

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

BRUNA BARCELOS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM
MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2021

BRUNA BARCELOS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM
MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Solange Rodrigues da Costa.

Área de concentração: Políticas de Saúde; Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

F363i Fernandes, Bruna Barcelos
Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em um município do estado do Espírito Santo / Bruna Barcelos Fernandes. - 2021.
122 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.
Co-orientadora: Profa. Dra. Solange Rodrigues da Costa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Câncer de mama – Espírito Santo (Estado). 2. Saúde da mulher. 3. Itinerários terapêuticos. 4. Acesso aos serviços de saúde – Espírito Santo (Estado). 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. II. Costa, Solange Rodrigues da. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. IV. Título.

CDD 616.9940082

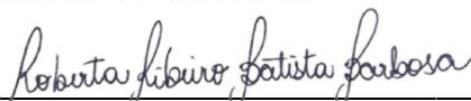
BRUNA BARCELOS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA
EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Roberta Ribeiro Batista Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Solange Rodrigues da Costa Nascimento
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Sílvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof.ª Dr.ª Márcia Valéria de Souza Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

Neste espaço me permito recordar toda trajetória vivida até aqui. O mestrado possibilitou conhecer histórias, e ao contá-las construí uma ponte para escrever a minha. Fui imensamente despertada, tocada, desconstruída e reconstruída novamente. Os desafios me impulsionaram a romper meus medos e achismos, e permitiu amadurecimento e experiências que vão além do conhecimento acadêmico.

Agradeço a Deus por ser o real motivo da minha força; tudo vem Dele e por meio Dele.

Aqui, oportuno se faz homenagear a minha amada amiga, Mytissa Grilo. Este trabalho é fruto de tudo que vivenciamos juntas na graduação, e seu legado ficará para sempre em vários corações. Conhecê-la foi desfrutar momentos de crescimento e novas possibilidades, em que me peguei a estudar sobre um tema nunca antes planejado ou sonhado. Mesmo não estando mais aqui, sua memória viva me colocou nesse lugar, que me faz sentir próxima a ela através de cada mulher entrevistada.

Com muito amor e comoção, agradeço a minha amada família por ser suporte nos momentos em que o desânimo e o cansaço bateram à porta. Por sonhar comigo e celebrar minhas conquistas, amo com todo meu coração.

Aos meus amigos que vibram minhas conquistas e são apoio em todos os momentos. Em especial, a minha amiga e irmã Klindia Ramos, por sonhar esse projeto junto comigo, e me emprestar seus abraços para acolher, por estar sempre presente, e por ser a minha pessoa, com quem posso ser eu mesma, sem medo.

Estendo meus agradecimentos a minha querida orientadora Roberta Ribeiro, por acreditar em mim, por ter abraçado esse trabalho junto comigo, por ser paciente, generosa, e por ser minha incentivadora; por toda ajuda e ensinamento proporcionado. Você será sempre lembrada.

Agradeço também a Solange Rodrigues, minha Co-Orientadora, que me acompanhou no início dessa longa jornada, sua serenidade contribuiu para que a construção desse trabalho fosse mais leve.

Agradeço a banca examinadora, representada pelas doutoras Silvia Moreira e Márcia Valéria, das quais, por meio das considerações realizadas na qualificação, me permitiram obter um novo olhar sobre o tema aqui pesquisado. Obrigada por fazerem parte deste processo!

Agradeço a Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, juntamente com a Comissão do PRODES - Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico, que financiou o curso, possibilitando a conclusão do tão sonhado título de Mestra.

Por fim, e não menos importante, agradeço a cada mulher que participou desse estudo, que se disponibilizou a contar sua trajetória, que não abriu mão de lutar pela vida, e que confiou em mim para contar sua experiência e proporcionar assim a realização dessa pesquisa tão relevante e sonhada. Sem vocês nada disso seria possível.

Concluo agradecendo aos encontros e desencontros que a vida nos proporciona, a cada vivência que nos permite crescer e trilhar caminhos jamais percorridos. Ao que somos e ao que podemos nos tornar, e a cada possibilidade de se reinventar diante aos obstáculos que ela nos apresenta. Pelo amor que transborda e faz tudo valer a pena; pela vida e por tudo que ainda viveremos, muito obrigada!

Desaprender para aprender. Deletar para escrever em cima.
Houve um tempo em que eu pensava que, para isso, seria
preciso nascer de novo, mas hoje sei que dá pra renascer
várias vezes nesta mesma vida. Basta desaprender o receio de
mudar.

Martha Medeiros

RESUMO

O aumento da incidência de câncer de mama tanto a nível nacional, quanto regional, faz crescer a emergência por estratégias de planejamento e criação de mais políticas públicas que supram as necessidades das usuárias que necessitam do serviço. Diante disso, essa pesquisa objetivou identificar os itinerários percorridos pelas mulheres em busca do diagnóstico e tratamento de câncer de mama na Rede de Assistência à Saúde de um município do Estado do Espírito Santo. Os estudos sobre Itinerários Terapêuticos perpassam investigações sobre serviços de saúde e seus arranjos organizativos e possibilitam adentrar vivências individuais e singulares acerca de diferentes sujeitos que experienciaram situações que marcaram sua relação com sistemas, redes e pessoas. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que para produção dos conteúdos utilizou um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas para melhor aproveitamento das informações prestadas. A análise dos conteúdos foi orientada pela técnica de Análise Textual Discursiva. O itinerário terapêutico foi dividido em cinco categorias, considerando cada etapa do percurso: A suspeita do câncer de mama; Acesso ao exame e tempo para diagnóstico; Consulta com o especialista e tempo de espera; Tratamentos realizados e tempo para início; Dificuldades e Facilidades no Itinerário. Participaram deste estudo doze mulheres com idade entre 37 a 68 anos, diagnosticadas com câncer de mama e cadastradas no Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do município. Os resultados apontaram as principais potencialidades, como fácil acesso a Unidade Básica de Saúde; aquisição de medicamentos através da Central de Abastecimento Farmacêutico Municipal e transporte para realização do tratamento no município de Cachoeiro de Itapemirim. Evidenciou fragilidades, como dificuldade para marcação de consulta especializada em tempo hábil, demora para marcação de exames para diagnóstico e extenso período de espera para realização da cirurgia. Verificou-se ainda que a rede assistencial do município precisa criar estratégias de aproximação das usuárias com o serviço de saúde, tencionando tornar o atendimento mais direcionado e informativo para a população feminina em geral, enfatizando a importância do autoexame das mamas. Os exames diagnósticos precisam ser marcados de forma mais rápida, a fim de agilizar o início do tratamento. Notou-se que

o estigma criado ao longo dos anos sobre os serviços ofertados pelo SUS dificulta o ingresso da mulher aos benefícios que o sistema dispõe. Posto isto, este trabalho se propôs a conhecer a realidade de mulheres acometidas pelo câncer de mama e pontuou aspectos favoráveis e desfavoráveis na Política de Atenção à Saúde da Mulher ofertada pelo município, que poderão contribuir para o aprimoramento do serviço prestado à categoria estudada.

Palavras-Chave: Itinerário Terapêutico. Câncer de Mama. Saúde da Mulher. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The increase in the incidence of breast cancer both nationally and regionally increases the need for planning strategies and the creation of more public policies that meet the needs of users who require the service. Therefore, this research aimed to identify the itineraries traveled by women in search of diagnosis and treatment of breast cancer in the Health Care Network of a city in the state of Espírito Santo. The studies on Therapeutic Itineraries permeate investigations on health services and their organizational arrangements and make it possible to enter individual and unique experiences about different subjects who experienced situations that marked their relationship with systems, networks and people. This is a qualitative research, which used a semi-structured interview script to produce the contents. The interviews were recorded and transcribed for a better use of the information provided. Content analysis was guided by the technique of Textual Discourse Analysis. The therapeutic itinerary was divided into five categories, considering each stage of the journey: The suspicion of breast cancer; Access to the exam and time to diagnosis; Consultation with the specialist and waiting time; Treatments performed and time to start; Difficulties and Facilitations in the Itinerary. Participated in this study twelve women aged 37 to 68 years, diagnosed with breast cancer and registered in the Unified Health System in the Health Care Network of the city. The results pointed out the main potentialities, such as easy access to the Basic Health Unit; acquisition of medications through the Municipal Pharmaceutical Supply Center and transportation for treatment in the municipality of Cachoeiro de Itapemirim. It evidenced weaknesses, such as difficulty in scheduling specialized consultations in a timely manner, delay in scheduling diagnostic tests, and an extensive waiting period for the surgery to be performed. It was also verified that the assistance network of the municipality needs to create strategies to bring users closer to the health service, intending to make the service more directed and informative for the female population in general, emphasizing the importance of breast self-examination. Diagnostic tests need to be scheduled more quickly in order to speed up the beginning of treatment. It was noted that the stigma created over the years about the services offered by SUS makes it difficult for women to access the benefits that the system offers. Therefore, this study aimed to understand the reality of

women affected by breast cancer and pointed out favorable and unfavorable aspects in the Women's Health Care Policy offered by the municipality, which may contribute to the improvement of the service provided to the category studied.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Breast Cancer. Women's Health. Access to Health Services. Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AEM - Autoexame da mama
AF- Assistência Farmacêutica
AISM - Atenção Integral à Saúde da Mulher
AMA- Agência Municipal de Agendamento
APS - Atenção Primária a Saúde
ATD - Análise Textual Discursiva
BEMFAM- Bem-Estar Familiar no Brasil
CACON- Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico
CEP- Conselho de Ética e Pesquisa
CIM PÓLO SUL- Consórcio Público da Região Polo Sul
CNS- Conselho Nacional de Saúde
DATASUS- Departamento de Informática do SUS
DNDC- Departamento Nacional de Drogas Crônico-Degenerativas
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMESCAM- Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
ESF- Estratégia Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA - Instituto Nacional do Câncer
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA- Pesquisa Econômica Aplicada
IT- Itinerário Terapêutico
MDB- Movimento Democrático Brasileiro
MS- Ministério da Saúde
NOAS- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB- Normas Operacionais Básicas
PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM- Pronto Atendimento Municipal
PCC - Programa de Controle do Câncer

PIB- Produto Interno Bruto

PNAF- Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNCC - Plano Nacional de Controle do Câncer

PNPCC- Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

PNQM- Programa Nacional de Qualidade em Mamografia

PRODES-Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico

PRONON- Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

PRÓ-ONCO - Programa de Oncologia

RAS - Redes de Atenção à Saúde

REMUME- Relação municipal de medicamentos essenciais

SICC- Sistema Integrado de Controle do Câncer

SISCAN- Sistema de informação de Câncer

SISCOLO- Sistemas de Informação do Câncer do Colo de Útero

SISMAMA- Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama

SISREG- Sistema Nacional de Regulação

SNC - Serviço Nacional de Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNACON- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	20
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO	21
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	21
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	23
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	24
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4 REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	28
4.2 A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL.....	36
4.3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O CÂNCER DE MAMA.....	43
5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	115
APÊNDICE A - roteiro de entrevista semiestruturado	115
APÊNDICE B – Carta de anuência	116
ANEXOS	117
ANEXO – A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	117
ANEXO B - APROVAÇÃO CEP	119

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de patologia mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, que ocorre pela multiplicação desordenada de células da mama formando um tumor (BRASIL, 2020a).

À nível mundial, representou 24,2% do total de casos em 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de novos casos, sendo a quinta causa de morte por câncer, em geral, totalizando 626.679 óbitos e, a causa mais recorrente de morte por câncer em mulheres. Apresenta-se como a neoplasia maligna mais incidente na população feminina brasileira, ocupando o primeiro lugar, com exceção dos tumores de pele não melanoma (BRASIL, 2020b).

No Brasil, estima-se 66.280 novos casos desta patologia para cada triênio (2020-2022), e esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 (taxa bruta) casos novos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2019a). Destaca-se ainda, que, para o ano de 2020, o risco estimado é de 43,74 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a primeira posição em todas as regiões brasileiras, com valores maiores no Sudeste (57,41/100 mil) e no Sul (47,96/100 mil), seguidos por Nordeste (43,74/100 mil), Centro-Oeste (40,40/100 mil) e Norte (39/100 mil) (BRASIL, 2020a).

No Estado do Espírito Santo, para 2020, estimou-se 790 novos casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019a). Ao que concerne o município estudado, de acordo com os dados do DATASUS, Presidente Kennedy diagnosticou, nos últimos cinco anos, 32 casos de câncer de mama em mulheres, sendo seis deles notificados no ano de 2019 (BRASIL, 2020c).

O aumento dos casos de câncer de mama tende a crescer gradativamente a partir dos 40 anos, bem como a mortalidade por essa neoplasia. Abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres; em contrapartida, a partir de 60 anos o risco é 10 vezes maior (BRASIL, 2020b). Todavia, é importante ressaltar que, idade, fatores genéticos, fatores hereditários, menopausa tardia, obesidade, sedentarismo, fatores ambientais e comportamentais, bem como exposições frequentes a radiações

ionizantes, são condições que influenciam para o aumento dos casos de câncer de mama (BRASIL, 2019a).

Aspectos relacionados ao conhecimento da doença e às dificuldades de aproximação das mulheres aos procedimentos diagnósticos e ao tratamento apropriado, convertem no surgimento de mulheres em estágios mais avançados do câncer de mama, agravando o diagnóstico. Atualmente, o diagnóstico, o tratamento local e o tratamento sistêmico para o câncer de mama estão sendo aperfeiçoados de modo rápido em virtude de um melhor entendimento da história natural da doença e das características moleculares dos tumores. No entanto, devido a individualização orgânica e da extrema heterogeneidade tumoral relacionada à presença de elementos de risco conhecidos e desconhecidos, o câncer de mama é conceituado uma doença de comportamento dinâmico, em contínua transformação (BRASIL, 2019b).

Devido ao aumento da incidência de câncer de mama, cresce a emergência por estratégias de planejamento e criação de políticas públicas que atendam às necessidades das usuárias que necessitam do serviço, uma vez que é perceptível um crescimento progressivo de mulheres com câncer de mama, tanto a nível nacional, quanto regional, o que requer o desenvolvimento consecutivo do método de controle, com o objetivo de efetivar as diretrizes sobre redes e serviços de apoio oncológico no país (XAVIER; GENTILLI, 2012).

Nesse contexto, é importante destacar que o caminho percorrido por mulheres em busca do tratamento é demarcado por inúmeras barreiras e, considerando o impacto do câncer de mama no contexto global, ele atualmente se configura como mais um problema de saúde pública a ser enfrentado (ROSA; RADUNZ, 2013).

Em relação ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, existe uma dificuldade enfrentada por toda a sociedade brasileira e está ligado às características da oferta, à conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços. Diversos fatores estão envolvidos no percurso da atenção e assistência oncológica, desde a frequência de procura por hospitais públicos, o tempo de espera para ser atendido nas instituições,

até a disponibilidade dos procedimentos complexos com alto custo à população (ROSA; RADUNZ, 2013).

Nesse sentido, a análise do Itinerário Terapêutico (IT) se reveste de importância, uma vez que possibilita investigar e identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos, as estratégias de cuidado e orientação que visam a prevenção, bem como a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Ressalta-se que em contextos plurais a aplicação dos ITs tem possibilitado a reafirmação de princípios infraconstitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, a integralidade do cuidado, cuja centralidade do usuário tornou-se um imperativo ético-político formativo de sua construção (PINHEIRO et al., 2016).

Embora a discussão sobre IT seja recente, estudos nessa área possibilitam conhecer trajetórias ainda não pesquisadas, bem como contribuir para transformações do contexto pelo qual as pessoas estão inseridas, assim como, propiciar a análise dos programas de saúde e sua funcionalidade. Ao diferenciarmos os ITs e as trajetórias assistenciais das linhas de cuidado, evidenciamos a perspectiva do usuário e seus arranjos organizativos no decorrer das experiências de adoecimento, o que nos permite compreender como ele escolhe, avalia bem como, se adere ou não aos tratamentos prescritos em suas redes sociais, que podem incluir ou não as redes de serviços (PINHEIRO et al., 2016).

Desse modo, compreender como e em que momento as mulheres com câncer procuram os serviços para resolver suas demandas e problemas de saúde, pode subsidiar a aproximação delas com os profissionais de saúde, gestores e comunidade, assim como, a escolha de estratégias, que concorram para assegurar a universalidade, a equidade, a integralidade, a construção de práticas compreensivas e contextualmente integradas, de forma sistemática e contínua, proporcionando acesso e vínculo, cujos resultados incidirão na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama (SOARES; SANTOS; ARRUDA, 2017).

O interesse por essa temática surgiu através do convite de uma amiga da faculdade, que foi acometida pelo câncer de mama em 2013. Devido a sua implicação com o tema, ela decidiu realizar um trabalho de campo no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim com mulheres que estavam vivenciando a mesma experiência. Em 2014 foi necessário definir um tema de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso, e então, recebi o convite de fazer juntamente com ela, visto que existia a possibilidade de ser realizado em dupla, o que facilitaria a realização do mesmo. Aceitei o desafio, embora possuísse um escasso conhecimento sobre o assunto, e confesso que, diante das possibilidades de tema, falar sobre câncer estava fora de cogitação naquele momento. Embarquei com ela nessa jornada ciente de que estava assumindo uma responsabilidade maior do que a faculdade exigia de mim; maior do que entrevistar as mulheres que estavam vivenciando o câncer de mama, uma vez que se tratava de adentrar em algo pessoal, subjetivo a ela. Com o passar do tempo e conforme o desenvolvimento do trabalho, o tema se tornou nosso, e caminhamos juntas, respeitosamente conhecendo cada história. Embora, como pesquisadora, ela não tenha participado das entrevistas, relatar cada vivência era ao mesmo tempo abordar a sua própria, o que tornou a pesquisa uma experiência marcante para nós duas. O trabalho foi realizado sob a perspectiva das estratégias de enfrentamento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, tendo como tema “Mulheres de peito: reinventando a vida a partir da experiência do adoecer”. Em meados do ano de 2015, ela descobriu outro tumor, desta vez no fígado, e mesmo diante das dificuldades relacionadas à doença, se manteve firme com os estudos e com a vida. Ao final de 2015 concluímos nosso trabalho, e infelizmente em janeiro de 2016, aos 32 anos de idade, ela veio a falecer.

Essa implicação com o tema, bem como a sua relevância social, culminou com a necessidade de continuar estudando a temática na pós-graduação e agora no mestrado. Atualmente, sou bolsista do programa de bolsas de estudo fornecido pelo município de Presidente Kennedy, o qual resido, chamado Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy - PRODES, e como requisito para a bolsa, é necessário realizar um trabalho que contribua para as políticas públicas do município. Diante disso, visando cumprir os

requisitos exigidos pelo programa e alinhando ao que já venho estudando desde a graduação, percebi a necessidade de conhecer as trajetórias percorridas pelas mulheres diagnosticadas com câncer de mama do município de Presidente Kennedy, visando analisar as implicações deste itinerário nas ações dos serviços de saúde do município.

Para tanto, delineou-se como questão norteadora: quais são os itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres residentes no município de Presidente Kennedy desde a suspeita do câncer de mama até a obtenção do diagnóstico e realização do tratamento?

Acredita-se que por meio desse estudo será possível fornecer subsídios que possam contribuir com a melhoria da assistência à saúde da mulher, especialmente, no que diz respeito as formas de acesso ao serviço, ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Vale ressaltar que conhecer o contexto sócio-histórico e considerar a mulher em sua singularidade, complexidade e integralidade possibilitará identificar outros aspectos envolvidos no cuidado, sobretudo, símbolos sociais e culturais, que, frequentemente, não são considerados na linha de cuidado.

É imprescindível salientar ainda que, através da identificação sobre as formas de acesso das usuárias ao serviço, bem como a disponibilidade e funcionabilidade do trabalho em rede, será possível construir ferramentas de capacitação para a equipe e gestores, tencionando capacitar os trabalhadores envolvidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município e, conseqüentemente, aprimorar o serviço já existente prestado às mulheres, tanto no que tange a prevenção e ao cuidado, como no diagnóstico e tratamento.

Através desse trabalho, será possível ainda a elaboração de novas políticas públicas que visem olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, compreender o processo saúde-doença-cuidado, ou seja, ações que possibilitam entender o papel que o encontro entre as pessoas possui, encontro este que ultrapassa a dimensão

biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz emergir uma dimensão relacional e consequentemente simbólica, engajada no que permeia esses encontros.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Conhecer os itinerários percorridos pelas mulheres em busca do diagnóstico e tratamento de câncer de mama na Rede de Assistência à Saúde do município de Presidente Kennedy.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Traçar o perfil das mulheres com câncer de mama assistidas no município;
- b) Analisar as facilidades e dificuldades na trajetória percorrida pelas mulheres em busca do diagnóstico e tratamento de câncer de mama no município;
- c) Relacionar o itinerário terapêutico com o período de tempo entre a suspeita do câncer e o início do tratamento.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritiva e de natureza qualitativa. A pesquisa descritiva, segundo Gil (2011), tem por objetivo descrever, caracterizar uma população ou fenômeno, e busca fazer levantamentos de opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população. Já sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2011) realça que se trata de uma modalidade que se debruça sobre realidades que não são passíveis de serem quantificadas, já que abarca questões que são bem singulares aos sujeitos partícipes da pesquisa, por buscar investigar os universos de significados, aspirações, motivações, atitudes e valores que exprimem o *lócus* mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos dos quais não podem ser minimizados a operacionalização de variáveis.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Presidente Kennedy, localizado no litoral Sul do Estado do Espírito Santo, que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), possui atualmente cerca de 11.658 habitantes, em um território de 594, 897 km², e com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,657 (IBGE, 2020).

