Quantas pessoas moram com você? _____
Unid. Atenção Primária de origem: _____		
Inscrição SISREG (1) não (2) sim		Unid. Solicitante SISREG _____

ENTREVISTA A

A. A paciente

- 1) Faz acompanhamento médico de rotina? Público ou privado?
- 2) Faz mamografia de rastreio?
- 3) Está cadastrada em alguma Clínica da Família ou Posto de Saúde? Qual?
- 4) Percebeu nódulo? Como?
- 5) Como foi o caminho para chegar até a Policlínica?
- 6) Fale sobre o que possa ter facilitado ou dificultado o caminho em busca do diagnóstico.

B. A família e o trabalho

- 1) Qual o papel que desempenha na família?
- 2) Quais as repercussões do adoecer na sua família, situação profissional e/ou financeira?

C. O grupo social

- 1) Como se relaciona socialmente (família, amigos, grupos comunitários, religiosos, etc)?
- 2) Como a rede de apoio social atuou frente ao adoecimento? Quem ajuda emocionalmente ou financeiramente, acompanha, etc?

D. Os profissionais de saúde

- 1) Como é sua relação com os médicos? Se sente bem atendida? Tem um médico que a acompanhe? E com os outros profissionais de saúde?

E. Situação de saúde

- 1) Qual sua impressão geral deste serviço de saúde? E da unidade básica?

F. O diagnóstico precoce

- a) O que você entende por diagnóstico precoce do câncer de mama? Como acha que acontece no Brasil?
- b) Acha que seu acesso ao diagnóstico demorou ou foi rápido? Conte sua experiência na busca por cuidado.
- c) O que você acha que pode influenciar no acesso ao cuidado?

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____/____/____ **Nº** _____

Nome _____ **Idade** _____

Formação _____ **Anos de formado** _____ **Tel** _____

Quantos anos trabalha nesta unidade _____

Tipo de vínculo (1) contratado (2) estatutário () terceirizado () outros _____

ENTREVISTA B

A. A continuidade dos cuidados

- 1) O que você acha do modelo de divisão da rede de atenção (Clínicas da Família, Policlínicas, etc)?
- 2) E da questão da Atenção Básica como sendo a única porta de entrada da rede? Acha que ajuda ou atrapalha?
- 3) Onde você acha que está o problema?
- 4) Qual o ponto forte? E o ponto fraco?

B. O exercício profissional

- 1) O que você acha da estrutura da unidade?
- 2) O que você acha que falta? Pontos fortes e pontos fracos?
- 3) Quais condições você considera como prejudiciais ao seu exercício profissional (ambiente, horários, volume de trabalho, relacionamentos interprofissionais)?

C. O diagnóstico precoce

- 1) Como avalia o acesso das pacientes ao diagnóstico do câncer?
- 2) Acha que a maioria dos diagnósticos são precoces ou tardios?
- 3) Tem ideia do tempo que essas mulheres demoram para chegar até a Policlínica?
- 4) E o Sisreg? Você acha que ajudou na organização?
- 5) Como acha que poderia melhorar o acesso ao diagnóstico do câncer de mama?

ANEXO C- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGERENTE

IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____ / ____ / ____ **Nº** ____

Nome _____ **Idade** _____

Formação _____ **Anos de formado** _____ **Tel** _____

Quantos anos trabalha nesta unidade _____

Tipo de vínculo (1) contratado (2) estatutário () terceirizado () outros _____

ENTREVISTA C

A. A continuidade dos cuidados

- 1) O que você acha do modelo de divisão da rede de atenção (Clínicas da Família, Policlínicas, etc)?
- 2) E da questão da Atenção Básica como sendo a única porta de entrada da rede? Acha que ajuda ou atrapalha?
- 3) Onde você acha que está o problema?
- 4) Qual o ponto forte? E o ponto fraco?

B. Aspectos organizacionais

- 1) O que você acha da estrutura da unidade?
- 2) O que você acha que falta? Pontos fortes e pontos fracos?
- 3) E quanto às condições de trabalho dos profissionais da unidade? Acha que são boas?

C. O diagnóstico precoce

- 1) Como avalia o acesso das pacientes ao diagnóstico do câncer?
- 2) Acha que a maioria dos diagnósticos são precoces ou tardios?
- 3) O que você acha que pode ser um facilitador ou complicador do acesso ao diagnóstico precoce?
- 4) Tem ideia do tempo que essas mulheres demoram para chegar até a Policlínica?
- 5) E o Sisreg? Você acha que ajudou na organização?
- 6) Como acha que poderia melhorar o acesso ao diagnóstico do câncer de mama?

ANEXO D – ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIA DO NIR

IDENTIFICAÇÃO

DATA: ___/___/___ N° _____

Nome _____ **Idade** _____

Formação _____ **Anos de formado** _____ **Tel** _____

Quantos anos trabalha nesta unidade _____

Tipo de vínculo (1) contratado (2) estatutário () terceirizado () outros _____

ENTREVISTA D

A. A continuidade dos cuidados

- 1) O que você acha do modelo de divisão da rede de atenção (Clínicas da Família, Policlínicas, etc)?
- 2) E da questão da Atenção Básica como sendo a única porta de entrada da rede? Acha que ajuda ou atrapalha?
- 3) Onde você acha que está o problema?
- 4) Qual o ponto forte? E o ponto fraco?