Trata-se de um município com o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país, devido ao repasse dos recursos dos royalties de petróleo. Sua economia, no entanto, é em grande parte ligada à agricultura, setor responsável por cerca de 70% da arrecadação do município, isso por meio da pecuária, cultivo de mandioca, maracujá, cana-de-açúcar, leite e mamão (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o município dispõe de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco com Estratégia Saúde da Família (ESF) e quatro com Unidades de Apoio, na qual uma está localizada na zona urbana e oito na zona rural. Tem-se ainda o Transporte Sanitário Eletivo, que visa disponibilizar aos

munícipes o deslocamento no próprio município ou em outro nas regiões de saúde de referência, para realização de procedimentos que não são caracterizados como urgentes e emergenciais (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Já no contexto da Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade, os usuários são assistidos por meio do Pronto Atendimento Municipal (PAM) e da Central de Regulação/ Agência Municipal de Agendamento (AMA) que conta com as ferramentas do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e do Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM POLO SUL). Para ter acesso a assistência hospitalar, os usuários são encaminhados aos hospitais de referência da região, que, em sua maioria, estão situados nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, tais como: Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Infantil Francisco de Assis. No que concerne aos serviços ambulatoriais disponibilizados pelo município, tem-se atendimento das respectivas especialidades médicas: endocrinologia, reumatologia, ortopedia, neurologia, dermatologia, cardiologia, pediatria, oftalmologia, ginecologia, psiquiatria, urologia, geriatria, otorrinolaringologia, gastroenterologia e angiologia (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Já no que se refere a realização de exames laboratoriais, o município conta com um Laboratório de Análises Clínicas que é responsável por ofertar aos munícipes exames de baixa complexidade. Os demais exames, de maior complexidade, ou aqueles que são justificados por pertencerem aos programas prioritários, são realizados pelos serviços contratados pelo município (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O município também tem estruturada a Assistência Farmacêutica que é definida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que visa a promoção, proteção e recuperação da saúde. Está organizada por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que é responsável pela gestão de pedidos, recebimento, armazenamento, conferência e a distribuição dos medicamentos para atendimento aos usuários nas UBS e no PAM (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O PAM é um ponto de atenção que funciona vinte quatro horas por dia, destinado ao atendimento de pacientes sem que haja a necessidade de agendamento prévio. Inclui o atendimento das emergências, urgências médicas e casos que apresentam baixa complexidade, já que os casos que demandam internação e tratamentos complexos são encaminhados para os hospitais da região (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O município dispõe ainda de Atenção Fisioterápica na Atenção Primária e na Média Complexidade, que ocorre por meio da atenção ambulatorial e domiciliar para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção (APS) e do Centro de Fisioterapia, visando propiciar aos munícipes o tratamento reabilitador, ações educativas e preventivas, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

No contexto das Vigilâncias em saúde, o município conta com a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram deste estudo mulheres cadastradas no Sistema de Saúde do Município, identificadas primariamente pelo setor de saúde da mulher, maiores de dezoito anos, diagnosticadas com câncer de mama e que fizeram o tratamento. Foram excluídas do estudo as mulheres diagnosticadas com câncer de mama que não residiam no município no momento da pesquisa.

Inicialmente, a fim de conhecer o quantitativo dos casos de mulheres com câncer de mama no município, utilizou-se o DATASUS, que é uma base de dados que permite rastrear o número geral de mulheres notificadas no município. Através dessa base de dados, foram filtradas mulheres cadastradas nos últimos cinco anos, com intuito de extrair informações mais atuais, o qual apresentou um total de trinta e duas mulheres com a patologia. Diante disso, impende salientar que das trinta e duas mulheres cadastradas, apenas doze participaram da pesquisa, visto que diante do atual cenário

de Pandemia pelo Covid-19, algumas mulheres se recusaram a participar do estudo, uma vez que eram grupo de risco e, devido a esse fato, algumas estavam em tratamento, o que inviabilizou a entrevista. Outras também se recusaram por se declararem tímidas e algumas por não querer relembrar sua trajetória com a doença.

Para possibilitar o contato com as mulheres, já que a secretaria não possui a relação dos nomes e sim apenas o quantitativo geral através do DATASUS, foi necessário a colaboração da enfermeira Coordenadora dos programas de saúde da mulher no município, também responsável em coordenar as demais enfermeiras das UBSs, bem como as agentes comunitárias de saúde, as quais detinham o conhecimento de cada caso. Através desse contato com a enfermeira do programa, foi possível obter os nomes e os contatos telefônicos das agentes comunitárias, para que assim fosse possível identificar as participantes. A partir disso, as agentes comunitárias de saúde tiveram uma conversa prévia com as mulheres, informando a respeito do estudo, bem como a relevância e se elas aceitariam participar. Após o consentimento delas, algumas agentes me forneceram o contato telefônico das participantes, e, em alguns casos, elas mesmas marcaram o dia e o horário com a mulher, para que assim ela pudesse me receber.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Tendo em vista a necessidade de apreender as experiências e histórias singulares das mulheres entrevistadas, no que tange aos caminhos percorridos por elas na busca pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama, foi empregada a técnica de História Oral para coleta de dados. Na perspectiva de Alberti (2009) esta técnica é amplamente utilizada em pesquisas que buscam privilegiar a realização de entrevistas com indivíduos que vivenciaram ou testemunharam de algum acontecimento, com o intuito de propiciar uma maior aproximação do pesquisador com seu objeto de estudo. Este método permite ao pesquisador, por meio da linguagem (estruturada segundo o significado que é conferido pelo narrador), apreender as experiências dos sujeitos entrevistados, das quais são permeadas por suas concepções, crenças e tradições.

Deste modo, utilizando esta técnica, a coleta de dados tornou-se viável através da realização de entrevistas conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado que contemplou perguntas abertas pertinentes ao perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), período de tratamento e, ainda questões relacionadas ao itinerário terapêutico (APÊNDICE A). Tais perguntas operam como “[...] um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir” (GASKELL, 2002, p. 71).

As entrevistas ocorreram nas residências das entrevistadas, na qual, antes da coleta de dados, as participantes foram esclarecidas acerca da pesquisa e seus objetivos, sendo realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e, após o consentimento para participar da pesquisa, houve a assinatura do TCLE antes da entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra a fim de viabilizar a análise posterior dos dados. Ademais, objetivando cumprir com a garantia do anonimato das participantes, conforme prevê a Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estas foram identificadas ao longo da descrição dos resultados e discussões pela letra ‘M’, precedida de números, segundo a ordem com que foram realizadas as entrevistas.

Como elencado anteriormente, o contato com as entrevistadas foi possível uma vez que, foi disponibilizada pelo Programa de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do município, uma relação contendo o contato das Agentes Comunitárias de Saúde do município, posto que estas detinham o conhecimento acerca das mulheres que haviam sido diagnosticadas com câncer de mama em seus territórios de abrangência. Insta salientar que, a realização das entrevistas com tais mulheres, potencializou o conhecimento acerca de outras, já que estas tiveram experiências juntas no decorrer do tratamento.

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 29906320.0.0000.5065, na qual recebeu posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – CEP/EMESCAM, por meio do parecer número 3.947.948.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi orientada pela técnica de Análise Textual Discursiva (ATD). Trata-se de uma metodologia caracterizada como um conjunto de procedimentos de análise das informações, com a finalidade de obter, através de técnicas textuais, a descrição de conteúdo das mensagens, possibilitando a emergência de novas compreensões e aprendizagens criativas, que se constituem por auto-organização (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Nesse tipo de análise, a qualidade e originalidade das produções conseguintes se dão em função da intensidade de envolvimento nos materiais de análise, consoante ainda dos pressupostos teóricos e epistemológicos que o pesquisador assume ao longo de seu trabalho (MORAES; GALIAZZI, 2007).

A ATD compreende três fases indispensáveis, sendo elas: a desmontagem dos textos; o estabelecimento de relações entre as unidades de bases, combinando, classificando e reunindo elementos textuais e, por último, a captação do novo emergente, que significa a intensa absorção dos materiais da análise, abrangendo uma compreensão renovada do todo (MORAES; GALIAZZI, 2007). Na primeira fase, foi realizada a desconstrução das narrativas coletadas, visando atribuir significados a estas. A segunda etapa contou com a utilização do programa Excel 2019, que permitiu categorizar as unidades desmontadas na primeira etapa. Para tanto, utilizou-se, como ferramenta, um sistema de cores, a fim de que todos os fragmentos das narrativas que tinham significados afins fossem agrupados para que as seguintes categorias de análises pudessem emergir: A suspeita do câncer de mama; Acesso ao exame e tempo para diagnóstico; Consulta com o especialista e tempo de espera; Tratamentos realizados e tempo para início; Dificuldades e Facilidades no Itinerário Terapêutico, das quais serão apresentadas e discutidas na sessão 5. Já na última etapa, as narrativas agrupadas foram interpretadas, de modo que novas compreensões sobre o fenômeno investigado foram possíveis, sendo estas dialogadas com os referenciais (artigos, dissertações, teses e livros) e diretrizes existentes no âmbito da atenção à

saúde de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, tais como: políticas, portarias, decretos e resoluções.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi introduzida às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e, nesse período, eram limitadas apenas às demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50 e 70, os programas materno-infantis concebiam uma compreensão limitada acerca da mulher, reduzindo-a em sua particularidade biológica e na sua atribuição social de mãe e doméstica, incumbida pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2011a).

O contexto político nacional de redemocratização possibilitou o avanço da atuação dos movimentos sociais na esfera institucional a partir do final dos anos 70. O desenvolvimento de abertura política obteve novo impulso com a anistia e o retorno ao pluripartidarismo. Desde então, foi aberto espaço para a entrada de novos atores no campo político do país por meio da fundação de novos partidos de oposição ao regime (MESQUITA, 2010).

Em 1975 é criado o programa materno-infantil, que tinha como objetivo assegurar proteção e assistência materno-infantil, que incluía cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Todavia, o programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras intervenções e propostas mais amplas, não contribuiu como deveria para assegurar os direitos das mulheres (UNASUS, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, na década de 80, esses programas eram censurados, devido a maneira que menosprezavam as mulheres, as quais tinham alguns cuidados de saúde apenas no período gestacional e puerperal, ficando sem amparo durante maior parte da vida (BRASIL, 2011a).

As eleições de 1982, bem como a vitória do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), principal partido da oposição, assinalaram a abertura de novos atores políticos, como as feministas, nas organizações do governo. Para o feminismo institucional, interlocutor do governo, o planejamento familiar concebeu um aspecto tão delicado quanto o aborto. Com a recusa do controle da natalidade, mascarado como planejamento familiar, a partir de 1983, as feministas começaram a pressionar o Estado para formação de uma política de planejamento familiar alicerçada nos direitos de reprodução, contrapondo-se às aplicações da BEMFAM e de outras entidades correlatas (GOLDBERG-SALINAS, 1996; 1997 *apud* MESQUITA, 2010).

Nesse período, as mulheres organizadas, questionavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres influenciavam também a maneira como os direitos de acesso à saúde eram postos, o que afetava particularmente a população feminina. Acerca disso, fez-se indispensável criticá-los, procurando constatar e sugerir processos políticos que viabilizassem mudanças na sociedade e, tão logo, na qualidade de vida da população (UNASUS, 2013).

Com a chegada do movimento feminista, que cooperou significativamente para inserir na agenda da política nacional aspectos que eram deixados em segundo plano, iniciava-se uma transformação nas relações sociais entre homens e mulheres, dando base à construção e cumprimento das políticas da saúde da mulher (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário, o Presidente João Baptista Figueiredo desdobrou os trabalhos do ano de 1983 no Parlamento, trazendo a fundo a questão dos problemas ligados ao desenvolvimento populacional no Brasil. Simultaneamente, no Ministério da Saúde, iniciava a elaboração de uma nova política de saúde que assegurava o planejamento familiar. Ao final daquele ano, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PAISM foi anunciado e indicou alterações marcantes na área da saúde pública e das políticas de gênero, introduzindo as exigências do movimento sanitário e do movimento feminista na defesa de uma política de planejamento familiar introduzida nos cuidados à saúde integral da mulher (MESQUITA, 2010).

Assim, em 1984, o Ministério da Saúde estruturou o PAISM, demarcando uma nova perspectiva acerca da saúde da mulher e assegurando direitos nunca antes estabelecidos (BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2011a). Esse programa introduziu como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como, a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, simultaneamente, no que tange ao Movimento Sanitário, se engendrava o alicerce conceitual que fundamentaria a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

O PAISM incluía práticas educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abarcando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, bem como de outras emergências apontadas com base no retrato populacional das mulheres. O programa objetivou a transformação de relações desiguais entre os gêneros, buscando, particularmente, fortalecer as mulheres. Significou uma estratégia de saúde precursora, incluindo a integralidade e enfoque de gênero (BRASIL, 1984 *apud* UNASUS, 2013).

O desenvolvimento do SUS tem importante ação sobre a efetivação do PAISM. Ao longo dos anos, o SUS vem sendo alicerçado nos princípios e diretrizes integrados na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), organizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Com a implementação da NOB 96, fica estabelecido o regime de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se desenvolvendo num campo privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, que posicionam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2011b).

De acordo com Medeiros e Guareschi (2009, p. 31), o PAISM “representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como

resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde”.

No início dos anos 80, o desenvolvimento dessa concepção ocasionou o conceito da atenção integral como a melhor estratégia de cuidado médico voltado para a saúde das mulheres. A ênfase era na Atenção integral do médico para o corpo da mulher como um todo, e não como partes isoladas, tratados por diferentes especialidades. Assim, houve um redirecionamento da perspectiva do profissional de saúde à paciente, com intuito que este profissional orientasse a mulher para um tratamento específico, bem como para uma escolha de estilo de vida mais saudável. A partir da atenção integral à saúde da mulher (AISM) reconhecia-se a mulher como ser integral, biológico e psicossocial (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Assim, a integralidade significou colocar em pauta que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos da vida; significou ainda, elucidar os cuidados que se deveria ter com o corpo numa perspectiva de autonomia das mulheres (SOUTO, 2008).

No entanto, desde sua implantação, o programa apresenta diferenciações. No período inicial entre 1984 a 1989, o SUS ainda não estava implantado e os programas eram verticais e, o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, precisou conviver com uma estrutura administrativa vertical e autoritária sob a estrutura de um Estado Mínimo resguardado pelo governo da época. Na década de 90, com a implantação do SUS, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, dando visibilidade ainda a perspectiva de saúde materna nas práticas desenvolvidas (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

Em 2003, a concepção das políticas passou a ser realizada em contextos de participação social, em que a integralidade e intersectorialidade das políticas públicas tornaram-se diretrizes essenciais, decerto, intervindo a área técnica de saúde da mulher do MS, que detectou a urgência de conexão com diferentes áreas técnicas e, novas estratégias foram sugeridas com o objetivo de inclusão das diversidades da

condição feminina: mulheres rurais, lésbicas, negras, portadoras de deficiências, entre outras. Essa percepção direciona-se tanto para uma abordagem de gênero, quanto da integralidade na multidimensionalidade do ser humano (SOUTO, 2008).

Destaca-se a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), por meio da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, vinculada à Presidência da República, tencionando a promoção da igualdade social e de gênero articulada ao processo de crescimento econômico. Nesse período, implantou-se um novo paradigma de atuação pública, que visou a redistribuição de renda, o combate à pobreza, as distintas formas de desigualdades, especialmente as que atingem as mulheres (BANDEIRA, 2014).

Embora esse cenário proporcione a atuação dos diferentes segmentos sociais na formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, ainda perduram barreiras concretas proposta das práticas de saúde, sejam técnicas, de gestão e de controle social. Transformações nessas práticas requerem que a formação dos profissionais, a gestão e a organização dos serviços na rede de saúde vivenciem uma mudança integral (SOUTO, 2008).

Em 2004, mais precisamente em 28 de maio de 2004, com a cooperação de diversas repartições, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, bem como a equipe técnica da Área da Saúde da Mulher, foi elaborada e proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres - PNAISM, aclarando direcionamentos aos gestores da saúde para identificarem as necessidades das mulheres, levando em consideração a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres (BRASIL, 2011a).

Esse processo trouxe contribuições de suma importância para diversos segmentos voltados para as mulheres. Contribuiu para o movimento de mulheres negras e trabalhadoras rurais, pesquisadoras e estudiosos da área, bem como para Gestores do SUS. Essa política significa um grande avanço para a abordagem de gênero e integralidade e propõe oito áreas de ação estratégica e oito grupos específicos de mulheres que devem receber atenção especial e, a designada perspectiva de gênero

estaria contemplada nesta ampliação do conjunto de ações (UNASUS, 2013). Entretanto, a política traz ainda algumas limitações, como a não abordagem de gênero relacional, ou seja, a inclusão dos homens e masculinidades e, como a relação entre gêneros constrói vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres (SOUTO, 2008).

O documento da política apresenta um breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil, enfatizando as principais causas de morte por mulheres. No entanto, esse enfoque é considerado um limitante, uma vez que, as outras temáticas que fazem parte do cotidiano das mulheres não são abordadas com a mesma ênfase ou sob a mesma perspectiva de gênero, como o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho e em espaços designados masculinos, bem como a violência doméstica numa abordagem relacional e, como a prevenção e cuidado dos serviços de saúde somente como situação atípica ou simplesmente de tratamento e recuperação (SOUTO, 2008).

Ainda em 2004, o Governo Federal, sob a coordenação da SPM e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), convoca a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, precedida de conferências estaduais e municipais. Por meio dessa convocação, que levantou mulheres e governos em todo o país para o debate de políticas públicas para as mulheres, culminou no primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, revisado através das conferências seguintes, nos anos de 2007 e 2013 (BANDEIRA, 2014).

Em 2011, o MS, em parceria com diversos setores da sociedade, especialmente com o movimento de mulheres, elabora a 2ª reimpressão do PNAISM, que traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, tais como: Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Cooperar para a diminuição da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, principalmente por causas evitáveis, em todos os períodos de vida e nos variados grupos populacionais,

sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a AISM no SUS (UNASUS, 2013).

Para que a PNAISM possa ser posta em prática, é imprescindível que ela atue em conjunto com outras políticas e esteja alicerçada em todos os princípios e diretrizes do SUS. Sobre isso, é necessário elencar acerca das RAS, que são ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A efetivação das RAS indica para uma maior efetividade na construção de saúde, aperfeiçoamento na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e, colabora para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transformação entre o que se espera de um sistema integrado de saúde agrupado em redes e a sua concretização, perpassam pela elaboração duradoura nos territórios, que consente vislumbrar o verdadeiro valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2015a).

Outro avanço de suma importância a ser destacado e que se entrelaça com a PNAISM é o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esse decreto dispõe acerca da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e suas demais providências (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Lei 8.080/90, o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Sobre isso, o Decreto 7.508/2011 constrói as Regiões de Saúde, e cada região deve dispor de serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

De forma sistêmica e linear, a partir da constituição do SUS, políticas foram criadas a fim de aprimorar o atendimento às mulheres, bem como complementar políticas já existentes. Outro marco importante da política para as mulheres, foi a criação da

Coordenação Geral da Diversidade, que reafirma o compromisso com a promoção de políticas públicas para as mulheres negras, indígenas, lésbicas, jovens, idosas e com deficiência. O objetivo é garantir políticas que abranjam as individualidades e diferenças das mulheres, visando o combate à discriminação e aos preconceitos. Destaca-se ainda o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que foi adotado pelas três esferas governamentais, assim como pelos movimentos sociais, como ferramenta de trabalho. Assim, no executivo federal, as políticas públicas passam a ser direcionadas pelo PNPM, desenvolvidas pelos organismos governamentais de políticas para as mulheres; estaduais e municipais (PONTES; DAMASCENO, 2017).

O PNPM (2013-2015) é resposta das conferências nacionais de políticas para as mulheres, implementadas desde 2003, em que participam mulheres de todos os estados do País, representando as necessidades dos três níveis do Poder Executivo. Questões como a relevância da igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho e a autonomia das mulheres são elucidadas no Plano. Esse documento apresenta que as condutas governamentais devem tencionar a extinção da divisão sexual do trabalho, tendo como primícia a erradicação da pobreza, assim como a testificação do envolvimento das mulheres no desenvolvimento do Brasil (PONTES; DAMASCENO, 2017).

Destaca-se que, ao longo de todo percurso histórico dos programas de saúde para as mulheres, as ações e avanços voltados para o atendimento de mulheres com diagnóstico de câncer de mama perpassam o desenvolvimento das ações de planejamentos das políticas públicas, especialmente ao final dos anos 80, com a implantação do SUS. Assim, o tópico a seguir detalhará especificamente esse processo histórico, que culmina com o avanço das políticas públicas para o câncer de mama.

4.2 A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

As políticas públicas de controle do câncer no Brasil transitaram por diversas mudanças ao longo dos anos e abarcam progressos nas áreas das ciências e tecnologias, as questões culturais, o cenário político e ao movimento social (TEIXEIRA, 2010).

No início do século XX, especificamente em 1906, a partir da divulgação das descobertas terapêuticas para alguns tipos de câncer, o interesse por parte da categoria médica aumentou, suscitando o surgimento das primeiras iniciativas a ser incluída na agenda de saúde pública nacional, contribuindo para reordenar as prioridades em saúde pública, antes voltadas apenas às doenças infectocontagiosas (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A inserção das neoplasias na agenda pública nacional surgiu quando sua origem foi considerada possivelmente contagiosa e suscetível de prevenção. Assim, o câncer foi posto na pauta de doenças do Departamento Nacional de Saúde Pública, elaborado em 1919, para monitorar as doenças infectocontagiosas e investigar os agentes responsáveis pelos óbitos (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Em 1941 foi fundado a constituição do Serviço Nacional de Câncer (SNC) com intuito de conduzir e sistematizar as ações oncológicas dos serviços públicos e privados. O SNC tinha como objetivo ainda desenvolver pesquisa, controle epidemiológico e educação em saúde à população e aos profissionais. Assim, fica evidente que até então, as ações privilegiadas não eram específicas para o câncer de mama (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No governo de Juscelino Kubitschek, o controle do câncer foi afirmado em 1957 pela instauração da sede do Instituto Nacional do Câncer (INCA) na praça da Cruz Vermelha. A década de 60 foi marcada por transformações na saúde pública brasileira, em virtude da variabilidade política e social, convertendo-se sob a ótica de privatizações (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Devido aos movimentos de resistência, internos e externos, em 1972 o INCA é reintegrado ao MS, através da Lei nº 5.734, de 16 de novembro de 1971. A partir disso, o INCA passa a ser subordinado ao Gabinete do Ministro, desprendendo-se de seu órgão gestor, a Divisão Nacional de Câncer - Nova nomenclatura do SNC, instituída por meio do Decreto nº 66.623/1970 (BRASIL, 2019c).

Em 1973 e 1975 foram criados o Plano Nacional de Controle do Câncer (PNCC) e o Programa de Controle do Câncer (PCC). O primeiro visava estruturar as ações do câncer em contexto nacional, junto ao Ministério Público e à Previdência Social, de maneira a complementá-los; o Plano destina-se ainda a prevenção e ao diagnóstico precoce e universaliza os procedimentos inerentes ao controle do câncer no campo da Previdência Social e, o segundo, tencionava o acesso ao tratamento gratuito através da Previdência Social (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Em 1982 foi acatada a elaboração de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), dirigido em conjunto pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Departamento Nacional de Drogas Crônico-Degenerativas (DNCCDC) do MS (TEIXEIRA; PORTO; HABIBI, 2012).

Nesse contexto, e no que diz respeito às mulheres, cabe elencar que, a partir de 1984, por meio do PAISM, direcionado pelo MS, este cenário foi modificado com a expansão de intervenções para além do período gravídico, incluindo o câncer de mama. Ainda nesse período, o Programa de Oncologia comprometeu-se em retomar o controle das neoplasias por meio da capacitação profissional e ação educativa (BRASIL, 2011a).

Depois da criação do SICC, após um período de cinco anos, foi sancionado o Programa de Oncologia (Pró-Onco), que foi substituído pelo INCA em 1990. Ainda nos anos 80, a saúde foi ratificada como direito de todos e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988, o que originou na criação do SUS, em 1990, através da Lei nº 8.080 (TEIXEIRA; PORTO; HABIBI, 2012).

Ainda sobre o INCA, importante enfatizar que este foi reconhecido como unidade de referência na instauração de parâmetros e avaliação da prestação de serviços

oncológicos ao SUS. A diretriz do MS atribuía ao Instituto classificação de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (BRASIL, 2015b).

Sobre o controle do câncer de mama no Brasil, as primeiras exposições datam ao final da década de 1970 com a chegada dos primeiros mamógrafos, todavia, as iniciativas de controle deste câncer tiveram seu marco histórico no início da década de 1980, com o lançamento do PAISM. Ainda nesse período, as mediações quanto ao câncer de mama se reduziam à distribuição de materiais de educação em saúde e, na década seguinte, ocorreu a estruturação da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, através de oficinas de trabalho (BRASIL, 2017 *apud* FRANÇA; SILVA; PANOBIANCO, 2018).

A partir de 1990, o novo contexto sanitário, formado pela estruturação do SUS, possibilitou a elaboração de ações de prevenção dos agravos e de promoção da saúde. Em 1997, surge o primeiro traçado de exercício nacional da saúde pública no campo do controle dos cânceres femininos, com o surgimento de um projeto-piloto denominado “Viva Mulher”, em que a iniciativa se desenvolveu em etapas bastante heterogêneas. No entanto, no início da década de 2000, asseguraram-se as fases de dedicação ao diagnóstico de tumores, propiciando assim, o acesso à mamografia para mulheres acima de 50 anos, por meio da distribuição de mamógrafos, agulhas e pistolas para punção e biópsia dos tumores da mama no SUS. Viabilizou-se também ações e diretrizes direcionadas à estruturação da rede assistencial para detecção precoce do câncer de mama, que contou com a oficina de trabalho intitulada “Câncer de mama: perspectiva de controle”, com a participação de vários membros da sociedade civil e científica do segmento (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 2004 foi apresentada a PNAISM organizada pelo MS e, a partir dela, se pactuou a redução da morbidade e mortalidade por causas evitáveis, abarcando o câncer de mama. Os procedimentos propostos orientaram-se no planejamento da rede de referência e contrarreferência para diagnóstico e tratamento deste tumor. A taxa de

mortalidade feminina por câncer de mama e o número de reconstrução mamária tornaram-se os norteadores das intervenções (BRASIL, 2004a).

O Documento de Consenso, também elaborado em 2004, foi um marco para as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama através das recomendações para prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Estabeleceram-se os critérios de diagnóstico citológico e histopatológico, do uso de tecnologia diagnóstica (MMG, ultrassonografia de mama e biópsia), dos tipos de tratamento (cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos) e da atuação de equipe multidisciplinar. Fatores como idade e o alto risco tornaram-se preceitos para o rastreio e a frequência dos exames (BRASIL, 2004b).

Em 2005 foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e, a partir dessa Política, apresentadas as metas para o controle do câncer reestabelecidos, envolvendo, além de assistência de alta complexidade, as de média complexidade e da atenção básica (BRASIL, 2005).

Ainda neste ano, formulou-se o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama, que, em 2006, teve sua importância firmada pelo Pacto pela Saúde. Esse Pacto surgiu pelo desejo de superar as dificuldades de consolidação do SUS e, a partir disso, os gestores das três esferas federal, estadual e municipal, elaboraram o Pacto, constituído de três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O pacto pela vida deu ênfase a seis problemas de saúde, entre eles, o câncer de mama (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013). A operação da equipe da atenção primária foi reputada estratégica para diminuir a incidência e mortalidade destes tumores (BRASIL, 2006a). Buscando articular a construção de rede assistencial e aprimorar os recursos, foi apresentado, em 2006, o Projeto Piloto de Garantia de Qualidade de Mamografia (BRASIL, 2007). Em março desse mesmo ano, a implantação da Política Nacional de Atenção Básica intitulou as unidades básicas de saúde (UBS) como conexão prioritária dos usuários (BRASIL, 2006b).

Ainda nesta década, em 2009, o INCA, em colaboração com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), desenvolveu o Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama (Sismama); além disso, a relevância desta neoplasia foi certificada e sustentada, em 2011, por meio do Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Visando a expansão do acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, principalmente a mamografia, o INCA, juntamente com o MS, em 2012, instaurou o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Em 2013, a PNAO foi atualizada para a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, através da Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013, revogando a Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005 (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIERREZ, 2015).

A Política, elaborada em 2013, tem como premissa a diminuição da mortalidade e da incapacidade provocada por esta patologia, bem como a viabilidade de reduzir a ocorrência de determinados tipos de câncer, da mesma forma que colaborar para o aperfeiçoamento da qualidade de vida dos usuários com câncer, através de práticas de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos (BRASIL, 2013a).

A Política foi estruturada visando a guarnição de ações de atenção da população acometida por neoplasias por intermédio de articulação dos diferentes locais de atenção à saúde, propriamente delineado por sistemas de apoio, tencionando a qualificação do cuidado; a extensão do acesso, por medicação, exames e tratamento; integração e compartilhamento do cuidado (GONÇALVES et al., 2016).

Nesse mesmo ano foi lançado o Sistema de informação de Câncer (Siscan), que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo de Útero (Siscolo) e de mama (Sismama). No que tange ao SISCAN, criado pelo MS pela Portaria MS/GM Nº 3.394,

de 30 de dezembro, este tinha por objetivo permitir o acompanhamento das ações relativas à detecção precoce, à comprovação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, sendo implementado na rede de instituições públicas e privadas como laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia e, nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que compreendem as ações de controle do câncer (GONÇALVES et al., 2016).

O principal objetivo do Siscan foi compor os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama, possibilitando o direcionamento das práticas de detecção precoce, sendo elas rastreamento e diagnóstico precoce do câncer (BRASIL, 2013b).

A contínua atuação da sociedade civil organizada nos últimos anos, sociedades médicas, organizações concernentes ao câncer de mama, assim como, o progressivo desenvolvimento das mídias em jornais, revistas, televisão e internet, apresentam-se como parte da contribuição do controle do câncer de mama no país. Ressalta-se que o evento mais notado e propagado foi e continua sendo o “Outubro Rosa”, o qual divulga e estimula, principalmente, o rastreamento mamográfico (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Logo após, o MS e o INCA, firmaram, em 2015, as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, que diz respeito a um melhoramento e expansão do Documento do Consenso de 2004, levando em conta as evoluções tecnológicas e a construção de conhecimento mais atuais (BRASIL, 2015b).

Com objetivo de estabelecer as diretrizes, realizou-se correções regulares da literatura, objetivando responder questões acerca da segurança e efetividade de tais tecnologias de rastreamento: mamografia; autoexame das mamas; exame clínico das mamas; ressonância nuclear magnética; ultrassonografia; termografia e tomossíntese; assim como, das técnicas de diagnóstico prévio concernente à conscientização, o

conhecimento de sinais e sintomas e a evidencia diagnóstica em um mesmo serviço (GONÇALVES et al., 2016).

O intuito é que as diretrizes possibilitem suscitar maior eficiência na prática dos recursos e assegurar maior proteção no resultado das ações de saúde bem como, diminuição de danos, contribuindo na expansão e competência na detecção precoce do câncer de mama, cooperando para a redução da mortalidade por essa doença (GONÇALVES et al., 2016).

Objetivando direcionar recursos para o combate e a prevenção do câncer no Brasil, foi criado, em 2012, pelo Governo Federal, através da Lei nº 12.715, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, denominado PRONON. No setor de oncologia, o SUS assiste os pacientes que precisam de tratamento por meio de uma Rede de Atenção Oncológica que abarca Hospitais denominados Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), assim como, espaços não hospitalizados autorizados, que ofertam serviços de Radioterapia e Quimioterapia (BANNA; GONDINHO, 2019). É de competência das secretarias estaduais e municipais de saúde encaminhar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, direcionando a referência dos usuários para Unacon ou Cacon (BRASIL, 2020b).

As políticas públicas colaboraram grandemente para o planejamento dos serviços de saúde inerentes ao controle, rastreamento, diagnóstico do câncer, diminuição da mortalidade e incidência; contribuíram através de práticas de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos; encadearam vários locais de atenção à saúde; constituíram sistema de apoio, organizativos bem como, redes de atenção à saúde. Cabe elencar ainda que, elas também auxiliaram para a criação de programas, protocolos, estratégias, ações, intervenções, campanhas, conscientização, conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde e informação da população em geral (FRANÇA; SILVA; PANOBIANCO, 2018).

No entanto, é sabido que, embora as Políticas Públicas e Portarias criadas, o câncer de mama configura a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. Essa patologia está entre as neoplasias de maior impacto, levando em conta sua alta incidência, elevadas taxas de mortalidade e por propiciar efeitos prejudiciais à mulher, tanto fisicamente ou psicologicamente (BRASIL, 2015b).

A problemática que converge à assistência à mulher no Brasil, em relação a esta neoplasia, diz respeito às altas taxas de mortalidade fundamentadas por diagnósticos da doença em estágios avançados, uma vez que, quanto mais avançada a doença, maiores serão as intermediações a serem desempenhadas e, ao ter em conta a sobrevivência das pacientes, fica evidente que a expectativa de vida é reduzida, posto que, o estágio da doença avança, ficando manifesto a relevância da ação em saúde para o diagnóstico precoce, possibilitando maior benefício à mulher acometida, assim como, aos sistemas públicos de saúde, diminuindo os custos (MAMED; ASSIS, 2016).

4.3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O CÂNCER DE MAMA

A trajetória percorrida por indivíduos na procura por cuidados terapêuticos para as demandas de saúde é delineada por estudos socioantropológicos estabelecidos como Itinerários Terapêuticos (IT) (ALVES; SOUZA, 2005).

O IT é caracterizado como uma prática humana e seu conceito é designado como a soma de planos, estratégias e projetos direcionados para um propósito delineado, podendo ser o tratamento da aflição, o que inclui preferências, emoções e condutas contingenciais (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010).

Tem sido utilizado a fim de compreender a dinâmica organizativa e a funcionalidade das redes de atenção à saúde, investigando-os com base nas trajetórias de usuários na procura por cuidado (PERONI, 2013).

Todavia, importante destacar que este estudo não se limita a compreender exclusivamente o IT, mas alude o Itinerário diagnóstico dentro da linha de cuidado

para o câncer de mama. Segundo Teston et al. (2018), o itinerário diagnóstico é compreendido como o caminho percorrido dentro da rede, desde os sintomas iniciais até a confirmação do diagnóstico de câncer, enquanto o IT diz respeito à trajetória assistencial que abrange todas as ações vinculadas ao acesso aos serviços de saúde, profissionais, familiar e demais redes de apoio.

Para o acesso e a qualidade da atenção à saúde das pessoas que vivenciam essa enfermidade, inúmeros aspectos devem ser analisados, desde o diagnóstico até a delimitação do tratamento específico. Assim sendo, esses aspectos abarcam o caminho trilhado nos distintos pontos de atenção, às experiências e as transformações suscitadas pertinentes a diversos acontecimentos, bem como, as decisões que influenciarão o tratamento da doença (TESTON et al., 2018).

As investigações e estudos sobre IT são recentes e embora expresse potencialidade para entendimento a despeito do comportamento no que tange ao cuidado em saúde e utilização de serviços, não tem ênfase expressiva no Brasil (PERONI, 2013). A compreensão dos IT têm sido realizados por distintos territórios do saber, tais como a psicologia, antropologia, sociologia e saúde. No Brasil, os primeiros estudos ocorreram na década de 80, evidenciando-se os trabalhos realizados por Montero (1985), Rabelo (1993) e Alves (1993), os quais abarcam a experiência do adoecimento e a busca por cuidado examinando o contexto de saúde popular, com ênfase na religião como iminência de cura (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

A literatura socioantropológica do IT tem como intuito explicar os processos em que pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem a certas formas de tratamento, objetivando encontrar respostas para o seu sofrimento. Esta perspectiva está baseada no indício de que os sujeitos descobrem distintos caminhos para solução das suas demandas de saúde (ALVES; SOUZA, 2005). Esse fenômeno atribui consideráveis dimensões e sentidos nas sociedades contemporâneas e está peculiarmente associada à expansão de serviços terapêuticos que se apresentam à disposição dos grupos sociais. Ademais, estes serviços estabelecem diversas representações para o entendimento e tratamento das doenças, expandindo a

viabilidade de escolha dos indivíduos em volta de suas inquietações (ALVES; SOUZA, 2005).

O estudo e a compreensão do IT, que objetiva investigar o difícil processo de seleção de agências de cura pelos indivíduos e a condição sociocultural em que transcorre o fenômeno, é compreendido como constituinte principal, uma vez que, a flexibilidade de serviços, seus modelos de atuação bem como, a aplicabilidade que os sujeitos fazem acerca dos serviços de cura são insatisfatórios para tais análises. Posto isso, para compreender o IT, é imprescindível reputar a ideia de que este se amplifica numa esfera de oportunidades socioculturais, estando além da postura singular de cada indivíduo (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010). Alves (2015) afirma que:

[...] as pesquisas sobre IT usualmente se caracterizam pelos seguintes aspectos: (a) análise dos transtornos no uso de um dado sistema terapêutico (como, por exemplo, as dificuldades de acesso e precariedade do sistema de saúde); (b) busca de um encadeamento de acontecimentos (enquadramento de fluxos ou linhas de condutas – às vezes de forma linear – com um determinado propósito terapêutico) que redundaram na situação presente do ator (o de estar sendo tratado por um dado sistema terapêutico); (c) a doença como uma entidade fixa (usualmente delimitada pela perspectiva biomédica) (ALVES, 2015, p. 36).

Diante disso, os caminhos trilhados por indivíduos em busca de cuidados terapêuticos nem sempre irão coincidir com estruturas ou movimentos pré-estabelecido, pois suas escolhas evidenciam construções subjetivas individuais, assim como coletivas sobre o processo de adoecimento e condutas de tratamento, forjadas sob as interferências de diferentes causas e circunstâncias. Estas escolhas vão delimitar procedimentos que gradativamente conceberão um percurso específico (CABRAL et al., 2011).

Esta compreensão torna-se imprescindível, pois se faz necessário reconhecer que, embora alguns indivíduos disponham de condições objetivas para a busca de um determinado diagnóstico ou tratamento, não o fazem; ou fazem seguindo cursos de ação distintos (SKABA, 2003).

Bellato et al. (2009) em um ensaio teórico aludem o IT como técnica avaliativa em saúde, visto que fornece condições de compreender discursos e práticas que

exprimem distintas lógicas por meio das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção podem ser debatidos. Consideram ainda a existência de duas lógicas na constituição do IT. A primeira é a lógica dos serviços de saúde, espelhada nas ações profissionais e na maneira de organizá-las, e a segunda é, a lógica dos usuários e suas famílias, que buscam cuidados com base em suas demandas, realizando percursos próprios, que não se limitam aos serviços de saúde como única porta de entrada desta busca (BELLATO et al., 2009).

Os debates sobre os IT orientam-se ainda em torno de dois eixos: o primeiro aponta trabalhos que dão ênfase a uma perspectiva individual, atendendo as escolhas que o sujeito realiza e, desta, delimitando o itinerário; o segundo eixo, estudos pelos quais o ambiente cultural é o determinante que prevalece nas designações possíveis para o sujeito. No entanto, as últimas pesquisas vêm reconsiderando esta realidade para os indivíduos, assim como, da cultura no desenho dos IT, aclarando cada vez mais a articulação destes dois eixos (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Todavia, estes estudos não favorecem o questionamento das instituições formais em saúde escolhidas pelos sujeitos que buscam cuidados. Assim, pouco se discute acerca da relação pretendida que se institui entre os indivíduos e as instituições de cuidado, uma vez que esta é a indispensável análise aqui apresentada, visto a proporção de um sistema de saúde que se caracteriza como universal, tal como o SUS, desenhado como uma rede complexa, desenvolvida em níveis hierarquizados de atenção (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

O estudo do IT possibilita ainda analisar as redes de sustentação e de apoio que são desenvolvidas e ancoradas nesta experiência, aclarando que novas redes vão sendo construídas no deslocamento do usuário e sua família no esforço de resolver suas demandas de saúde (BELLATO et al., 2009).

Limitar esse estudo a rearranjos de atuação que tencionam um dado tratamento diz respeito a focalizar apenas a perspectiva terapêutica do cuidado à saúde. O termo mais apropriado para o entendimento do cuidado é “cuidado terapêutico/médico à

saúde”. Esse conceito diz respeito ao conjunto de atividades de tratamento médico, profissional ou não. Assim, o termo “cuidados médicos/terapêuticos à saúde” apresenta-se como uma condição objetiva que viabiliza ações que buscam adquirir ou manter cuidados médicos ou terapêuticos (ALVES, 2016).

Todavia, o conceito “cuidados à saúde” é abrangente e não está reduzido somente à procura por terapia. Cabe elencar que parte imprescindível das pesquisas sobre IT está direcionada para investigar os relatos que os sujeitos desenvolvem para evidenciar suas dificuldades, perdas e ganhos na trajetória em busca de tratamento. Isto é, seu objetivo é desvendar a relação de fatos que resultaram na atual situação pela qual se encontra o sujeito de análise (ALVES, 2016).

Segundo Alves (2016), a procura por tratamento, a introdução dos sujeitos aos serviços terapêuticos, a escolha e avaliação de terapias decorre, consideravelmente, dos métodos participativos que estão vigentes no cotidiano dos sujeitos. Segregar tais processos, objetivando focar apenas na questão terapêutica, é desconsiderar “tesouros” que precisam ser procurados e que possibilitam as buscas e usos do tratamento médico. O autor ainda afirma que “[...] não devemos esquecer que toda terapia ocorre como um fenômeno que está diretamente relacionado às circunstâncias nas quais se encontra o sujeito; a “copresentes” (valores, princípios, bens, etc.)” (ALVES, 2016, p.136).

Outro aspecto importante é que, trabalhos sobre IT usualmente consideram a doença como um elemento no qual o indivíduo busca um tratamento. De acordo com Canesqui (2007), as pesquisas acerca do processo de adoecimento desenvolveram-se precipuamente no cenário norte-americano, tendo como principal atenção a experiência subjetiva de vivência da enfermidade, dando maior enfoque a perspectiva dos enfermos. Para a autora, é imprescindível dar ênfase aos aspectos subjetivos, à vida cotidiana, às rupturas, ao trato da doença, bem como, à própria vida do adoecido.

Quando abarcam as questões relacionadas à doença, as Ciências Sociais buscam veementemente sistemas de significado desse fenômeno, concebem interpretações

sobre ela, produzem espessos modelos explicativos, mas dificilmente a compreendem como categoria de prática, de materialidade e evento. Assim, falham em não perceber as peculiaridades pelas quais a “doença” é vivida em variados contextos (ALVES, 2015).

Desta forma, a doença é sempre a mesma sob os diversos vínculos determinados pelos atores em diferentes circunstâncias. Cabe refletir o sentido que as diversas formas da doença estão relacionadas ao mundo cotidiano. A doença é algo capaz de abater e destruir o indivíduo, no entanto, reconhecer esse algo que ameaça a existência não significa atribuir um significado, uma vez que a doença possui um constituinte de incompreensibilidade e, por isso, requer significação (ALVES, 2016).

É imprescindível enfatizar que é o usuário do SUS e sua família que possui a narrativa de seu processo de adoecimento e de busca por cuidado. Desta forma, por meio de sua trajetória, é possível conceber e investigar seu percurso, de forma a compreender o significado que a conduziu a entender a lógica experimentada na sua busca por solução acerca da demanda de saúde no sistema de cuidado. É importante discorrer que o sujeito se apresenta ao serviço de saúde com expectativas para o cuidado do seu corpo e, ao mesmo tempo, detendo uma experiência de cuidado que foi e vem sendo elaborada no decorrer de sua vida, assim como, cercada de significações que lhe apresentam as percepções desta busca nos serviços de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Diante disso, destaca-se que o usuário e sua família podem contribuir na tarefa de descortinar as facetas ocultas e interrupções desse sistema de saúde, ou suas potencialidades deixadas de lado, incorporadas do ponto de vista daquele que experiencia o adoecimento, de acordo com seus modos de vida, analisar e apreender essa vivência e, neste contexto, buscar cuidado. É de suma importância alinhar a narrativa de adoecimento no cenário familiar, uma vez que, esta é concebida como a unidade primordial cuidadora, a qual conflui os encadeamentos da experiência de adoecimento de seus membros, sendo por esse motivo, também, o elemento requerente de cuidados em saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

No que tange ao câncer de mama, ressalta-se que, é de suma importância, compreender o itinerário terapêutico para além do processo diagnóstico-cura, viabilizando a compreensão da experiência vivenciada pelas mulheres desde os primeiros indícios que levam à possibilidade de serem acometidas pelo câncer de mama. Diante disso, essa abordagem viabiliza a compreensão da sequência de acontecimentos experienciados pelas mulheres para a busca do diagnóstico e escolha do tratamento (SKABA, 2003).