B. Aspectos organizacionais

- 1) O que você acha da estrutura da unidade?
- 2) O que você acha que falta? Pontos fortes e pontos fracos?

C. O diagnóstico precoce

- 1) Como avalia o acesso das pacientes ao diagnóstico do câncer?
- 2) Acha que a maioria dos diagnósticos são precoces ou tardios?
- 3) O que você acha que pode ser um facilitador ou complicador do acesso ao diagnóstico precoce?
- 4) Tem ideia do tempo que essas mulheres demoram para chegar até a Policlínica?
- 5) Você acha que o Sisreg ajudou na organização do acesso?
- 6) Quais são os pontos fracos mais impactantes na regulação do acesso? E os pontos fortes?
- 7) Como acha que poderia melhorar o acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama?

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Pacientes)

Título da Pesquisa: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social.”

Nome da Voluntária: _____

Você está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa intitulado “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social” porque você foi ou esta sendo atendida nesta instituição municipal de saúde e teve diagnóstico de doença na mama. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os riscos, benefícios e as consequências da sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas serem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este projeto tem por objetivo avaliar se há relação entre fatores sociais (como renda, local de moradia, escolaridade, etc) e o acesso de mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Assim, pretendemos realizar uma entrevista com o objetivo de compreender o que pode estar influenciando na sua busca por cuidados em saúde.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar, será entrevistada por uma profissional capacitada sobre o caminho percorrido por você até a chegada a esta Policlínica. O que você disser será gravado em áudio e vídeo para posterior estudo. O tempo total da entrevista será de, mais ou menos, 40 minutos. A pesquisadora responsável também poderá consultar seus dados clínicos que se encontram no seu prontuário médico.

RISCOS

Não há riscos a você pela sua participação nesta pesquisa. Nenhum procedimento médico adicional será realizado, nenhuma nova amostra de sangue será coletada, não há realização de exames, consumo de medicações, entre outros. Apenas serão analisados dados de seu prontuário médico e entrevista com profissional capacitada.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama sejam mais rápidos, beneficiando outros pacientes.

CUSTOS

Se você concordar em participar desta pesquisa, não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação. Também não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Assinando esse consentimento você não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, você não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. A pesquisadora deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem estar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante desta pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais de saúde)

Título da Pesquisa: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social.”

Nome do Voluntário (a): _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa intitulado “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social” porque você trabalha nesta instituição municipal de saúde. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os riscos, benefícios e as consequências da sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas serem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este projeto tem por objetivo avaliar se há relação entre fatores sociais (como renda, local de moradia, escolaridade, etc) e o acesso de mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Assim, pretendemos realizar entrevistas com o objetivo de compreender o que pode estar influenciando no diagnóstico precoce do câncer de mama.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar, será entrevistado (a) por uma profissional capacitada sobre quais fatores você acha que possam estar influenciando no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama. O que você disser será gravado para posterior estudo. O tempo total da entrevista será de, mais ou menos, 25 minutos.

RISCOS

Não há riscos a você pela sua participação nesta pesquisa. Nenhum procedimento médico será realizado. Apenas será realizada a entrevista com profissional capacitada.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama sejam mais rápidos, beneficiando outros pacientes.

CUSTOS

Se você concordar em participar desta pesquisa, não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação. Também não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Assinando esse consentimento você não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, você não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. A pesquisadora deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem estar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante desta pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a

eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Gerente)

Título da Pesquisa: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social.”

Nome: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa intitulado “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social” porque você é o diretor (a) desta instituição municipal de saúde. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os riscos, benefícios e as consequências da sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas serem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este projeto tem por objetivo avaliar se há relação entre fatores sociais (como renda, local de moradia, escolaridade, etc) e o acesso de mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Assim, pretendemos realizar entrevistas com o objetivo de compreender o que pode estar influenciando no diagnóstico precoce do câncer de mama.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar, será entrevistado (a) por uma profissional capacitada sobre quais fatores você acha que possam estar influenciando no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama. O que você disser será gravado para posterior estudo. O tempo total da entrevista será de, mais ou menos, 25 minutos.

RISCOS

Não há riscos a você pela sua participação nesta pesquisa. Apenas será realizada a entrevista com profissional capacitada.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama sejam mais rápidos, beneficiando outros pacientes.

CUSTOS

Se você concordar em participar desta pesquisa, não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação. Também não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Assinando esse consentimento você não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, você não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. A pesquisadora deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem estar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante desta pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição no telefone (21) 3971-1463.

Devido a sua função como gestor desta unidade de saúde, não será possível garantir seu anonimato quando a pesquisa for publicada.

ANEXO H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Funcionária do NIR)

Título da Pesquisa: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social.”