Compreender o percurso assistencial das mulheres com câncer de mama na rede do SUS alinha-se à indispensabilidade de integrar os IT às condutas avaliativas de seus gestores. As análises que surgem a partir desses estudos possibilitam tornar perceptíveis vários eventos socioculturais que devem ser elucidados no exercício político de julgamento e decisões, no que tange à estruturação de uma rede mais consistente às necessidades e percepções da população (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Assim, é propício conhecer a capacidade esclarecedora dos métodos e proposições acerca dos IT trilhados por mulheres com câncer de mama, uma vez que esse é capaz de subsidiar elementos avaliativos imprescindíveis para análise das mediações governamentais no enfrentamento desse agravo. Para isso, é importante fomentar questões alusivas às ações avaliativas e a integralidade em saúde, com o objetivo de determinar um vínculo integrante acerca da organização dos serviços e as percepções e ações dos trabalhadores atribuído às mulheres com essa patologia (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Compreende-se que essa trajetória é resultado de um processo histórico em que as representações sociais acerca do câncer de mama ocupam um papel decisivo, sendo construída de diversas maneiras, de acordo com a compreensão das pessoas em geral, ou da definição científica acerca desta patologia (SKABA, 2003).

A trajetória apresentada pelo senso comum para a solução dos problemas de saúde pode atravessar a construção de uma representação específica acerca da

enfermidade; sinais e sintomas; a vivência da possibilidade de estar com câncer; situações específicas de acesso aos serviços de saúde; tratamento e cura. Evidencia-se que esse itinerário, geralmente, não apresenta um fim em si, visto que a mulher com esta patologia estará sempre em controle, objetivando à prevenção de uma recidiva (SKABA, 2003).

A relevância em investigar a trajetória assistencial das mulheres com câncer de mama na rede do SUS vincula-se à indispensabilidade de agregar os IT às condutas avaliativas de seus gestores. As análises que surgem a partir desses estudos possibilitam vislumbrar diversos fenômenos socioculturais que devem ser levados em conta na ação política de avaliação e nas decisões, no que se refere à elaboração de uma rede mais acessível às necessidades e percepções da população (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010).

5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A presente pesquisa foi realizada no município de Presidente Kennedy, a fim de analisar a trajetória diagnóstica e terapêutica de mulheres com câncer de mama, conhecendo as facilidades e dificuldades enfrentadas. Participaram deste estudo doze mulheres com idade entre 37 a 68 anos, diagnosticadas com câncer de mama e cadastradas no SUS da RAS de Presidente Kennedy, sendo que, uma participante tinha histórico de reincidência para câncer de mama, portanto, foram registrados os dados da trajetória diagnóstica e terapêutica dos dois momentos. No que diz respeito à escolaridade, cinco tinham ensino fundamental incompleto, duas possuíam ensino fundamental completo, uma ensino médio completo, uma ensino superior completo, e três pós-graduação. Com relação ao estado civil, uma era solteira, sete casadas, uma divorciada, e três eram viúvas. Já acerca da profissão, três eram professoras, uma era comerciante, três aposentadas, quatro domésticas e uma era pensionista.

O itinerário terapêutico foi dividido em cinco principais categorias, considerando cada etapa do percurso. O quadro 1 relaciona de forma sucinta as categorias e os principais dados produzidos em cada uma (unidades de sentido).

Quadro 1 - Categorias e unidades de sentido

(continua)

Categorias	Unidades de sentido
<i>A suspeita do câncer de mama</i>	Autoexame (n=9) ou consulta de rotina (n=4) Consulta médica de rotina UBS (n=11) ou privado (n=2) para detecção do nódulo e encaminhamento para exames
<i>Acesso ao exame e tempo para diagnóstico</i>	SUS - Central de agendamento do Município (AMA) (n=9) Serviço privado (Medimagem, Clínica da mulher e Clínicas não especificadas) (n=4) Tempo para exame: maioria informou ter sido rápido, tanto SUS quanto no serviço privado (tempo máximo 15 dias Serviço Privado a 30 dias SUS) Exames realizados: Mamografia (todas) Ultrassom (n=8)

(conclusão)

	<p>Biópsia (n=9)</p> <p>Tempo para diagnóstico: A maioria relatou ter sido rápido (não especificaram tempo). No entanto, houve variação de tempo para diagnóstico pela espera da Biópsia pelo SUS.</p>
<p><i>Consulta com o especialista e tempo de espera</i></p>	<p>SUS (n=4) Aproximadamente 1 mês</p> <p>Serviço Privado (n=9) Entre 7 a 15 dias</p>
<p><i>Tratamentos realizados e tempo para início</i></p>	<p>Tempo depois da cirurgia: a maioria entre 1 a 3 meses para iniciar o tratamento após a cirurgia, tanto SUS como no Serviço Privado, pois para cada caso decorria de fatores físicos individuais.</p> <p>Cirurgia = SUS (n=6) e Serviço Privado (n=7)</p> <p>Hospital Evangélico: -Quimioterapia (n=10) -Radioterapia (todas) -Hormonioterapia (todas)</p>
<p><i>Dificuldades e Facilidades no Itinerário Terapêutico</i></p>	<p><i>Dificuldades:</i> a maioria relacionadas a debilidade física; 1 relatou demora para consulta com especialista pela AMA; 1 relatou dificuldade para conseguir fazer os exames</p> <p>Estigma de demora nos serviços disponibilizados pelo SUS</p> <p><i>Facilidades:</i> Transporte para realização do tratamento e medicamentos</p>

*Foram entrevistadas 12 (doze) mulheres, porém contabilizadas 13 (treze) no IT, devido a um caso de reincidência.

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Foi evidenciado, no decorrer das entrevistas, falas como “não demorou” ou “foi rápido” quando questionadas sobre o tempo para realização de exames diagnósticos, consulta especializada, cirurgia e tratamento. No entanto, ressalta-se que essa fala aclarada pelas participantes está de acordo com a percepção individual de cada uma, sendo algo subjetivo, que tem sentido de acordo com sua perspectiva e vivência. Sendo assim, alguns relatos apresentados não são passíveis de serem quantificados.

Na categoria “**A suspeita do câncer de mama**”, evidenciou-se que a maioria das participantes (n=9) do estudo suspeitaram a partir da realização do autoexame da mama (AEM). Uma paciente suspeitou através de um acidente em casa, o que tornou

o nódulo já existente perceptível ao toque, fazendo-a procurar a UBS para consulta com o ginecologista. Entretanto, para algumas, a detecção do nódulo e a suspeita do câncer de mama foi através da consulta de rotina na UBS ou no serviço privado.

Diante desse cenário, destaca-se a importância do AEM da mama, bem como da mulher conhecer o seu corpo e os sinais que este apresenta. Aclara-se ainda que, o AEM, possibilita que a mulher descubra a doença a tempo de ser tratada, o que otimiza o tratamento e proporciona mais chances de cura perante a doença.

Outro ponto relevante que emergiu no decorrer das entrevistas foi o aspecto intuitivo e a persistência das mulheres em exigir do médico exames para confirmação ou não de algum nódulo, sejam as que fizeram primeiramente o autoexame ou as que fizeram exame de rotina. Durante as entrevistas, algumas mulheres relataram que ao perceberem algo diferente na mama, a princípio, o médico não solicitou exames, afirmando ser apenas uma glândula e, em outros casos, pediram à paciente para observar se o nódulo/glândula iria aumentar. Nos casos em que isso aconteceu, todas se posicionaram, visto que algumas delas tinham casos de câncer de mama na família, solicitando ao médico o encaminhamento para a realização de exames.

Outro caso a ser destacado foi de uma paciente que estava prestes a completar 40 anos e nunca tinha realizado a mamografia. Ela foi a consulta de rotina com o médico no serviço privado e solicitou o exame, visto que completaria a idade sugerida para realização da mamografia. O médico que a atendeu disse que não achava necessário, mas, devido a insistência da paciente, ele solicitou. Através desse exame foi detectado um nódulo pequeno, em estágio inicial, o que facilitou o tratamento, não sendo necessário o tratamento quimioterápico.

No que diz respeito às primeiras consultas, sejam de rotina ou para busca do diagnóstico, destaca-se que a maioria procurou a UBS do município, consultando primeiramente com o ginecologista. A partir dessa consulta, receberam do médico o encaminhamento para a realização dos exames e, somente com o resultado, foram

encaminhadas para o especialista, a fim de dar continuidade no processo diagnóstico para as diretrizes do tratamento.

O AEM apresentou-se como principal ferramenta para suspeita e, logo, para diagnóstico do nódulo mamário. Esse fato aponta para a necessidade de fomentar estratégias e ações que visem conscientizar cada vez mais a relevância da mulher conhecer seu corpo, bem como a importância de buscar sempre a prevenção como recurso primário.

De acordo com Silva et al. (2009), o AEM é compreendido como uma ferramenta acessível, que pode ser realizado pela própria mulher. É um procedimento indolor, gratuito e importante para a detecção precoce do câncer de mama, distendendo a sobrevivência da mulher.

O AEM deve ser estimulado como parte de um contexto amplo de atenção à própria saúde, que vislumbre idas regulares ao médico, bem como exames de rotina, visando o diagnóstico precoce do câncer de mama (GÓI JUNIOR; POLTRONIERI; XAVIER, 2012).

Araújo et al. (2010) apontam que a preocupação em prevenir este tipo de câncer por meio do AEM tem sido reforçada através de campanhas educativas, especialmente pelos canais de televisão e programas de saúde, o que evidencia que as mulheres estão mais preocupadas com a possibilidade de desenvolver a patologia e essa inquietude propicia a procura por ferramentas de prevenção.

Diante disso, as atividades educativas são de suma importância, uma vez que, muitas mulheres, por seus valores e cultura, não conhecem ou não dão a devida atenção às medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. As ações educativas no campo da saúde da mulher empenham-se em instruir a população acerca do autocuidado e a relevância da constância na realização do AEM (MENDES; SILVEIRA; SILVA, 2013).

A respeito do município estudado, foi evidente que, embora alguns casos tenham descoberto o câncer através do exame anual de rotina, a maioria apresentou preocupação em sempre observar as mudanças do corpo, bem como a necessidade de alinhar o cuidado em casa com os exames de rotina, na qual, majoritariamente, houve a presença de participantes que suspeitaram da doença por meio do autoexame, sendo este achado também constatado na pesquisa de Paiva e Cesse (2015).

Um caso a ser destacado é o da M3, que embora tenha descoberto o câncer em estágio avançado, informou que foi através do AEM que foi despertada para a necessidade de consulta médica e exames diagnósticos. Nesse caso em questão, por ser nova, com apenas 33 anos, não tinha o hábito de realizar exames de rotina para acompanhamento e prevenção, tampouco de fazer o autoexame. Em sua fala, ela evidencia esse trajeto inicial:

“Eu descobri no banho, foi em julho de 2016. Eu estava tomando banho pra vir trabalhar, aí eu passei a mão aqui, e senti uma pedra dura que me chamou a atenção. Aí passou uns dias, três, quatro dias, não foi nem uma semana depois não, eu tava trocando de roupa em frente a mamãe pra vir trabalhar, aí eu falei: mãe, olha isso daqui, tem um caroço, coloca a mão” (M3).

O caso da M3 chamou atenção por alguns aspectos explicitados no decorrer da entrevista. Embora tenha descoberto o câncer em estágio avançado, ela mesmo afirma ter tido uma parcela de culpa por não ter sido ágil na busca pelo diagnóstico e afirma ter sido possível perceber o nódulo além do toque.

Outro aspecto que chama atenção nesse caso, foi quando ela evidenciou que demorou aproximadamente um ano para realização de exames diagnósticos para detecção do nódulo. Na entrevista, ela informou que isso se deu por uma parcela de culpa própria, e por outra parcela de culpa da AMA, que demorou para marcar a mamografia, após ter sido solicitada a meses pelo médico clínico geral. Ela aborda que teve culpa por não ter se interessado em pressionar a AMA na marcação da consulta, já que ela mesmo tinha identificado algo incomum em sua mama a algum

tempo e outra parte agravante foi pela AMA não ter marcado com agilidade o exame, ficando praticamente esquecido.

No entanto, o que é imprescindível analisar nesse caso é que, a primeira estratégia de identificação do nódulo foi através do AEM e este, segundo Barreto et al. (2016), apresenta-se como o exame mais acessível que a mulher tem a sua disposição, podendo ser o primeiro contato clínico para o diagnóstico de câncer de mama, como foi nesse caso.

Todavia, o AEM deve estar sempre alinhado à busca por consulta especializada, bem como a procedimentos diagnósticos que viabilizem a prevenção e a detecção ou não de algum nódulo, visto que este não substitui os exames clínicos. Para isso, a consulta com o médico especialista é de suma importância para acompanhamento e cuidado da mulher.

Segundo Rodrigues, Cruz e Paixão (2015), ainda é discutível se o AEM tem a capacidade de reduzir a mortalidade por câncer de mama. Todavia, destaca-se que esse tipo de câncer é diagnosticado em estágios iniciais e em tamanhos abreviados entre as mulheres que o fazem.

Nesse sentido, é imprescindível que haja um conhecimento mais a fundo da mulher com as próprias mamas, de maneira a reconhecer o tamanho, textura da pele e do mamilo, o que possibilitará a detecção precoce de anomalias, viabilizando um bom prognóstico, sendo possível evitar a mutilação da mama (ALMEIDA et al., 2017).

Atualmente o INCA compreende o autoexame das mamas como um instrumento disponível na detecção da neoplasia mamária, se associado à mamografia e ao exame clínico.

Sobre isso, ressalta-se a importância da UBS nesse processo, o qual foi evidenciado pela maioria das mulheres que procuraram o serviço de saúde para busca e confirmação do diagnóstico. Destaca-se ainda, que a maioria das entrevistadas

afirmaram ter procurado a UBS do município tanto para diagnóstico do nódulo evidenciado primariamente pelo autoexame, como também para exames de rotina, onde foi possível diagnosticar e confirmar o tumor mamário.

A UBS propiciou à mulher o autocuidado, através de estratégias de prevenção desenvolvidas pelos profissionais que atuam no sistema, bem como na relação entre as RAS, que contribuem com propostas de investigação e orientação do cuidado. A maioria das entrevistadas relataram que foram cuidadas e orientadas por profissionais que trabalham na UBS, tais como agentes comunitários de saúde de sua região e enfermeiros.

Desta forma, a UBS foi apresentada como a principal porta de entrada nesse processo e, foi a partir da consulta com o médico ginecologista e os exames solicitados para investigação do nódulo, que foi possível dar prosseguimento nos trâmites que viriam posteriormente.

No serviço Privado, destaca-se que apenas duas mulheres o procuraram entre a primeira consulta para diagnóstico. Isso aponta que as participantes tiveram facilidade no acesso para consultas na UBS e que as mulheres que realizaram a consulta diagnóstica no serviço privado foram aquelas que possuem plano de saúde.

O achado acima mostra-se em consonância com as pesquisas desenvolvidas por Barros et al. (2019) e Sousa et al. (2019) que também identificaram que a atenção primária foi o local privilegiado para obtenção do diagnóstico do câncer de mama, ratificando a importância deste nível da atenção como sendo a porta de entrada dos usuários ao SUS, na qual se constitui como o meio mais usual para a atenção especializada.

Ainda de acordo com Barros et al. (2019), a atenção primária foi o local em que se realizou a primeira consulta com maior frequência, enquanto os serviços de saúde privados estão em segundo lugar.

Para o controle do câncer de mama, é de suma importância as ações de rastreamento, que se refere a realização sistemática e periódica de exames em mulheres assintomáticas, assim como, na descoberta precoce para mulheres sintomáticas, tencionando o diagnóstico em estágios iniciais, quando os tratamentos são identificados mais operativos e as chances de cura da doença são maiores (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

Além das ações de rastreamento da neoplasia mamária, a implementação e o correto manejo de sistemas de informação nas UBS são de considerável importância no controle da patologia e no objetivo de promover o controle da doença. Ressalta-se ainda que, o MS afirma que esses sistemas são fundamentais no planejamento de ações para o diagnóstico precoce e rastreamento da neoplasia mamária, por serem uma ferramenta base de conexão entre os serviços de saúde (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

Travassos e Martins (2004) afirmam que os sistemas de saúde fundamentados na consolidação da atenção básica estão estruturados de maneira a atender grande parte dos problemas de saúde e a destacar ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos.

Destaca-se ainda que sua utilização é consequência da interação do comportamento do sujeito que busca por cuidados, do profissional que o direciona no sistema de saúde e dos meios diagnósticos e terapêuticos ofertados. Apesar do seu determinante, destacam-se aqueles que dizem respeito às necessidades de saúde, aos usuários e às características da oferta dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Na busca por ações preventivas, de controle e para problemas agudos ou crônicos, o acesso dependerá, sobretudo, de sua disponibilidade e depois da condição dos indivíduos de percorrerem pelo sistema de saúde, até mesmo em função de sua situação econômica. A frequência da utilização passa a implicar, além das características da demanda, o parecer médico alicerçado no diagnóstico a respeito do

problema do usuário e dos recursos disponíveis para tratá-lo, influenciando na quantidade de vezes que o sujeito necessita retornar ao serviço, após o contato inicial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sobre o **“Acesso aos exames e tempo para diagnóstico”**, a mamografia foi o principal exame solicitado pelos médicos, e todas fizeram, seguida da Ultrassonografia, realizada pela maioria das participantes (n=8), sendo que uma entrevistada informou que só foi possível identificar o nódulo mamário através do Ultrassom, visto que, na mamografia não foi possível detectar. Para a Biópsia, embora um número expressivo de participantes tenha realizado o procedimento, acredita-se que muitas não relataram nas entrevistas ou até mesmo esqueceram de mencionar, visto a grande quantidade de informações a serem aclaradas; é provável que todas tenham realizado esse procedimento, mesmo que não tenham informado, uma vez que, este é padrão para identificação da natureza do nódulo.

No que diz respeito a maneira como a mulher teve acesso ao exame e o tempo que durou esse processo, salienta-se que algumas mulheres marcaram pela Central de agendamento do SUS do município (AMA) e outras optaram por fazer no Privado. A maioria das participantes tiveram acesso aos exames pela AMA, que são direcionados para clínicas do SUS em municípios parceiros, como também através de convênio com clínicas privadas. Elas relataram não terem tido dificuldades para conseguir esses exames, exceto por um caso específico que alegou ter demorado quase um ano para conseguir realizá-los.

As mulheres que realizaram os exames no serviço privado, disseram ter conseguido rapidamente, sem nenhuma dificuldade. Vale salientar que, embora praticamente todas as entrevistadas tenham afirmado facilidade para a realização dos exames, algumas relataram que preferiram fazer no serviço privado, uma vez que tinham urgência no resultado e entenderam ser mais prudente pagar pelos procedimentos.

Ressalta-se ainda que, apesar da maioria das mulheres que conseguiram realizar os exames pela rede pública do município tenham afirmado consegui-los com rapidez, é

importante explicitar que ainda assim as que foram atendidas no serviço privado apresentaram maior agilidade na realização dos exames, bem como dos resultados. Importante refletir também na fala contraditória de algumas mulheres, em que ao mesmo tempo que afirmam não terem tido dificuldades de acesso aos exames pela AMA, optaram em fazer no privado pela agilidade do serviço. Isso demonstra uma fragilidade no sistema, ao mesmo tempo que aponta um estigma de que o SUS ou o serviço público não oferece o suporte necessário, especialmente em tempos de crise e desespero, como na descoberta do câncer.

O caminho que a mulher percorre para realização dos exames e o espaço de tempo entre o diagnóstico fazem toda a diferença no itinerário. A respeito dos exames solicitados, a mamografia apresentou-se como o principal exame requerido e, posto isto, é de suma importância aclarar que o autoexame sempre deve estar alinhado a investigação por meio de exames tecnológicos, como a mamografia, ultrassonografia e biópsia, pois somente estes podem confirmar ou não a existência de um tumor.

Sobre a importância dos exames diagnósticos, impende abordar a fala da M2, que aclarou dois aspectos importantes a serem destacados

“[...]Eu descobri assim, foi de Deus mesmo, porque eu tinha ido num ginecologista em 2018 porque ia fazer 40 anos, e eu falei: doutora, eu quero fazer uma mamografia, mesmo ela tendo apalpado e tudo, e falei: me dá um pedido aí. Ela falou: mas você não tem nada, tá tudo certinho pelo que estou vendo aqui. Mas eu disse que queria fazer, que eu ia fazer 40 anos em setembro, e eu fui nela em agosto, e eu queria fazer porque todo mundo faz” (M2).

A fala da M2 indica dois aspectos relevantes: a importância da mamografia como ferramenta tecnológica para diagnóstico e a necessidade da mulher insistir com o médico em exames de rotina, se perceber e sentir segurança que são necessários.

O relato acima explicita que a participante estava prestes a completar 40 anos e, de acordo com ela, é indicado que seja realizada a mamografia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer mamário para essa faixa etária. A médica fez o exame clínico na paciente, e não achou necessário naquele momento solicitar a mamografia

para ela. No entanto, ela insistiu e, através da mamografia, foi diagnosticado o tumor mamário em estágio inicial.

Esse diagnóstico precoce favoreceu o tratamento e a participante não precisou realizar a quimioterapia, somente a radioterapia. Nesse sentido, destaca-se a importância dos exames diagnósticos tanto para detecção precoce, quanto para diagnóstico de tumores em estágio avançado, já que em nódulos pequenos, muitas vezes, não são detectáveis apenas com a AEM ou exame clínico.

Relevante abordar a sensibilidade e a preocupação da participante em insistir com o médico na mamografia. Isso aponta a importância da mulher conhecer o seu corpo e dar atenção ao que ele apresenta, já que ninguém melhor do que ela para perceber os sinais que este manifesta. De acordo com o Inca, o risco maior para desenvolver a doença é a partir dos 50 anos de idade, isto porque, antes dessa idade, as mamas são mais densas e com menos gordura, o que limita o exame e ocasiona em resultados equivocados. No entanto, a mamografia, para avaliar uma alteração suspeita da mama, é chamada de mamografia diagnóstica e pode ser realizada em qualquer idade (BRASIL, 2019d).