Nome do Voluntário (a): _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa intitulado “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social” porque você trabalha no núcleo interno de regulação desta instituição municipal de saúde. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os riscos, benefícios e as consequências da sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas serem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este projeto tem por objetivo avaliar se há relação entre fatores sociais (como renda, local de moradia, escolaridade, etc) e o acesso de mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Assim, pretendemos realizar entrevistas com o objetivo de compreender o que pode estar influenciando no diagnóstico precoce do câncer de mama.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar, será entrevistado (a) por uma profissional capacitada sobre quais fatores você acha que possam estar influenciando no acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama. O que você disser será gravado para posterior estudo. O tempo total da entrevista será de, mais ou menos, 25 minutos.

RISCOS

Não há riscos a você pela sua participação nesta pesquisa. Nenhum procedimento médico será realizado. Apenas será realizada a entrevista com profissional capacitada.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama sejam mais rápidos, beneficiando outros pacientes.

CUSTOS

Se você concordar em participar desta pesquisa, não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação. Também não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Assinando esse consentimento você não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, você não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. A pesquisadora deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem estar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante desta pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a

eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu,

_____ residente _____ à

concordo em participar do estudo intitulado “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social”.

Eu fui completamente orientado (a) pelo Dr^a. Marianna Brito de Araujo Lou que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

CONTATOS:

- **Pesquisadora Responsável**
Marianna Brito de Araujo Lou
e-mail: mariannalou@gmail.com
Telefone: (21) 3207-3766
- **Orientador**
Aluisio Gomes da Silva Junior
e-mail: agsilvaj@gmail.com
Telefone: (21) 2629-9352
- **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde**
Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja, Centro, Rio de Janeiro, RJ
CEP: 20031-040
e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br
Telefone: (21) 2215-1485
- **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense**
Endereço: Rua Marquês do Paraná 303, 4º andar, prédio anexo ao HUAP.
CEP: 24030-210
e-mail: etica@vm.uff.br
Telefone: (21) 2629-9189

ANEXO I – FICHA DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social”

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

Prontuário (PRONTUÁRIO) Nome _____

Data matrícula (DATAMATR) ____/____/____ Data 1ª consulta (DATACONS) ____/____/____

Data nascimento (DNASC) ____/____/____ Idade (ID): ____ anos Cor (COR): (1) branca (2) negra (3) parda

Estado civil (ESTCIVIL) (1) casada/ companheira (2) divorciada/ separada (3) viúva (4) solteira (9) sem informação

Escolaridade(NIVELESCOL) (1) analfabeto (3) fundamental completo (5) médio completo (7) superior completo

(2) fundamental incompleto (4) médio incompleto (6) superior incompleto

Ocupação(OCUPA) (1) do lar (2) doméstica/ limpeza/ cozinha/ costura (3) Comércio (4) Outros

Vínculo previdenciário (VINCU) (1) sem vínculo (2) com vínculo (3) aposentada

Plano de Saúde Privado (PANSAUD) (1) não (2) sim

Renda Familiar (RENFAM) (1) < 1 salário mínimo (2) 1 a 3 salários (3) mais de 3 salários

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Local de residência _____

Sisreg (1) não (2) sim Data inclusão _____

Primeiro sinal/sintoma e data (1) nódulo palpável (2) dor _____ (3) secreção _____ (4) outro _____

Como identificou os sinais/ sintomas (1) autoexame (2) exame clínico (3) exame de imagem (4) outro _____

Data: _____

Atitude diante do problema (1) CMS/ CF (2) Rede Privada (3) outra _____

Data 1ª consulta na AB _____ Nome da Unidade _____

Realização de exames diagnósticos e data _____

Data 1ª consulta na AS _____ Data biópsia _____ Resultado biópsia _____

Data encaminhamento CACON _____

NÍVEL DE PREVENÇÃO E CONHECIMENTO DA DOENÇA

Acompanhamento de rotina em CMS ou CF? (1) não (2) sim Acompanhamento no Serviço Privado? (1) não (2) sim

Consulta com ginecologista de rotina? (1) não (2) sim Exame preventivo ginecológico? (1) não (2) sim

Exame Clínico das mamas? (1) não (2) sim Mamografia nos últimos 2 anos? (1) não (2) sim

Tem conhecimento do programa de rastreamento do câncer de mama? (1) não (2) sim

Conhece os sinais e sintomas do câncer de mama? (1) não (2) sim

OBS: _____

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA
- PPGBIOS -**

DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO PORTAL PPGBIOS

1. **Identificação do tipo de material:** Tese Dissertação

Quantidade de versões encadernadas = 2

Arquivo digital em PDF: (x) sim = 1

2. Identificação do documento

UFF: Universidade Federal Fluminense

Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Autor: Marianna Brito de Araujo Lou

RG: 10564405 CPF: 039.904.886-35

E-mail: mariannalou@gmail.com

Título do Trabalho: “O diagnóstico precoce do câncer de mama como uma questão de justiça social”

Orientador: _ Prof.^a Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior

Número de Páginas: 150 Número de Anexos: 09

Formato: Impresso (X) Eletrônico (X) Data da defesa: 29 / 08/ 2017

Autorizo a publicação de material impresso ou eletrônico para o Programa de Pós-Graduação e Bioética, Ética e Saúde Coletiva e no Portal da Capes.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018

Marianna Brito de Araujo Lou