Cabe aludir que, com o passar dos anos, tem aumentado os casos de câncer de mama em mulheres mais novas e isso aponta para necessidade de cada vez mais incentivo dos profissionais de saúde para realização do AEM, visto que, além deste possibilitar a detecção de um nódulo, poupa a mulher de realizar exames desnecessários (BRASIL, 2019d).

Embora a minoria das mulheres seja acometida pelo câncer de mama por fatores genéticos, sendo apenas 10%, estes influenciam pontualmente no desenvolvimento da doença e, nesse sentido, é imprescindível que a mulher não abra mão de acompanhar quaisquer mudanças corporais que seu corpo possa apresentar (BRASIL, 2019e). Casos em que já existe ou existiu evidência de câncer na família, deve-se ter atenção redobrada, solicitando ao médico que demande regularmente exames para prevenção e diagnóstico precoce do câncer.

O protocolo nacional para a prevenção do câncer de mama orienta o exame mamográfico bianual de rastreamento para mulheres com idade superior a 50 anos, mas abre exceção à rotina de exames às mulheres de 35 anos, que fazem parte do grupo de risco (BRASIL, 2015b).

Posto isto, é importante aclarar a fala de uma participante, que evidencia esse aspecto:

“[...] eu fui no médico, e ela passou mamografia e ultrassom e depois falou que realmente eu estava com um nódulo de 1 cm. Ela mandou eu vigiar, mas aí eu falei com ela “não, num vou vigiar não, pode colocar no laudo aí que é pra mim tirar, porque na minha família tem caso” (M4).

A entrevistada não abriu mão de solicitar à médica exames para identificação do nódulo. Na entrevista, a participante informou que sofreu um acidente doméstico e bateu com a mama no muro da cozinha. Esse incidente provocou, como ela disse, uma “íngua” na mama, e com o passar do tempo percebeu que o caroço não sumia. Em 2019 sua mãe faleceu com a mesma doença e isso a fez ficar ainda mais preocupada com o nódulo que estava em seu peito. Diante disso, ela procurou a UBS do município e a médica solicitou exames para identificação daquele nódulo que estava incomodando e, a partir da mamografia e ultrassonografia, foi diagnosticado um nódulo de 1 cm, como relatado por ela. No entanto, ela informa que mesmo com os resultados dos exames, a médica orientou que ela apenas observasse se iria crescer e esse fato gerou grande incômodo, trazendo para ela inconformidade, o que a fez exigir da médica a biópsia e, assim, foi constatado o tumor.

A respeito da mulher insistir na realização de exames diagnósticos, mesmo que o médico não solicite, não foram encontrados estudos científicos que abordem a temática, visto que alguns informam que a solicitação de exames desnecessários acarreta desperdício de dinheiro público e grande demanda no serviço.

No entanto, a maioria dos casos é de doença avançada, em que um número considerável de mulheres são submetidas a um tratamento de alto custo: cirurgias mutiladoras, quimioterapia e radioterapia. Sobre isso, salienta-se que os fatores

fortemente associados à não realização do exame para a detecção precoce estão relacionados ao desconhecimento da importância e à faixa etária não incluída no rastreamento do câncer de mama (ALMEIDA et al., 2017).

De acordo com o portal de boas práticas em saúde da mulher, realizado pela Fiocruz, aborda que, ao desenvolver unidades de referência, se faz o diagnóstico da doença em fases iniciais, e propicia-se tratamentos menos onerosos. Ressalta-se que, quando não se alinha o sistema e não se desenvolvem centros de referência, o acesso se torna difícil, atrasando o tratamento. É necessário orientar as usuárias e a sociedade para que seja possível realizar o diagnóstico com mais eficácia, visto que o recurso financeiro é limitado. Diante disso, é de suma importância buscar faixas etárias e grupos mais característicos. Assim, adicionando o acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento, é provável considerar o efeito na redução da doença e na mortalidade (BRASIL, 2019e).

Diante disso, através de um programa de rastreamento ordenado, é possível identificar lesões minúsculas, que em diversos casos não precisam sequer de realização de quimioterapia e radioterapia. É imprescindível também, organizar a Rede para dar prosseguimento às biópsias de lesões (BRASIL, 2019e).

No que tange aos exames realizados para diagnóstico, elenca-se a mamografia como o principal exame, seguido da ultrassonografia e biópsia. Observou-se que a mamografia é de suma importância para a descoberta do tumor da mama, e apresentou-se como o principal exame solicitado pelos médicos para descoberta do tumor.

É reconhecido como o exame utilizado para rastreamento, com potencial de constatar danos não táteis e assim, suscitando influência na mortalidade por câncer de mama, uma vez que, é o método mais efetivo de diagnóstico precoce, sendo considerado como a única área da radiologia capaz de investigar de maneira sistemática o câncer em estágio ainda curável (ALMEIDA et al., 2017).

Atualmente, a utilização de mamógrafos de alta resolução tem possibilitado a descoberta de um número expressivo de lesões mamárias, especialmente lesões pequenas, quando ainda não são palpáveis. Consoante com a literatura, a mamografia tem sensibilidade entre 88% e 93,1% e especificidade entre 85% e 94,2% e, a realização desse exame como recurso para rastreamento reduz em 25% a mortalidade (BRASIL, 2007).

Necessário realçar que, a maioria das mulheres relataram também terem realizado a ultrassonografia e que, em um caso específico, foi relatado que o nódulo só foi perceptível através desse exame. No entanto, de acordo com estudos, ela não é a principal ferramenta para diagnóstico, sendo adicionado junto à mamografia.

De acordo com Brasil (2007), na maioria das vezes, a ultrassonografia é sempre complementar à mamografia, exceto para indivíduos jovens, abaixo de 30 anos, quando representa o exame de escolha para a primeira avaliação. Assim, a ultrassonografia mamária não tem indicação para rastreamento do câncer de mama e não substitui a mamografia.

Em casos específicos, destaca-se que a ultrassonografia contribui na detecção e caracterização das lesões, como nos casos em que o nódulo palpável não foi identificado na mamografia devido à alta densidade e localização do nódulo mamário; nódulo regular ou lobulado na mamografia, palpável ou não, que pode ser um cisto; e assimetria difusa ou área densa difusa, que pode apontar lesão consistente, cisto ou parênquima mamário (BRASIL, 2007).

Indispensável destacar que, além da mamografia e ultrassonografia, a maioria das mulheres relataram terem feito a biópsia e, embora algumas não tenham informado terem feito o procedimento, acredita-se que todas o realizaram, para identificação do tipo de nódulo.

Sobre isso, é importante elucidar a respeito do acesso ao exame e tempo para diagnóstico, evidenciando que a AMA foi o principal espaço público utilizado pelas

mulheres e, é nesse local que as consultas com o médico ginecologista e os exames para diagnóstico foram marcados.

Embora a maioria das mulheres tenham marcado pela AMA, nem todas realizaram os exames pelo município, visto que, por terem urgência e por acharem que demoraria para ser marcado, preferiram fazer pelo serviço privado. Mesmo assim, é importante ressaltar que as mulheres que realizaram os exames diagnósticos pela AMA informaram terem conseguido num período de tempo razoável.

As mulheres que, marcaram os exames diagnósticos através do serviço privado, informaram terem conseguido com rapidez, não especificando tempo e, algumas que possuem plano de saúde, optaram em agilizar o processo. No entanto, algumas participantes informaram nem sequer terem procurado a AMA para marcar os exames solicitados pelo médico, mesmo as que não possuíam plano de saúde, temendo que a demora pudesse agravar um possível diagnóstico, procuraram diretamente o serviço privado.

Essa afirmação se contrapõe com o trajeto inicial, que foi a consulta na UBS, visto que, todas que consultaram com o médico ginecologista na UBS, relataram terem sido rapidamente atendidas. No entanto, para a realização dos exames diagnósticos, essa realidade apresentou-se contrária, em que algumas preferiram realizar os procedimentos no privado, visando antecipar o resultado dos exames.

Sobre isso, Traldi et al. (2016) afirmam que a demora no diagnóstico é identificada através do tempo percorrido entre o contato com o serviço de saúde desde a primeira consulta e a definição do diagnóstico, uma vez que a demora no tratamento é considerada entre a primeira consulta e o início do tratamento.

Ressalta-se ainda que a PNAO define em 60 dias o tempo de demora entre o diagnóstico e o início do tratamento, todavia, não tem definição para o período máximo de espera para o diagnóstico. A espera para obtenção do resultado para o câncer de

mama é um indicador para a análise da efetividade das políticas públicas, entretanto, são escassos os estudos nacionais envolvendo a temática (TRALDI et al., 2016).

Ainda sobre a biópsia, cabe apontar que metade das mulheres realizaram o procedimento no serviço privado e estas informaram agilidade no resultado do exame, enquanto as que fizeram pelo SUS tiveram um tempo maior de espera. Segundo elas, esse tempo de espera desencadeou um período maior para início do tratamento, uma vez que o resultado direcionaria para a melhor conduta terapêutica identificada pelo médico.

Sobre isso, Barros et al. (2019) apresentam que, de acordo com sua pesquisa, aproximadamente metade das mulheres realizou esse exame em serviços privados e isso devido à maior agilidade no início do tratamento, sugerindo que o sistema de saúde público ainda não dá conta de atender à demanda por exames específicos para diagnóstico precoce do câncer de mama.

Acerca disso, é indispensável investigar a estratégia de construção de Rede e de Centros de Referência visando a realização de biópsia, objetivando adiantar o diagnóstico (BRASIL, 2019e).

Importante evidenciar também, que nas entrevistas tiveram relatos de mulheres que, para agilizar o serviço no município, recorreram a meios informais para adiantar o processo de marcação de exames. Cabe elencar a fala de uma entrevistada, em que ela relata essa realidade:

“Fui no AMA e deixei o encaminhamento e marcaram pra mim. Aí eles agilizaram mais, porque eu já era mais conhecidinha né, e porque a gente trabalhando no público todo mundo conhece a gente. Aí eles falaram: “não, a gente vai atender a senhora” e graças a Deus eu não tive dificuldade” (M9).

Assim como na pesquisa de Barros et al. (2019), algumas participantes referiram ter utilizado contatos informais próprios ou de profissionais de saúde que as atenderam com intuito de conseguir atendimento mais ágil nos serviços de saúde. A utilização de

relações não formais com profissionais dos serviços de saúde para facilitar o acesso ocorreu em alguns poucos casos, entretanto, importa destacar que a obtenção de atendimento mediado por um profissional de saúde pode ser compreendido como privilégio, ocasionando associação do acesso a esse profissional, o que debilita a organização do sistema.

Necessário afirmar que, se a rede está bem estruturada, situações como essa não seriam necessárias ou recorrentes, visto que o sujeito, independente do vínculo que possui com determinado profissional da saúde, seria capaz de realizar a marcação dos exames com facilidade. No entanto, é notório que essa realidade aponta para uma fragilidade no sistema, em que o sujeito necessita de apoio de terceiros para assegurar direitos que deveriam ser adquiridos de forma direta.

Dessa forma, Barros et al. (2019) evidenciam esse aspecto quando afirmam que, ao compreender o usuário como protagonista mediante as limitações do SUS, é injusto afirmar que somente as dificuldades dos serviços tenham estimulado as mulheres a procurar o atendimento privado. Todavia, não se pode descartar que limitações na efetividade do acolhimento e na resolutividade de alguns serviços tenham possibilitado alterações nos itinerários terapêuticos.

Barros et al. (2019) ainda afirmam que o devido encaminhamento da atenção primária direto para as demandas especializadas possibilitaria a investigação diagnóstica, reduzindo a necessidade de percorrer outros serviços e possivelmente diminuiria o tempo para início do tratamento.

Diante disso, o fortalecimento de estratégias como a regulação assistencial apresenta-se como uma possibilidade eficaz para melhorar o acesso aos serviços de média e alta complexidade, podendo contribuir para a diminuição de empecilhos na assistência oferecida pelo SUS. A utilização dessa e de outras estratégias que fortaleçam a interação entre gestores, trabalhadores do setor da saúde e usuários também podem contribuir com um acesso mais rápido ao tratamento e logo, para a construção de um sistema de saúde equilibrado.

No que tange à categoria de “**Consulta com o especialista e tempo de espera**”, salienta-se que a maioria das mulheres consultaram através do serviço privado com o especialista, enquanto um número inexpressivo de mulheres marcou pela AMA/SUS. Durante as entrevistas ficou evidente que a preocupação e o desespero acerca da doença impulsionaram a mulher a procurar primeiramente o serviço privado, uma vez que, além de existir esse estigma de que o SUS não atende com eficácia e agilidade, enquanto no privado existe uma certa segurança de que o processo será mais ágil e menos desgastante. No entanto, é imprescindível destacar que, de acordo com as entrevistas, o tempo para conseguir a consulta com o especialista no serviço privado foi relativamente menor do que pelo SUS.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e a consulta especializada é de suma importância para a mulher portadora do câncer de mama, visto que o tempo é um fator determinante no tratamento.

Nessa fase, a maioria das mulheres ainda não possuem confirmação do diagnóstico, apenas uma suspeita evidenciada por ela ou pelo médico ginecologista. Importante explicitar que as consultas foram consideradas especializadas quando o profissional era oncologista clínico, mastologista e cirurgião oncológico. As consultas não especializadas foram aquelas realizadas por médicos ginecologistas da UBS ou em serviços de saúde privados. Destaca-se ainda que, de todas as entrevistadas, onze consultaram inicialmente com o ginecologista e apenas uma entrevistada procurou primeiramente o clínico geral para a primeira consulta, antes do especialista.

Em contraste ao fácil acesso vislumbrado para a consulta inicial na UBS, foi identificado, através dos relatos das participantes, que para a consulta com o especialista a grande maioria preferiu direcionar-se para o serviço privado, visto que, a partir do exame de rotina, elas já possuíam uma suspeita acerca do que poderia ser o nódulo.

Após a primeira consulta na UBS municipal ou através do serviço privado e a realização dos exames solicitados pelo médico, as mulheres foram direcionadas para

a marcação de consulta com o especialista. No município estudado, a marcação para essa consulta é realizada através da AMA e lá, as mulheres são agendadas para a consulta especializada, que, geralmente, é concebida no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES. De acordo com as entrevistas, quatro mulheres consultaram com o especialista pelo SUS, enquanto nove procuraram o serviço privado.

Esse fato aponta para questões acerca da facilidade de acesso entre a suspeita (quando o médico, geralmente ginecologista, solicita exames diagnósticos ou de rotina e encaminha para o especialista) e o diagnóstico (que na maioria dos casos é confirmado pelo médico especialista) indicando que no itinerário terapêutico o acesso entre o caminho percorrido em cada etapa incide na resolutividade e tratamento do câncer de mama.

Sobre isso, Silva et al. (2017) apontam que a atenção especializada é marcada por diferentes obstáculos, especialmente no que concerne ao acesso. De acordo com o MS, a barreira para a garantia de acesso a serviços especializados sucede ao modelo de atenção escolhido, da resolutividade da Atenção Básica, bem como do dimensionamento e organização da oferta dos serviços.

Silva et al. (2017) e Barros et al. (2019) aludem ainda que o acesso aos serviços de saúde está associado aos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS e determina aspectos relacionados à justiça social. Assegurar acesso aos serviços de saúde é garantir que o usuário usufrua do sistema de saúde em circunstâncias que tenha suas demandas e necessidades atendidas.

De acordo com Barros et al. (2019), no Brasil, as indispensáveis atividades executadas em demandas de saúde privados são consultas com especialistas e serviços de suporte ao diagnóstico e à terapêutica. Esses são aspectos deficientes do SUS, em que os sujeitos vivenciam grande lista de espera.

Silva et al. (2017) aclaram que a disponibilidade dos serviços está relacionada a aspectos como estrutura, tipo, quantidade, recursos, continuidade, acessibilidade e

capacidade de pagamento. Segundo os autores, o número de vagas disponibilizados abaixo do preconizado são as possíveis causas do problema do acesso a consultas especializadas, quantidade de médicos insuficientes, dificuldade de permanência dos médicos no interior, grande índice de dependência do setor privado, diminuição da atuação da União e do Estado na oferta e no financiamento de serviços.

A insuficiente disponibilidade de consultas em diversas especialidades propicia para que os gestores encontrem muitas barreiras para assegurar o acesso ao atendimento especializado aos usuários. A partir do momento que existe essa barreira, as necessidades de saúde dos sujeitos ou a procura por serviços de saúde não são atendidas com êxito (SILVA et al., 2017).

De acordo com Barros et al. (2019), o encaminhamento da atenção primária direto para um serviço especializado, com vistas de efetivar toda a investigação diagnóstica, reduziria a necessidade de trilhar outros serviços e, provavelmente, diminuiria o tempo para início do tratamento, consoante apontado por um estudo canadense.

Ainda segundo os autores, visando aperfeiçoar esse encaminhamento, é imprescindível consolidar a atenção primária na configuração do acesso aos outros níveis de atenção à saúde e a estruturação assistencial como ferramenta para conciliar a oferta à demanda, com ênfase dos casos de acordo com a classificação de critérios clínicos (BARROS et al., 2019).

Considerando a necessidade de médicos especialistas e a insatisfação dos usuários com o atendimento, é possível perceber como as intervenções curativas na atenção primária são importantes. Analisando o percurso da introdução de serviços de atenção primária no Brasil, principalmente desde as mudanças no sistema de saúde da década de 80, é plausível verificar que, oposto a assegurar a integração da ação curativa com ações de prevenção e promoção da saúde, o que se observa são o expressivo número de pessoas à espera por atendimento especializado, o que aumenta o serviço de urgência e emergência ao trabalho da atenção primária à saúde (SILVA et al., 2017).

No que tange ao tempo para realização da consulta, importante aludir que algumas participantes que marcaram com o especialista pelo serviço privado relataram terem tentado a consulta pela AMA, porém, com a demora na marcação, preferiram pagar pela consulta no serviço privado. No entanto, outras mulheres informaram terem procurado diretamente o especialista através do serviço privado, visto que, acreditavam que pelo SUS iria demorar. Essa escolha pelo serviço privado aponta para questões que precisam ser avaliadas no serviço de saúde municipal em consonância com o SUS, visto a expressiva procura por atendimento especializado no privado.

No que tange ao período de tempo, as entrevistas apontaram que as mulheres que realizaram a consulta pela AMA/SUS levaram aproximadamente um mês para conseguirem marcar com o especialista. Das que preferiram o serviço privado, estas informaram terem conseguido entre sete a quinze dias, sobressaindo que, a maioria, relatou um período máximo de até sete dias.

Diante disso, destaca-se a fala de uma das participantes, onde revela essa realidade:

“Eu marquei a consulta particular, porque ia levar mais tempo pelo SUS, talvez até uns dois meses né, que ia demorar mais, aí eu fiz particular” (M1).

Assim como nos achados de Sousa et al. (2019), a maior parte das mulheres entrevistadas procuraram o serviço privado para agilizar a consulta e o prognóstico do câncer de mama. De acordo com os autores, atrasos nos serviços de saúde são identificados quando a rede da assistência está desestruturada, o que ocasiona o congestionamento dos centros especializados e propicia situações indesejáveis, como a escolha para os casos que apresentam melhor prognóstico.

Traldi et al. (2016) e Silva et al. (2017) elencam que, assim como neste estudo, o principal fator de demora no diagnóstico foi a espera para a consulta médica especializada no nível secundário de atenção à saúde, o que sugere fragilidade na efetivação da linha de cuidados oncológicos. A linha de cuidado implica ações integradas dos recursos disponíveis, tais como serviços, equipes e comunidade

organizada, direcionadas a priorizar às necessidades de saúde dos usuários, objetivando a diminuição da morbimortalidade e a melhora na qualidade de vida dos usuários. Para isso, é primordial ações organizadas que culminem estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento em tempo hábil e cuidados paliativos, direcionadas por estratégias que compõem os espaços da educação e da comunicação em saúde, da vigilância do câncer e das causas de risco, além do avanço de pesquisa básica e aplicada.

Fundamental pontuar que o não acompanhamento da atenção básica gera uma ruptura no itinerário terapêutico da mulher. De acordo com o MS, as relações entre os pontos de atenção de saúde devem ser complementares em todos os níveis. O fato de a atenção básica não estar sendo organizadora do cuidado, assim como a atenção especializada, que também não ordena dentro do seu serviço a condução das pacientes de forma estruturada, viabiliza a interrupção do tratamento. Assim, é a mulher que busca sozinha a resolutividade de suas demandas, sugerindo que a rede não está ordenada, indicando a falta de um elemento coordenador, o que mostra ser um empecilho para que ela consiga o acesso ao tratamento em tempo hábil (SOUSA et al., 2019).

De acordo com Ferreira, Junior e Costa (2019), ao abordar a dinâmica de organização do SUS, e não somente de organizações individualmente, essa complexidade aumenta, uma vez que o sistema é organizado em realidades desiguais, com demandas distintas e, especialmente, por abarcar estruturas de governos de todas as esferas: municipal, estadual e federal.

Em virtude do relato de algumas mulheres, foi notório que a desarticulação do serviço e a falta de organização dentro do serviço ocasionou demoras em determinados momentos e atrapalhou a agilidade para consulta especializada. A fala da participante abaixo evidencia esse percalço:

“Como o médico estava de férias, demorou uns 30 dias a primeira consulta, então eu tive que esperar” (M8).

Em dissonância com os achados de Barros et al. (2019), em que a instalação da padronização assistencial para agendamento de consultas especializadas foi associada a menor tempo para início do tratamento do câncer de mama, neste estudo isso não ocorreu, uma vez que a maioria realizou a consulta especializada no setor privado, e não pelo SUS.

A falta de organização do fluxo de usuários é uma problemática enfrentada pelo SUS. As dificuldades, no que tange a limites de acesso, qualidade, carências nos serviços de saúde de média e alta complexidade e atrasos na resolutividade das demandas são cada vez maiores. Esse atraso contribui para explicar a demora e o avanço da doença, evidenciando que as mulheres atendidas com esse atraso podem apresentar taxas de sobrevida diminuídas (FERREIRA; JUNIOR; COSTA, 2019).

Notou-se que a grande barreira para agilidade na consulta especializada está relacionada ao acesso e ao tempo para marcação das consultas e isso se deu devido às barreiras organizacionais do serviço de saúde, onde observou-se que muitas, devido à falta de acompanhamento da atenção básica nesse trajeto, precisaram resolver por si mesma suas demandas de saúde.

Sobre isso, Gonçalves et al. (2014) vislumbram que os responsáveis pela atenção à saúde devem identificar e buscar estratégias de resolução para os empecilhos presentes no próprio sistema, visando aprimorar o acesso e otimização do tempo durante a trajetória de saúde das mulheres. É de suma importância assegurar qualidade em todas as ações da linha de cuidado ao câncer de mama, tais como exames de rastreamento, exames diagnósticos e tratamento.

Gonçalves et al. (2014) e Alencar et al. (2020) concluem essa análise discorrendo que o IT das pacientes com câncer de mama transcreve fragilidades na rede, as quais foram levadas a optar pelo serviço privado para a realização de consultas especializadas, com intuito de acelerar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento.

Assim como nos estudos de Alencar et al. (2020), cabe aclarar que, dentre os itinerários apresentados, ficou evidente que a participação do sistema de saúde municipal apresentou-se como a primeira escolha do serviço de saúde, por meio da procura pela atenção básica como a entrada na rede. Todavia, a continuidade para obtenção do diagnóstico fica com *deficit* e, pela necessidade da urgência, o serviço privado entra como escape à consulta especializada para diagnóstico.

Essa realidade, além de apontar as fragilidades do sistema de saúde, vislumbra a estigmatização que existe acerca da efetividade na rede assistencial do SUS, isto porque, embora a maioria tenha relatado realizar as consultas especializadas pelo serviço privado, outras não chegaram a procurar o serviço público, o que demonstra as barreiras culturais desenvolvidas ao longo dos anos a respeito da efetividade do sistema público, sendo um assunto pertinente que merece atenção e que será melhor discutido posteriormente neste trabalho, na categoria de dificuldades e facilidades no IT.

Há necessidade de organizar a rede assistencial do município, tencionando dinamizar o atendimento em rede e buscando evitar o desgaste na busca pela consulta e espera para agendamento com o médico especialista. Direcionar a mulher e acompanhar esse trajeto inicial precisa fazer parte da rotina da atenção primária, para que o acesso seja dinamizado e assim, a mulher ganhe tempo para os caminhos que ainda serão trilhados para confirmação do diagnóstico e início do tratamento.

Sobre a categoria “**Tratamentos realizados e tempo para início**”, é importante explicitar que, para realização da cirurgia, houve diferença de tempo entre as mulheres que realizaram o procedimento no serviço privado e pelo SUS. Salienta-se ainda que todas as mulheres entrevistadas fizeram a cirurgia, seis participantes pelo SUS e sete participantes pelo Serviço Privado e, das que fizeram pelo SUS, algumas relataram ter tido facilidade e que conseguiram fazer o procedimento de forma rápida, enquanto outras disseram ter sido preciso esperar entre dois a três meses para conseguir. Já as que fizeram pelo Serviço Privado, todas afirmaram terem conseguido com rapidez. Sobre isso, quando questionadas sobre o motivo de terem realizado o procedimento

pelo serviço privado, algumas disseram que o fizeram por medo da doença se agravar e pelo desespero diante do estigma que o câncer carrega e preferiram não arriscar esperar fazer a cirurgia pelo SUS, como também não procuraram se informar se demoraria ou não.

Quanto ao tempo para início do tratamento após realização da cirurgia, salienta-se que a maioria das participantes levaram entre um a três meses para iniciar o tratamento, tanto quem fez o procedimento pelo SUS quanto quem fez pelo Privado, por motivos diversos, tais como tempo de recuperação da cirurgia, condição física e, até mesmo, tempo de espera para resultado da biópsia.

A respeito dos tratamentos, todas as participantes fizeram no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, que é referência para tratamento de câncer no Sul do Estado. Para o tratamento quimioterápico, a maioria precisou fazer, contabilizando um total de dez participantes, enquanto para a Radioterapia foi necessário que todas realizassem esse tipo de tratamento. Após a realização da quimioterapia e radioterapia, todas informaram continuar o tratamento em casa através de um medicamento que age de forma a não permitir que as células cancerígenas reapareçam, a hormonioterapia.

Após análise dos discursos relativos a esta categoria, tornou-se possível identificar que os tratamentos realizados para o tratamento do câncer de mama foram a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

“Eu estou tomando um remédio [hormonioterapia] que tem que tomar 5 anos, eu estou tomando, tomo todos os dias” (M5).

“Cirurgia foi a primeira coisa, depois foi a quimioterapia, sessões tudo foi 16, e a rádio foi 25 sessões” (M8).

No que tange a esse achado, importa realçar que houve a predominância de mulheres que, após a confirmação do diagnóstico, iniciaram o tratamento dentro do prazo preconizado pela Lei Nº 12.732, de novembro de 2012, publicada pelo MS e que determina que após a confirmação do diagnóstico a mulher portadora da patologia

aqui estudada deverá iniciar o tratamento em um período igual ou inferior a sessenta dias (BRASIL, 2012). Contudo, a grande parcela do universo de mulheres entrevistadas recorreu ao sistema de saúde privado para ter acesso ao tratamento de forma mais rápida. Compete realçar ainda que, de forma majoritária, a primeira etapa do tratamento constitui-se pelo procedimento cirúrgico, seguido por quimioterapia e/ou radioterapia e a hormonioterapia como a última e atual etapa, conforme também constatado no estudo de Medeiros et al. (2015).

“O tratamento foi rápido, mas a cirurgia também foi porque eu tive que fazer particular porque também ia demorar. Por causa da demanda, porque o médico falou que a demanda é grande [do SUS]. Olha, por eu fazer particular a cirurgia, foi muito rápido. Primeiro eu descobri eu fiz a biópsia, eu fiz a biópsia em novembro de 2014, fiz os exames pré-operatórios, e eu fiz a cirurgia no dia 26 de dezembro de 2014” (M1).

“Eu descobri em 2015, mas eu descobri dia 22 de outubro de 2015, dia 22 de dezembro de 2015 eu consegui fazer a cirurgia, foi tudo rápido. Porque ele era um câncer agressivo, porque quando eu descobri ele estava pequeno, mas quando eu operei ele já tinha crescido do dia 22 até o dia 22 de dezembro ele já tinha crescido um centímetro e meio. Eu logo descobri, e porque eu fui particular foi rápido” (M10).

Isto posto, em conformidade com o resultado acima, cabe destacar a pesquisa realizada por Medeiros et al. (2015) que também concluiu que na maioria dos casos não houve atraso no início do tratamento, resultando em benefícios significativos no prognóstico.

Sobre isso, importante catalogar que, infelizmente essa não tem sido a realidade vivenciada por uma parcela expressiva da população brasileira, conforme destaca as pesquisas conduzidas por Paiva e Cesse (2015), Sousa et al. (2019) e Barros et al. (2020), que identificaram que grande parte das mulheres estão iniciando o tratamento para o câncer de mama após sessenta dias da confirmação do diagnóstico. Estes, por sua vez, enfatizam que, a morosidade no acesso ao tratamento, contribui para o agravamento da doença, uma vez que o início prematuro do tratamento está associado a maior taxa de cura entre as mulheres portadoras desta patologia, fato este também evidenciado pela entrevistada M4 que associou a evolução do estágio

da doença à demora para o início do tratamento e pela entrevistada M10 que relacionou a atual cronicidade da sua doença ao atraso no início do tratamento.

“Olha, depois que eu tive o diagnóstico, eu demorei ainda para iniciar o tratamento uns 3 a 4 meses porque demorou o resultado sair, da biópsia. Quando eu comecei a fazer o tratamento estava em estágio 2, porque demorou muito para começar o tratamento, aí fui e operei né” (M 4).

“Eu descobri o câncer em 2016 e tratei em 2017. Demorei um ano para tratar, para começar o tratamento. Eu me tornei uma paciente crônica, igual diabético, tem que tratar pelo resto da vida” (M10).

Sobre isso, vale realçar que o tempo médio para o início do tratamento do câncer de mama no Brasil tem sido de 46,6 dias, enquanto que no Canadá e no Reino Unido as mulheres portadoras desta patologia têm recebido o tratamento no prazo de até 28 e 30 dias, respectivamente (PAIVA; CESSE, 2015).

Neste sentido, Sousa et al. (2019) refletem que o atraso para o início do tratamento gera consequências nefastas na vida destas mulheres, trazendo prejuízos para a qualidade de vida dessas, uma vez que requer métodos de tratamentos mais agressivos e impõe a urgência do emprego de diversas abordagens terapêuticas, as quais podem resultar na sobreposição de sequelas.

Deste modo, em consonância com o achado na presente investigação, destaca-se as pesquisas conduzidas por Rosa e Radunz (2013), Medeiros et al. (2015) e Oliveira, Reis e Silva (2018) que constaram que um número expressivo, das mulheres que constituíram-se enquanto amostras de suas pesquisas, não iniciaram o tratamento em tempo oportuno devido à demora para a confirmação do diagnóstico, que pode ser obtida por meio da biópsia.

Na análise de Rosa e Radunz (2013), a demora na fase do diagnóstico pode ser associada aos entraves existentes no fluxo de encaminhamentos entre os três níveis de atenção à saúde (baixa, média e alta complexidade) para o atendimento de saúde por meio do SUS. Dito isso, cabe destacar que, no município estudado, tal situação

pode ser ainda mais preocupante, uma vez que, neste não existe um fluxo oficialmente instituído, o que por sua vez acaba reverberando na progressão da doença e trazendo sérias consequências para a sobrevivência das mulheres que são assistidas por este sistema de saúde público.

Já Barros et al. (2020), ponderam que a demora na fase diagnóstica incide de forma negativa, não apenas sobre o usuário propriamente dito, mas também sobre os serviços especializados de atenção, uma vez que eleva o número de consultas de retorno até a resolução de cada caso.

Na perspectiva de Sousa et al. (2019), o atraso para o início do tratamento pode estar ligado a falta de articulação entre os pontos de atenção, denunciando a premência pela organização dos serviços de atenção que vão desde a atenção básica até a especializada, na qual se torna possível por meio da instituição de fluxos bem delimitados. Ademais, demoras nos serviços de saúde podem ser encontradas quando a rede de atenção não está estruturada que, por conseguinte, acarreta uma sobrecarga para os serviços especializados e contribui para o surgimento de circunstâncias não desejáveis, como por exemplo, a utilização do critério para escolha de usuários com perspectiva de um melhor prognóstico.

Sobre isso, Constâncio et al. (2020), que em sua pesquisa também associaram a demora no início do tratamento a morosidade na obtenção do diagnóstico, pontuam que, a nível nacional, cerca de 45% das mulheres têm sido diagnosticadas em um estágio mais avançado da doença, evidenciando a urgência de estratégias capazes de aprimorar a detecção precoce. Estes autores pontuam ainda que, as mulheres que são assistidas pelo SUS apresentam menor sobrevivência quando são comparadas com aquelas que recebem assistência da saúde privada, uma vez que, as que compõem o primeiro grupo geralmente são diagnosticadas em estágios mais avançados da doença, sendo este achado associado a dificuldade para ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

Na esteira das reflexões aqui tecidas, oportuno se faz destacar que, uma parcela expressiva das mulheres que tiveram acesso ao tratamento no período igual ou inferior

a 60 dias, utilizaram o serviço privado objetivando realizar o procedimento cirúrgico com rapidez, como se pode depreender dos extratos das narrativas acima apresentadas (M1 e M10) e do enunciado da entrevistada M6, dos quais representam o conjunto de mulheres que optaram por fazer tal procedimento pela via privada, justificando a morosidade existente no âmbito do SUS para ter acesso ao procedimento cirúrgico.

“A cirurgia eu fiz particular, porque assim, eu não quis esperar muito, porque eu fiquei tão preocupada que eu quis adiantar e estava aumentando, aí eu fiquei preocupada porque pelo SUS ia demorar um pouco, mas se eu pudesse esperar eu faria pelo SUS. Mas o tratamento [quimioterapia e radioterapia] foi tudo pelo SUS, e fui muito bem atendida” (M6).

Dado semelhante também foi citado na pesquisa de Oliveira et al. (2011), os quais mencionam que grande parte das mulheres, após o diagnóstico do câncer de mama, optam por buscar a realização do procedimento cirúrgico em instituições de saúde privados, haja vista que nestes o início do tratamento é mais célere e que os custos com este procedimento são inferiores ao tratamento ambulatorial (quimioterapia e radioterapia), que devido ao alto custo os usuários buscam o acesso na rede pública, sendo essa realidade também identificada no presente estudo.

Deste modo, corroborando com os achados da presente pesquisa, cabe evidenciar a pesquisa conduzida por Gonçalves et al. (2014), que destaca que a lista de espera para o tratamento do câncer de mama constitui-se como uma das barreiras que as mulheres portadoras desta patologia precisam enfrentar, incidindo para o estadiamento avançado da doença e piores prognósticos. Cabe lançar luz também sobre o estudo de Oliveira e Soares (2020) que identificaram a predominância de mulheres que enfatizaram como entrave, durante o caminho percorrido na busca por tratamento, a demora para ter acesso ao procedimento cirúrgico.

Constâncio et al. (2020) discorrem que mulheres portadoras do câncer de mama, usuárias do SUS, possuem menor sobrevida em comparação com aquelas que

utilizam o sistema de saúde privado, sugerindo que os primeiros grupos enfrentam maiores percalços nos caminhos percorridos na busca por tratamento.

Sobre isso, Oliveira, Reis e Silva (2018) refletem esse atraso para obtenção do diagnóstico e início do tratamento à luz do que prevê o Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira que pontua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998). Estes realçam que, muito embora a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, o acesso, por vezes, é difícil e burocrático, resultando na demora para obtenção do diagnóstico e, conseqüentemente, no início tardio do tratamento e, desta forma, ferindo o direito das mulheres portadoras desta patologia.

Ademais, cabe citar ainda o estudo de Tostes, Covre e Fernandes (2016) que ao buscar caracterizar o acesso à assistência cirúrgica no Brasil, constatou que, de forma majoritária, o acesso à assistência cirúrgica pelos usuários do SUS não tem sido totalmente garantido, na qual se tem um prolongado tempo de espera que se constitui enquanto dificultador do acesso, revelando que, por vezes, a assistência à saúde no Brasil está em dissonância com os ideais preconizados pela Cobertura Universal de Saúde, que prevê que todos os indivíduos devem ter acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais.

Na esteira das discussões aqui delimitadas, oportuno se faz destacar que todo o tratamento ambulatorial para o câncer de mama das mulheres partícipes deste estudo foi realizado no Hospital Evangélico, que se constitui enquanto o principal equipamento de saúde identificado nos caminhos percorridos por estas mulheres em busca do tratamento após terem obtido a confirmação do diagnóstico.

“Eles têm uma preocupação muito grande quando é paciente oncológico, eles são muito ágeis aqui em Kennedy de tentar agilizar o processo, o que eles podem fazer aqui em Kennedy eles fazem, mas agora quanto a cirurgia eles não podem né, não depende daqui eles encaminham, porque depois que você é encaminhado daqui, aí é tudo lá, você não tem mais acesso

aqui, seu prontuário já fica lá, eles que marcam a sua consulta, é tudo lá, tratamento é feito tudo lá no hospital evangélico” (M1).

“Porque na verdade só o início que foi aqui em Kennedy, depois o tratamento foi tudo em Cachoeiro [no Hospital Evangélico]” (M4).

Sobre isso, a análise das narrativas apresentadas por algumas entrevistadas, sugerem que, em razão de todo o tratamento especializado ser realizado no Hospital Evangélico, o vínculo destas com as UBSs pode estar sendo afetado, muito embora, a maioria das entrevistadas tenham acessado estes equipamentos para terem acesso ao diagnóstico.

Desta forma, importa realçar que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, instituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, em seu Artigo 26, inciso I, alínea G prevê que é de competência da Atenção Primária “coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2013a). Ou seja, verifica-se por parte do município o descumprimento do previsto na referida política.

De forma dissonante ao achado da pesquisa, Castro et al. (2020) em seu estudo identificaram que, após iniciar o tratamento para o câncer de mama na atenção especializada, houve a continuidade da atenção na atenção primária, o que, por conseguinte, evidenciou a existência de vínculo ou de longitudinalidade no cuidado ofertado pela APS. Entretanto, estes salientam que, por ser o câncer considerado uma doença grave, este exige tratamentos complexos e que usualmente envolve um longo prazo de tratamento, é comum que o vínculo entre as usuárias com as UBSs seja fragilizado, uma vez que este vínculo será mais fortalecido no contexto onde o tratamento esteja ocorrendo, soma-se a isso o fato da ausência de contrarreferência que atua como um dificultador para que ações de cuidado ofertado por esse nível de atenção seja coordenada.

Neste sentido, Oliveira e Soares (2020) também refletem acerca disso, destacando que, nos serviços de saúde pública, predomina a concepção de que a atenção ao

usuário portador de câncer de mama é de competência exclusiva do oncologista, mesmo havendo casos em que as questões de saúde não possuem ligação com tal doença. Para estes, essa compreensão exprime o modelo de atenção médico-hegemônico muito arraigado nos serviços de saúde, na qual se tem a fragmentação do cuidado, o enclausuramento dos usuários a um diagnóstico patológico e a não compreensão de assistência em saúde que vislumbre tais usuárias como portadoras de necessidades e demandas para além do diagnóstico do câncer de mama, das quais as responsabilidades pelo cuidado não é apenas da atenção de média e alta complexidade, mas sim de todos os níveis de atenção.

Importante elencar que o tratamento ofertado pelo Hospital Evangélico tem em vista uma perspectiva de cuidado multidisciplinar, que é prestado não apenas por médicos oncologistas, mas também por farmacêuticos, enfermeiros, residentes, nutricionistas, técnicos em enfermagem, psicólogos e assistentes sociais (HOSPITAL EVANGÉLICO, 2020). Entretanto, o acesso ao atendimento ofertado por tais profissionais nem sempre é possível, conforme verbalizado pela entrevistada M1 que destacou que não realizava o acompanhamento psicológico devido ao deslocamento que seria necessário.

“[...] tem uma equipe, um acompanhamento [no Hospital Evangélico], e eu também por morar longe, eu fico muito debilitada, também para mim estar indo lá, para mim fazer atendimento com o psicólogo, eu não vou, porque eu acho assim, é difícil, é mais uma coisa, é mais uma viagem, e às vezes você sente cólica, sente mal-estar, e eu não tenho vontade de ir” (M1).

Sobre isso, Oliveira, Reis e Silva (2018) refletem que a acessibilidade aos serviços de saúde é um dos percalços que usuárias portadoras de câncer de mama residentes no interior precisam enfrentar, na qual precisam percorrer grandes distâncias para terem acesso aos serviços, desfavorecendo a utilização destes por essas usuárias, uma vez que este deslocamento ocasiona um desgaste físico e psicológico para estas mulheres que já sofrem com os efeitos causados pela debilidade da doença e do tratamento.

Dito isso, cabe tecer uma análise crítica sobre o manejo que o município de Presidente Kennedy-ES tem adotado para atender as mulheres que são diagnosticadas no município, pois, além de não dispor de serviços especializados para atender a estas usuárias, na qual seria capaz de minimizar a dificuldade acima apresentada, com base nos relatos das entrevistadas, hipotetiza-se que o município também não dispõe de um acompanhamento multidisciplinar para estas, embora as UBSs contem, por exemplo, com psicólogos e nutricionistas como parte da equipe. A esse respeito, oportuno se faz pontuar que, no caso de mulheres acometidas por câncer de mama, o cuidado dispensado a estas precisa ocorrer de forma a envolver diversas áreas do conhecimento, a fim de propiciar intervenções que as vislumbrem a partir de uma perspectiva de cuidado holística, capaz de devolver a sua saúde num sentido mais amplo, ou seja, a compreendendo como um ser biopsicossocial (NASCIMENTO et al., 2014).

Segundo Costa et al. (2012), o cuidar em pacientes com câncer de mama indica que é de suma importância a atuação integrada da equipe de saúde de forma a desenvolver um manejo adequado com o Modelo de Atenção Integrada à Saúde de pessoas com câncer, estabelecido pela Política Nacional de Atenção Oncológica.

Sabe-se que a constituição da RAS, como instrumento de construção de sistemas integrados de saúde, reclama uma articulação articulada dos diversos níveis de atenção, serviços e profissionais, os quais com objetivos em comum são orientados pela garantia do acesso à saúde como direito e as necessidades sociais como fundamento para o fornecimento do cuidado individual aos indivíduos de maneira completa, equânime e resolutiva. Assim, indícios evidenciam que a integração multiprofissional é determinação operante para a seguimento do cuidado em redes de atenção portanto, imprescindíveis para a obtenção do acesso ao cuidado em saúde (OLIVEIRA; SOARES, 2020).

Assim como nos achados de Oliveira e Soares (2020), o arranjo central da APS para a coordenação do cuidado vinculada aos demais níveis de atenção à saúde mostrou-se prejudicada, bem como os dispositivos de integração entre eles. O ingresso às

estratégias de atenção ao câncer de mama na RAS também elencou que tanto o rastreamento quanto o diagnóstico e tratamento do câncer de mama ainda concebem obstáculos a serem rompidos pelas mulheres, profissionais e gestores da saúde.

Chama-se atenção para o exposto acima, uma vez que o Artigo 24, inciso IV da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, discorre ser competência da esfera municipal “planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, **quando não existir capacidade instalada no próprio Município**” (BRASIL, 2013a, grifo nosso). Deste modo, embora o tratamento no âmbito da oncologia seja um dos mais caros no contexto da medicina (KALIKS et al., 2013) questiona-se se o município de Presidente não teria condições financeiras para ofertar o tratamento para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama em seu território, uma vez que se trata de um município com o maior PIB per capita do Brasil.

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde [...] (BRASIL, 2013a).

Ainda no que tange ao tratamento, agora falando especificamente sobre a hormonioterapia, verificou-se a presença de uma participante que precisou acionar o Poder Judiciário para ter acesso ao medicamento.

“[...] e esse remédio [hormonioterapia] eu tive que entrar na justiça, porque é uns 10.000 reais a dose, aí eu tenho que tomar a cada 21 dias” (M3).

Desta forma, a entrevistada M3 representa o conjunto de usuários do SUS portadores de câncer que necessitam ajuizar ações para que possam valer o direito assegurado na Lei Orgânica da Saúde. Sobre isso, Vidal et al. (2017) apontam que o direito ao acesso a medicamentos, atualmente, mostra-se como uma das principais questões tratadas nos tribunais de justiça do Brasil. Tais autores constaram que, de forma majoritária, as demandas judiciais relativas à oncologia se referiam a farmacoterapia,

evidenciando que os números expressivos de demandas dessa natureza denunciam as dificuldades no acesso aos próprios serviços de saúde.

Ademais, outra questão predominante, identificada no IT das mulheres entrevistadas, diz respeito ao fato do SUS ter sido responsável pela oferta do tratamento de todas as participantes, evidenciando que este sistema de saúde continua sendo o maior responsável pela oferta do tratamento especializado às usuárias portadoras do câncer de mama, sendo este achado também identificado nas pesquisas de Oliveira et al. (2011) e de Sousa et al. (2019).

A categoria **“Dificuldades e Facilidades no Itinerário Terapêutico”** aponta aspectos importantes a serem destacados. No que se refere às dificuldades, a maioria evidenciou acerca da debilidade física, como queda de cabelo, fraqueza, dificuldades para realizar as tarefas diárias, sentimento de impotência e pena por parte das pessoas, medo da morte, cansaço, fadiga, dificuldade na ingestão de alimentos, entre outros. Foi aclarado também por uma participante acerca da demora para consulta com especialista pelo SUS e outra mulher relatou dificuldade para realização dos exames diagnósticos pela AMA.

Das facilidades no Itinerário terapêutico destacam-se o transporte disponibilizado pela AMA para realização do tratamento em Cachoeiro de Itapemirim, bem como a facilidade na obtenção de medicamentos pela Farmácia Básica do município.

Para o transporte, o município dispõe às mulheres condução para que estas possam realizar os devidos tratamentos. Destaca-se ainda que, segundo elas, as que moram em comunidades rurais do município, o carro da saúde buscava na porta de casa e levava até o município de Cachoeiro de Itapemirim para realização do tratamento, assim como trazia em casa após o término. Relataram ainda facilidade no agendamento dos carros na AMA e que todos os motoristas tinham empatia e boa vontade ao conduzi-las, tornando um pouco mais leve a rotina que é tão dolorosa e desgastante.

Para obtenção dos medicamentos, foi salientado pela maioria das participantes, facilidade tanto para retirada do medicamento na Farmácia Básica do município, quanto através das agentes de saúde, que entregavam em suas residências. O medicamento para hormonioterapia é fornecido pelo Estado, e elas também mencionaram que não tiveram dificuldade para obtenção e retirada.

Embora poucas mulheres tenham relatado dificuldade para marcação de exames pela AMA, a maioria das participantes afirmaram terem tido facilidade de acesso para marcação tanto de consultas na UBS para o ginecologista, quanto para obtenção dos exames diagnósticos, e que, de forma geral, no que concerne ao município, foram bem atendidas.

O IT das mulheres entrevistadas aponta aspectos que facilitaram e dificultaram a busca pelo diagnóstico do câncer de mama, bem como no decurso do tratamento. Embora no decorrer da discussão estejam explicitados os principais itinerários por elas experienciados, cabe aqui destacar outros elementos que também foram vislumbrados nos caminhos percorridos por elas.

No que concerne às facilidades encontradas pelas mulheres no IT, o transporte foi o aspecto mais relatado em praticamente todas as entrevistas. Como o tratamento é realizado fora do município, todas as participantes precisaram se deslocar para Cachoeiro de Itapemirim, onde está localizado o Hospital Evangélico, que possui o centro de referência para tratamento do câncer. De acordo com elas, o carro da saúde estava sempre disponível para conduzi-las até o local do tratamento e o motorista aguardava desde o início até o término para trazê-las de volta para casa. Para as mulheres que residem no Centro de Presidente Kennedy, o carro sempre esperava num ponto específico de fácil acesso para o transporte e, para as demais que moram no interior, o carro buscava na porta de casa.

De acordo com as participantes, esse aspecto foi de suma importância no tratamento, visto que trazia segurança para elas ao mesmo tempo que proporcionava que o

tratamento pudesse ser contínuo, sem interrupções por não disponibilidade ou condições para deslocamento.

Sobre isso, algumas falas reportam essa realidade vivenciada por elas:

“Eu acho que aqui em Kennedy, o transporte, eu nunca tive dificuldade, de agendar um carro pra me levar né, porque eu não posso reclamar disso aqui no nosso município, então a facilidade que eu tive foi desde o tratamento. Sempre fui pelo carro da prefeitura” (M1).

“De ter o carro da saúde pra levar, de não precisar pagar nem as idas pra lá, isso era muito bom” (M2).

“Fui no carro da saúde, não precisei pagar, porque era todo dia né” (M4).

“Os carros que vem buscar, a gente não faz nada, porque não existe tratamento aqui né, só em Cachoeiro, e ele já pegava na porta, deixava na porta, esperava, essa era uma facilidade” (M5).

Acerca disso, nota-se que existem mais trabalhos elencando as dificuldades e poucos que abordam as facilidades encontradas pelas mulheres no IT relacionado ao transporte. No entanto, esse elemento mostra-se como um diferencial no atendimento do município, posto outros trabalhos que apontam dificuldades nesse aspecto que é tão relevante no acesso ao tratamento. Trabalhos como de Peroni (2013) e Alencar et al. (2020) abordam relatos em que as mulheres vivenciaram transtornos e dificuldades para deslocamento de sua localidade até o ponto de tratamento e, quando conseguiam transporte, estavam em estado de precariedade.

Importante elencar que, no quesito empatia e acolhimento, todas as participantes relataram terem sido bem atendidas pelos motoristas e que eles sempre as tratavam com boa vontade, tornando esse momento difícil menos árduo. Sobre isso, os achados de Peroni (2013) afirmam a preocupação dos motoristas com as mulheres, destacando acolhimento e sensibilidade por parte do setor de transporte com as pacientes em tratamento, vínculo este que muitas vezes não é estabelecido pelos próprios profissionais que lidam diretamente com o tratamento da usuária do serviço.

Santiago e Andrade (2008) destacam que o cuidado produz a necessidade de relações de vínculo e confiança entre sujeitos, entre serviços e na rede como um todo. Essas relações propiciam a aproximação de trabalhadores, usuários e gestores, expandindo a viabilidade de cuidado e o compartilhamento de responsabilidades, objetivando a integralidade e o trabalho em rede.

“Os meninos que iam me levar, você tinha que ver como eles me tratavam, tratavam super bem, eu não tenho que reclamar de nenhum motorista, nenhum dos motoristas, porque não era todo dia e não era um só, eles nunca me trataram com ignorância, trataram muito bem” (M7).

Notou-se que esse cuidado se estendeu desde o atendimento mais simples até os procedimentos de baixa e alta complexidade e que, o acolhimento esteve presente em várias ramificações do sistema.

Outro aspecto a ser elucidado é a assistência farmacêutica do município, que apresentou importante relevância no IT das participantes. As entrevistadas evidenciaram facilidade na aquisição de medicamentos básicos para o tratamento e relataram que esse fator contribuiu para facilitar o processo terapêutico que estavam vivenciando no decorrer do tratamento.

“No meu período de tratamento eu só tenho que falar bem, porque igual medicamento, porque a gente sempre tem um mal-estar, uma dorzinha de cabeça, fui sempre bem assistida, ah, tava passando mal ligava para o hospital, vinha um carro pra buscar” (M4).

“[...] porque se o médico passa um remédio e você procura, você consegue, nunca fiquei na mão” (M9).

Os escritos de Peroni (2013) e Lofego e Pinheiro (2016) abordam as dificuldades de acesso encontradas por mulheres para obtenção de medicamentos no SUS, sejam os de uso específicos para o tratamento do câncer, sejam os de uso diário, tais como vitaminas, medicamentos para dor, entre outros. Relataram ainda a necessidade de adquirir através de recurso próprio, visto as barreiras encontradas para aquisição dos medicamentos básicos para tratamento. Em contraste aos achados dos autores, o município possui uma rede bem estruturada, que fornece aos munícipes os

medicamentos básicos, necessários para prevenção e tratamento de diversas doenças. O município possui a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que tem como finalidade disponibilizar a população os medicamentos preconizados na Relação municipal de medicamentos essenciais (Remume), os quais são de competência da esfera municipal. Importante destacar que os medicamentos específicos para o tratamento do câncer, na maioria dos casos, são disponibilizados pelo Estado e, em muitos deles, a farmácia básica municipal apresenta-se como um ponto de coleta desses medicamentos.

Todas as entrevistadas relataram facilidade para obtenção dos medicamentos prescritos pelo médico e ressaltaram que, nos casos em que não tinha o medicamento de imediato, a farmácia básica encomendava esses remédios, visto que o município fazia licitação para compra de medicamentos não padronizados, denominado como farmácia complementar. Todavia, cabe elencar que, devido a algumas mudanças na gestão, atualmente não se tem mais esse serviço da farmácia complementar no município.

Silva e Castro (2019) afirmam que a Assistência Farmacêutica (AF) é um elemento da atenção à saúde que objetiva a oferta oportuna de medicamentos seguros e de qualidade, cooperando para a prevenção de doenças, bem como para a promoção e recuperação da saúde. No que tange a oncologia, as principais metas vislumbradas pela AF dizem respeito a promoção do cuidado de alta qualidade, a proteção dos trabalhadores no que diz respeito aos riscos de exposição aos quimioterápicos, a eliminação dos erros de medicação com agentes antineoplásicos, o desenvolvimento de planejamento ético para organização dos medicamentos e o desenvolvimento para a melhoria dos resultados do uso dos antineoplásicos.

Vale salientar que as atividades da AF devem ser realizadas de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, interligando as ações e serviços em suas diversas dimensões, disponíveis nos variados níveis de atenção à saúde. Objetivando assegurar o andamento oportuno da Rede de Atenção Oncológica, são competência dos entes municipais o planejamento, a programação e a organização

das ações e serviços de saúde, indispensáveis para a execução do cuidado por inteiro ao paciente oncológico (SILVA; CASTRO, 2019).

Sobre isso, observou-se que, de acordo com a fala das entrevistadas, o acesso a CAF, bem como a aquisição dos medicamentos ocorria de forma favorável e quando os profissionais identificavam que os medicamentos eram para tratamento de câncer, estes se mostravam ágeis e disponíveis para oferecer suporte necessário. De acordo com elas, foram raros os casos em que precisaram recorrer ao setor privado para usufruírem dos medicamentos prescritos pelos médicos.

De acordo com os achados de Silva e Castro (2019), notou-se que apenas as instituições públicas disponibilizavam medicamentos para controle dos sintomas do tratamento, enquanto os estabelecimentos privados tinham maior facilidade no que tange a aquisição, evitando desabastecimentos.

Posto isto, importa aludir que, nesse aspecto aqui detalhado, o município oferece um atendimento estruturado e bem articulado com a RAS do município, existindo uma boa integração dos profissionais na atenção primária, promovendo o cuidado integral as pacientes com câncer e garantindo facilidade no acesso para as demandas existentes.

No que tange às dificuldades que as mulheres encontraram no IT, destaca-se a debilidade física proveniente do tratamento. Foi relatado também demora para marcação de consulta com especialista pela AMA e algumas informaram dificuldade de realizar com agilidade os exames através da AMA. Todavia, no que tange às duas últimas dificuldades apresentadas, estas foram evidenciadas no decorrer das discussões anteriores, visto que eram aspectos pertinentes aos pontos anteriormente elencados.

A principal dificuldade aclarada por todas as mulheres nas entrevistas foram as relacionadas às consequências do tratamento para o câncer. A maioria evidenciou dificuldades para se alimentar devido às alterações no paladar proveniente da forte reação ocasionada pela quimioterapia, fadiga, dores de cabeça, náuseas, vômitos,

fraqueza e indisposição. Relataram também alterações na imagem, como queda de cabelo, queda das unhas, palidez; sentimentos de vergonha, humilhação e ansiedade.

Podemos perceber essa realidade através da fala de uma entrevistada:

“Eu falo que o câncer ele humilha a pessoa, você se sente assim muito feia, você se olha no espelho você se sente muito pálida, você vai perdendo seus pelos né, então a quimioterapia é algo assim muito difícil pra gente já aceitar, eu falo que eu não desejo isso pra ninguém” (M1).

Os escritos de Alencar et al. (2020) e Peruzzi et al. (2018) corroboram com essa realidade enfrentada pelas mulheres no que tange a experiência da doença e os transtornos fisiológicos e emocionais que dela procedem. Os autores abordam que a dor física e a fragilidade em que se encontram essas pessoas evidenciam o desafio de conviver com uma situação de adoecimento, em que o tratamento é altamente agressivo. Assim, como nesse estudo, apontam que pacientes submetidos a tratamentos oncológicos podem ser acometidos por diversos efeitos colaterais e que alguns dos sintomas vivenciados por elas podem exercer influência sobre a qualidade de vida dessas mulheres, interferindo em diversos aspectos emocionais, como a dor pode acarretar alteração de humor, por exemplo.

Os autores ainda abarcam que o estilo de vida e a rotina são influenciados apenas pelo fato de saberem do diagnóstico de câncer, pois são acometidas por sentimentos de ansiedade, medo do futuro e medo da morte. Todavia, diante da fragilidade da vida, foi vislumbrado tanto nos achados dos autores, quanto neste estudo, a importância do apoio familiar, dos amigos e da prática religiosa nesse processo (ALENCAR et al., 2020; PERUZZI et al., 2018).

Algumas falas comprovam a importância do apoio social nessa trajetória:

“A família da gente é o suporte, porque se você não tiver o suporte da família, igreja, os amigos, são pessoas que pegam junto com a gente, e faz com que a gente lute pela vida” (M1).

“O que conta muito também eu sempre falo, que primeiramente é Deus né, a fé da gente em Deus, e a família né, marido, filho” (M3).

Diante disso, Ambrósio e Santos (2015) aclaram que o apoio social compreendido por laços de afeto, consideração, confiança, entre outros, relacionam as pessoas que partilham o convívio social e pode influenciar no comportamento e na compreensão dos sujeitos que integram a cadeia social. Esse apoio é fornecido pelas redes sociais, que são familiares, amigos, vizinhos e profissionais, que podem contribuir de diferentes formas, como fornecendo ajuda material ou financeira, auxiliando nos afazeres domésticos, cuidando dos filhos e dispondo de amparo emocional. O apoio social tem impacto direto no bem-estar subjetivo e fomenta a recuperação da saúde, operando na recuperação dos aspectos emocionais abalados pelo adoecimento.

Pinto et al. (2018) evidenciam que fatores sociais, vivências e crenças tornam cada IT singular, visto que cada sujeito e família experienciam o processo saúde-doença de forma particularmente distintas, buscando métodos diferentes para solucionar suas necessidades de saúde. De forma geral, a descoberta do câncer de mama faz com que a mulher experiencie dificuldades atreladas pela RAS, muitas vezes fragmentada pelo diagnóstico do câncer, compreendida como sinônimo de morte e pelo medo do desconhecido, oriundo do tratamento, acarretando sofrimento mental para a paciente e para a família.

Ambrósio e Santos (2015) abordam ainda que para atestar as ações de cuidado integralizado em saúde da mulher é imprescindível identificar de que maneira o apoio social pode auxiliar para minimizar as repercussões do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama. Todavia, ainda é escasso o conhecimento desenvolvido acerca do apoio social no cenário da neoplasia mamária na concepção da mulher acometida, o que explica a afirmação de estudos nesse campo da saúde, para sensibilizar profissionais, gestores e formuladores de políticas públicas para as necessidades das pacientes.

Em concordância com os achados de Ambrósio e Santos (2015), Tavares e Trad (2009) afirmam que o tratamento impõe algumas restrições às mulheres,

especialmente na parte doméstica, devido às limitações acarretadas pela cirurgia e tratamento.

“A cirurgia e a quimio deixam a gente debilitada, mas graças ao apoio da minha família e do meu marido, eu consegui enfrentar esse momento, eles me ajudaram muito com as tarefas aqui de casa” (M6).

Com o diagnóstico ocorrem mudanças no que tange ao desempenho de papéis assumidos pelas mulheres, especialmente as que são relacionadas às atribuições desempenhadas junto ao lar. Para algumas mulheres, essas mudanças são aceitas com facilidade, enquanto que para outras são refletidas de forma intensa e negativa, atrapalhando o ajustamento, uma vez que, muitas vezes, elas são as principais responsáveis pelas tarefas do lar. Essa realidade aponta para a dificuldade da mulher com câncer de mama deixar de perceber-se como o centro do arranjo familiar (TAVARES; TRAD, 2009).

Dessa forma, salienta-se que em meio às dificuldades relacionadas aos aspectos físicos e emocionais do tratamento, o apoio familiar apresentou-se como suporte para o enfrentamento do câncer de mama. Todavia, segundo os autores citados, poucos estudos apontam acerca dos benefícios que o suporte social proporciona às mulheres que vivenciam a doença. No entanto, é perceptível que as mulheres que deleitam desse apoio vivenciam a doença de maneira mais segura e menos dolorosa, apresentando maiores benefícios no que diz respeito ao tratamento e a recuperação.

Ainda na categoria de dificuldades no IT, cabe aqui elucidar um aspecto muito importante que foi identificado ao longo do caminho percorrido pelas mulheres, que é o estigma de que os serviços ofertados pelo SUS demoram. Essa perspectiva é notada quando as mulheres relatam ter optado por utilizar o serviço privado ao invés do SUS, visto que em alguns momentos elas mesmas afirmam não terem procurado o serviço público antes de se direcionarem para o privado.

Em alguns momentos, elas evidenciam que, devido à preocupação do quadro se agravar ou pela ansiedade na busca pelo diagnóstico, preferiram realizar alguns

procedimentos pelo serviço privado, pois, segundo alguns relatos, “as coisas pelo SUS costumam demorar” (M2).

É compreensível que a possibilidade de estar com câncer ou o diagnóstico já definido produzem medo e desespero na mulher a ponto dela preferir traçar meios que agilizem o processo. No entanto, essa concepção evidenciada por elas é algo construído no decorrer dos anos, que tem relação com experiências negativas vivenciadas ao longo de suas trajetórias de vida com o serviço. Essa realidade se torna perceptível a partir dessa fala:

“Eu paguei particular também, se for esperar né, de graça, ia demorar muito, essas coisas não podem esperar porque cada vez aumenta mais. Eu fiquei...nossa! Vou fazer particular porque senão aumenta, dia por dia” (M8).

Os estudos de Reigada e Romano (2018) apontam que o acesso é um conceito de suma importância para a efetivação da universalidade do SUS, no entanto pouco valorizado nas produções oficiais do MS e, em virtude disso, pode ser que o acesso ao SUS ainda seja percebido como excludente. Nota-se que com a instituição da ESF, importantes melhorias ocorreram no acesso, identificado pelos usuários, ainda que classes médias se mantenham excluídas do SUS, preferindo a utilização de planos de saúde privados.

Os autores corroboram em seus achados que, muitas pessoas desconhecem o serviço disponível ofertado no município e por isso não procuram o serviço, preferindo direcionar-se ao privado. Elenca-se ainda que, embora muitos usuários tenham tido uma visão negativa do SUS, muitos deles, quando o utilizaram, tiveram experiências exitosas e, diante disso, entende-se que muitas vezes existe um discurso de precariedade sobre a experiência de um serviço que não foi vivenciado (REIGADA; ROMANO, 2018).

Uma pesquisa executada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicada em fevereiro de 2011, apontou que o SUS é melhor avaliado por quem o usufrui do que por aqueles que não utilizam, ou, no mínimo, entre os indivíduos que

pensam não utilizar o SUS. Dos sujeitos que tiveram alguma experiência com o SUS, 30,4% classificou o serviço como bom ou muito bom; entre os que relataram nunca ter utilizado, apenas 19,2% têm a mesma percepção. No que tange a avaliação negativa, 34,3% dos que nunca usaram julgam o SUS ruim ou muito ruim, em desacordo com os 27,6% dos que já utilizaram (DE LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

“[...] aí eu fiz a mamografia, fiz particular, porque eu não queria esperar pelo SUS, porque demora, você sabe que esse negócio demora” (M2).

De acordo com a fala de várias entrevistadas e em exemplo com a relatada acima, notou-se que existe muito mais preconceito a respeito do serviço público do que realmente dificuldade de acesso, visto que, das mulheres que se direcionaram para o serviço público do município, poucas realmente tiveram dificuldades. Ficou evidente que, mesmo havendo uma demora considerável no intervalo de tempo entre um procedimento e outro, das que relataram que preferiram utilizar o serviço privado, poucas realmente se dirigiram ao município para marcação de consultas com o especialista e até mesmo exames de rotina e cirurgia.

De acordo com Reigada e Romano (2018), o preconceito e o estigma tornam aceitável as informações negativas que a mídia faz do SUS. A mídia costuma dar muita visibilidade às notícias sobre precariedade e erros do sistema público, sem apontar, na maioria das vezes, pontos positivos que o mesmo possui. Diante disso, os sujeitos que não utilizam o SUS só têm acesso a informações evidenciadas através da mídia, reforçando o preconceito já existente na representação social: o que é público é ruim.

De acordo com Martins et al. (2014), a qualidade compreendida a partir da perspectiva do usuário fundamenta-se na concepção que esse faz em relação ao fato de um serviço responder ou não às suas demandas de cuidado. Todavia, trata-se de uma questão complexa, uma vez que se refere à mensuração de opiniões, influenciadas por situações distintas. A percepção que os usuários têm a respeito do serviço de saúde ofertado tem relação com sua subjetividade, cultura e a forma como cada sujeito percebe e está vinculado a esse serviço.

Assim, ficou evidente que o estigma existente acerca da agilidade prestada pelo serviço público distancia a mulher na procura para marcação de exames, consulta especializada e cirurgia pelo SUS, visto que, em meio ao desespero ou preocupação com o diagnóstico do câncer de mama, existe um receio de que a demora pelo SUS acarrete o aumento do nódulo. Posto isso, acredita-se ser necessário que exista mais divulgação pelo MS, assim como, da secretaria de saúde municipal orientando os usuários e não usuários acerca dos serviços disponibilizados nos setores responsáveis, viabilizando informações sistêmicas, alinhadas também com os demais serviços que perpassam a saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre Itinerários Terapêuticos perpassam investigações sobre serviços de saúde e seus arranjos organizativos. Estes proporcionam adentrar experiências individuais e singulares sobre diferentes sujeitos que vivenciam ou já enfrentaram situações que marcaram sua relação com sistemas, redes, pessoas e com a vida, e investigar o IT de mulheres com câncer de mama é a possibilidade de expandir estudos e políticas públicas que assegurem a qualidade no atendimento prestado a esse público.

Ouvir cada história e conhecer relatos de lutas, dores, desafios e vitórias é ao mesmo tempo ser desconstruída de ideias e padrões estabelecidos ao longo dos anos pela sociedade. Enquanto pesquisadora desse estudo, compreendi que a neutralidade se torna inalcançável pela impossibilidade de não ser afetada e ressignificada através de cada fala e contribuição por elas revelada. Mesmo já tendo pesquisado sobre o câncer de mama anteriormente, sob uma outra perspectiva, desvelar os caminhos que cada mulher percorreu na busca pelo diagnóstico e tratamento despertou um desejo ardente em investigar e contribuir para que o acesso aos serviços de saúde se tornem possíveis e delineados para mulheres que são acometidas por esta doença que afeta não somente sua saúde física, mas que abrange um leque de questões pessoais, emocionais e sociais.

Importa explicar que, o atual cenário pandêmico do Covid-19 ocasionou algumas limitações ao estudo, como o acesso às mulheres, devido algumas estarem em tratamento, o que as enquadra na categoria do grupo de risco, ou, pela recusa em participar por medo do contágio, bem como tempo para realização de mais entrevistas, visto que a pandemia atrasou o início da coleta de dados.

Notamos que sobre a categoria de suspeita do câncer de mama, o AEM apresentou-se como método imprescindível e mais utilizado pelas mulheres para suspeita do nódulo mamário. Embora o AEM não seja considerado um método preventivo, esse resultado aponta para a necessidade de fomentar estratégias e ações que busquem clarificar cada vez mais a importância de a mulher conhecer seu corpo, assim como de buscar sempre a prevenção como principal recurso.

Para consulta e solicitação de exames, a UBS foi vislumbrada como a principal porta de entrada, enquanto no serviço privado, apenas duas mulheres realizaram a primeira consulta, o que alude que as participantes tiveram facilidade de acesso para as consultas pelo município. Destaca-se que as que se direcionaram para o privado foram aquelas que possuíam plano de saúde. A partir da consulta com o médico ginecologista e os exames solicitados para investigação do nódulo, foi possível dar prosseguimento nos trâmites que viriam posteriormente.

Foi identificado também que, como estratégia de prevenção e para o controle do câncer de mama, ações de rastreamento com vistas a realização sistemática e periódica de exames em mulheres assintomáticas, as que possuem casos na família, bem como das que estão dentro da idade recomendada pelo MS potencializa o cuidado e a diminuição de casos mais severos da doença.

Na categoria de acesso ao exame e tempo para diagnóstico, identificamos que o caminho que a mulher percorreu para realização do exame até o diagnóstico fez toda diferença no itinerário, uma vez que o diagnóstico precoce contribui tanto para a cura da paciente, quanto para diminuição de tratamentos onerosos, que tanto geram custos desnecessários, como previne a mulher de ser submetida a tratamentos invasivos. O exame mais solicitado foi a mamografia, precedida da ultrassonografia e biópsia, sempre destacando o AEM como importante ferramenta no auxílio da detecção do nódulo.

Cabe aqui realçar também, que durante as entrevistas foram abordados casos em que as mulheres mais novas insistiram em exames diagnósticos, mesmo que não solicitados pelo médico e que essa insistência possibilitou um diagnóstico precoce, favorecendo o tratamento. Esse achado implica em afirmar a importância da mulher conhecer seu corpo, bem como de não abrir mão de insistir com o médico em exames diagnósticos, se achar necessário, especialmente quando há casos na família. Todavia, não foram encontrados estudos que embasam esses relatos apresentados pelas mulheres.

Houve relato de mulheres que utilizaram meios informais para agilizar o processo de marcação de exames, e essa informação aponta uma fragilidade no sistema de saúde, podendo prejudicar tanto o acesso de mulheres que apresentam urgência, como se mostra inadequado para o bom andamento do serviço.

A consulta com o especialista e o tempo de espera, o intervalo de tempo entre o diagnóstico e a consulta especializada apresentou-se como um fator determinante no tratamento. Diferentemente do fácil acesso apresentado pelas mulheres para consulta na UBS, foi identificado, através dos relatos das participantes, que para a consulta com o especialista a maioria direcionou-se para o serviço privado, pois relataram demora na marcação pela AMA/SUS. As entrevistas apontaram que as mulheres que consultaram pela AMA/SUS levaram aproximadamente um mês para marcação com o especialista, enquanto que para o serviço privado, ocorreu num espaço de tempo entre sete a quinze dias, sobressaindo que a maioria relatou um período máximo de até sete dias.

No entanto, outras informaram não terem tentado marcar pelo município por considerarem que demoraria. Sobre isso, foi elucidado que há um estigma nos serviços prestados pela rede pública, uma vez que há uma associação que tudo que é público é ruim ou demorado. Esse paradigma precisa ser rompido através de propagandas de conscientização e fomento dos benefícios que existem dentro da rede pública. Nota-se que esse estigma existe devido a experiências negativas com o sistema, que foram perpassadas para outros e que se torna uma barreira de acesso para o usuário.

Notou-se ainda que o grande empecilho para agilidade da consulta especializada tem relação ao acesso e ao tempo para marcação das consultas e isso ocorreu devido às barreiras organizacionais do serviço de saúde prestado e da falta de direcionamento dentro da atenção básica e, devido a esse fator, as próprias mulheres precisaram resolver sozinhas suas demandas.

Na categoria de tratamentos realizados e tempo para início, foi identificado que as mulheres que realizaram a cirurgia e a biópsia pelo serviço privado iniciaram o tratamento em tempo hábil, enquanto as que fizeram pelo SUS obtiveram um espaço de tempo maior. A análise das narrativas enfatizadas por algumas mulheres, apontam que, em virtude de todo o tratamento especializado ser realizado no Hospital Evangélico, o vínculo destas com as UBSs pode estar sendo prejudicado, mesmo a maioria das entrevistadas terem utilizado a unidade para terem acesso ao diagnóstico.

Diante disso, cabe aqui refletir a necessidade de melhorias no manejo que o município de Presidente Kennedy-ES tem adotado para atender as mulheres com câncer de mama, pois, além de não fornecer serviços especializados para atender a estas usuárias, o que diminuiria a demora para início do tratamento, com base nos relatos das entrevistadas, entende-se que o município também não dispõe de um acompanhamento multidisciplinar direcionado para estas, muito embora as UBSs possuam profissionais como psicólogos e nutricionistas como parte da equipe.

Todavia, mesmo muitas mulheres tendo utilizado o serviço privado para agilizar suas demandas, importa afirmar que o SUS ainda continua sendo o principal serviço utilizado para a oferta do tratamento para as usuárias portadoras de câncer de mama.

Ainda sobre as facilidades, destaca-se o acesso para transporte na realização do tratamento em Cachoeiro de Itapemirim-ES e a obtenção de medicamentos básicos e até mesmo mais complexos disponibilizados gratuitamente através da AF do município. Todas as mulheres relataram facilidade nesses aspectos aqui destacados e cabe enfatizar que essas ferramentas possibilitaram que a mulher realizasse o tratamento de forma mais acessível e menos desgastante. Enfatiza-se ainda o apoio familiar como suporte para a mulher no enfrentamento da doença.

Sobre as dificuldades, algumas já foram aqui tecidas, como o estigma negativo a respeito do serviço prestado pelo SUS, a debilidade física, mudanças no corpo e o novo papel que a mulher ocupa no lar a partir da doença, a qual precisa se adaptar a

essa nova realidade. No entanto, a rede social (amigos, família, espaços religiosos) auxiliam consideravelmente no enfrentamento da doença.

Ademais, se faz necessário fomentar que, diante das potencialidades e fragilidades que existem dentro do sistema de saúde do município, este fornece suporte para que as mulheres consigam vivenciar de forma mais acessível o câncer de mama, mesmo que existam mudanças necessárias que precisam ser revistas na Rede Assistencial do município.

Posto isto, é imprescindível ajustar a Atenção Primária e alinhá-la ao espaço de tratamento, para que assim haja um cuidado contínuo e integral para a mulher em tratamento. Tão importante como fornecer subsídios para o serviço, é indispensável ajustar os caminhos de acesso, tanto na Atenção Primária, quanto nos demais níveis de atenção, para que a usuária se sinta acolhida e bem direcionada em todas as fases, desde a suspeita, o diagnóstico até o tratamento.

Oportuno se faz através desse estudo, realizar a devolutiva dos resultados vislumbrados, tanto aos gestores e profissionais responsáveis pelo atendimento a categoria aqui pesquisada, quanto às mulheres participantes, a fim de proporcionar reflexão, ciência das fragilidades relatadas durante o itinerário terapêutico das mulheres, assim como possíveis soluções e ações para aprimoramento das políticas já existentes a este grupo.

Destaca-se ser necessário investimento em ações voltadas para educação contínua e permanente, para os profissionais de saúde, gestores e às mulheres, tencionando compreender a demanda local, as estratégias de prevenção e enfrentamento do câncer de mama. O serviço direcionado auxiliará em menos tempo de espera no atendimento e poderá diminuir o desgaste durante o percurso entre um serviço e outro. De suma importância enfatizar a necessidade de rever o manejo do encaminhamento da atenção primária para a atenção especializada, visto que apresenta ser um grande desafio apontado neste estudo.

Acredita-se que, organizando de maneira direcionada a equipe multiprofissional, será possível prestar um atendimento contínuo, desde a atenção primária até a atenção especializada, mesmo após a mulher ser encaminhada para o tratamento. Esse manejo proporcionará acesso, vínculo e aproximação da mulher com o município, o qual incidirá em implicações futuras, tanto para a mulher em tratamento, quanto para o atendimento a outras mulheres que apresentarem a patologia.

Destarte, convém concluir afirmando que campanhas de conscientização, ajustes na rede de apoio e cuidado entre profissionais e gestores poderão incidir na aproximação das usuárias, o que ocasionará informações ajustadas ao acesso e, conseguinte, fomentar estratégias de prevenção do câncer de mama para as mulheres residentes no município, o que proporcionará mais conhecimento acerca do cuidado com o corpo e também dos seus direitos enquanto usuárias do serviço.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Ouvir contar**: textos em história oral. Rio de Janeiro: FGV, 2009.
- ALENCAR, A. P. A. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 42023-42035, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12438>. Acesso em 18 dez. 2020.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre Itinerário Terapêutico. In: RABELO, M. C. M. (Org.). **Experiência de doenças e narrativas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 125-137.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados a saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E; PINHEIRO, R; RUIZ, E. N. F; SILVA JUNIOR, A. G. **Itinerários Terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: /CEPESC, 2016, p. 13-21. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 17 de nov. 2020.
- ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 29-43, 2015. Acesso em 147 de novembro de 2020. Disponível em: [file:///D:/Downloads/23308-Texto%20do%20artigo-55662-2-10-20151022%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/23308-Texto%20do%20artigo-55662-2-10-20151022%20(1).pdf). Acesso em: 14 de nov. 2020.
- ALMEIDA, L. S. et al. Acesso ao exame de mamografia na atenção primária. **Rev. Enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n.12, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15023/25299>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- ALMEIDA, S. B.; PINHEIRO, R. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIO, A. G. (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Por-uma-sociedade-cuidadora.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Apoio social a mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.851-864, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00851.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- ARAÚJO, V. S. et al. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. **Revista de Enfermagem**, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-027.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.
- BANDEIRA, L. M. Políticas públicas para mulheres: mulheres e sustentabilidade. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, ano 15, nº 38, p. 165-181, Janeiro-Abril/2014. Disponível em:

<https://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/CadernosJuridicos/38vd%2012.pdf?d=636688301325046003>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BANNA, S. C.; GONDINHO, B. V. C. Assistência em oncologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Manag Prim Health Care**: São Paulo, v.11, 2019. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/851/860>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BARRETO, A. P. S. V. Autoexame da mama: conhecimento e prática entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Temas em saúde**, João Pessoa, v.16, n.4, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/01/16403.pdf>. Acesso em 09 dez. 2020.

BARROS, A. F. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Rev Saúde Pública**, n.14, v.53, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-14.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

BELATTO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R.; Martins P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2009. p. 187-194. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em 16 nov. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 de dez.2020.

BRASIL. **Lei 12.732, de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 17 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer de mama**: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: INCA, 2019d. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha-cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso2016.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) **Mamografia**: Da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//mamografia-pratica-controle-2007.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Principais Questões sobre Câncer de Mama**: do exame clínico ao exame de imagem. Portal de boas práticas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, 1 de nov., 2019e. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-cancer-de-mama-do-exame-clinico-ao-exame-de-imagem/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>. Acesso em 18 de jun. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Deteção precoce do câncer de mama**. INCA, 2020b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//folder_deteccao_precoce_mama_2020_atualizado-2805-.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 13 de julho de 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**, 2020c. Disponível em: datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?sih/cnv/nres.def. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Inca- 80 anos de história na saúde pública do Brasil. CCMS- Centro Cultural do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2019c. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/Index.html>. Acesso em: 07 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Conceito e magnitude do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, 2015b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Editora MS, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. Disponível em: <file:///D:/Downloads/Consensointegra.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2439/GM de 8/12/2005: institui a política nacional de atenção oncológica. Brasília (DF) [periódico na internet]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Mamografia**: da prática ao controle. Rio de Janeiro; INCA, 2007. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//mamografia-pratica-controle-2007.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. **Caderno de atenção básica**, n.13, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_mama.pdf. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28/03/2006: aprova a política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF) [periódico na internet], 2006b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 874, de 16 de maio de 2013**. [Periódico da internet]. Gabinete do Ministro, Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro.** Gabinete do Ministro, Brasília, 2013b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28/06/2011:** Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 2 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 3 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONSASS, 2015a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 6 out. 2020.

CABRAL, A. L. L. V.; HEMAÉZ; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v. 16, n. 11, p. 4433-4442. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTRO, C. P. et al. Atenção ao Câncer de Mama a partir da suspeita na Atenção Primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2020/Dez). [Citado em 03/01/2021]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-ao-cancer-de-mama-a-partir-da-suspeita-na-atencao-primaria-a-saude-nos-municipios-de-sao-paulo-e-campinas/17861?id=17861>.

CONSTÂNCIO, T. B. et al. Tempo entre diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Distrito Federal e fatores associados. **Ciências Saúde**, v.3, n.1, p.179-187, 2020. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/623/337>. Acesso em 23 dez. 2020.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.31, n.75/76/77, p.13-24, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

COSTA, W. B. et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **remE** – Rev. Min. Enferm., v. 16, n 1, p. 31-37, jan./mar., 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remE.org.br/pdf/v16n1a05.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Revista Radis**, n.104, p. 9-17, abr. 2011. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/8-conferencia-32.pdf>. Acesso em 18 dez. 2020.

FRANÇA, A. F. O.; SILVA, R. M. M. da S.; PANOBIANCO, M. S. Políticas Públicas para a Atenção Oncológica com Ênfase ao Câncer de Mama: Revisão Narrativa. **Pesquisa Qualitativa na Educação e nas Ciências em Debate: V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, 2018. Disponível em: <https://sepeq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/25307186878/10>. Acesso em: 07 nov. 2020.

FERREIRA, G. S. A.; JUNIOR, W. S.; COSTA, A. L. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. **Saúde debate**: Rio de Janeiro, v.43, n.123, p.1003-1014, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n123/0103-1104-sdeb-43-123-1003.pdf>. Acesso em 27 dez. 2020.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p.64-89.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GÓI JÚNIOR, C. J.; POLTRONIERI, L. R.; XAVIER, N. L. Frequência do autoexame das mamas em amostra populacional de Xangri-lá RS. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v.32, n.2, p.182-187, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158712>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GONÇALVES, J. C. et al. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **Revista de saúde coletiva e bioética**, v.8, n.1, 2016. Disponível em: [file:///D:/Downloads/109-231-1-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/109-231-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 7 nov. 2020.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.3, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-394.pdf. Acesso em 27 dez. 2020.

HOSPITAL EVANGÉLICO. **Especialidades**: Oncologia.2020. Disponível em: <http://www.heci.com.br/especialidades/oncologia/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/presidente-kennedy.html>. Acesso em: 05 nov. 2020.

KALIKS, R. A. et al. Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia. **Einstein**, v.1, n.2, p. 216-223, 2013. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082013000200014/1679-4508-eins-S1679-45082013000200014-pt.x26000.pdf. Acesso em 20 dez. 2020.

LOFEGO, J.; PINHEIRO, R. Itinerário terapêutico no controle do câncer de colo uterino: uma análise sob a perspectiva da integralidade em saúde e do direito à comunicação. In: GERHARDT, T. E. et al (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. - Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MAMED, M.; ASSIS, C. F. A mamografia e seus desafios: fatores socioeducacionais associados ao diagnóstico tardio do câncer de mama. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá, v.1, n.18, p.63-72, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4544/pdf>. Acesso: 6 nov. 2020.

MARTINS, L. F. V. et al. Avaliação na qualidade dos serviços públicos de saúde. **RFO**, Passo Fundo, v.19, n.2, p.151-158, 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v19n2/a03v19n2.pdf>. Acesso em 17 dez. 2020.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.23, p.272-278, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13632/12813>. Acesso em: 7 nov. 2020.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.6, p. 1269-1282, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1269.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MEDEIROS, Patrícia Flores; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**: Florianópolis, v.17, n.1, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

MENDES, L. C.; SILVEIRA; C. F.; SILVA; S. R. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de Papanicolau e do autoexame das mamas. **Revista de enfermagem e**

atenção à saúde. Uberaba-MG, v.2, n.3, p.4-17. 2013. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/403/429>. Acesso em: 9 dez. 2020.

MESQUITA, C. C. **Saúde da Mulher e Redemocratização:** ideias e atores políticos na história do PAISM. (Dissertação). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6121/2/21.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva.** Ijuí, RS: Editora Inijuí, 2007.

NASCIMENTO, K. T. S. et al. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Revista de Enfermagem**, V.18, n.3, p.435-440, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0435.pdf>. Acesso em 20 dez. 2020.

OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde e Debate**: Rio de Janeiro, V. 44, N. 124, p. 169-181, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n124/169-181/pt>. Acesso em 21 dez. 2020.

OLIVEIRA, J. M; REIS, J. B.; SILVA, R. A. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Rev enferm UFPE on line**: Recife, v.12, n.4, p. 938-946, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970474>. Acesso em 23 de dez. 2020.

OLIVEIRA, E. X. G. de O. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.317-326, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n2/317-326/>. Acesso em 22 dez. 2020.

OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 169-181, Jan-Mar 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44n124/169-181/pt>. Acesso em: 29 abr. 2021.

PAIVA, C. J. K.; CESSÉ, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.61, n.1, p.23-30, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

PERONI, F. da M. A. **Tecendo redes**: itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas, SP. [tese doutorado], s.n., 2013. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/310857/1/Peroni_Fabiana daMotaAlmeida_D.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

PERUZZI, C. P. Itinerário de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil. **Nursing**, v. 21, n. 237, p. 2024-2029, 2018. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-Fevereiro2018/itinerario_terapeutico_de_mulheres_com_cancer.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E; RUIZ, E. N. F; SILVA JUNIOR, A. G. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E; PINHEIRO, R; RUIZ, E. N. F; SILVA JUNIOR, A. G. **Itinerários Terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: /CEPESC, 2016, p. 13-21.

PINTO, A. C. S. N.; BASTOS, M. A. P.; GOMES, E. A.; MENDONÇA, E. T. Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. **Revista Enfermagem atual**, v.85, p.1-20, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/239/138>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PONTES, D.; DAMASCENO, P. As políticas públicas para mulheres no brasil: avanços, conquistas e desafios contemporâneos. In: MUNDO E MULHER, 13; FAZENDO GÊRO, 11. **Anais eletrônico...** Florianópolis ,2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498660593_ARQUIVO_artigomundodasmulheres.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.331-339, 2013. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy/ES. **Plano Municipal de Saúde**, 2017. Disponível em: https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE_2018%20A%202021_OFICIAL_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 08 nov. 2020.

ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, v.22, n.3, p.713-21, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a18.pdf>. Acesso em 24 dez. 2020.

REIGADA, C. L. de L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.2-20, 2018.. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280316.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. C.; PAIXÃO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3163-3176, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3163.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020

ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Itinerário Terapêutico no Câncer de Mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. **Rev. enferm**, Rio de Janeiro, v, n.1, p.84-89, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/PKnet/Downloads/6369-22981-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

SANTIAGO S. M.; ANDRADE M. G. G. A. Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. Ateliê do cuidado: trabalhos completos/**VII Seminário do Projeto Integralidade**: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2008.

SILVA, M. J. B.; CASTRO, C. G. S. O. Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Interface** (Botucatu), v.23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180297.pdf>. Acesso em 18 dez. 2020.

SILVA, R. M. et al. Realização do autoexame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a23v43n4.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. de F. P. de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p.1109-1120, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>. Acesso em 27 dez. 2020.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama**: uma perspectiva sócioantropológica (Tese Doutorado). Instituto Fernandes Figueira: Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/marciaskabatese.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SOARES, D. A; SANTOS, E. M; ARRUDA, I. S. Itinerários Terapêuticos de Pessoas com Câncer: produção científica no Brasil. **Rev. APS**, v.20, n.1, p.118-129, 2017. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15906/8275>. Acesso em: 28 mar. 2019.

SOUSA, S. M. M. T. et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. **Saúde Debate**, v.43, n.122, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n122/727-741/#>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral a saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser social**: Brasília, v.10, n.22, p.161-182, 2008. Disponível em: [file:///D:/Downloads/12950-Texto%20do%20artigo-23418-1-1020180911%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/12950-Texto%20do%20artigo-23418-1-1020180911%20(2).pdf). Acesso em: 6 out. 2020.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.29, p.395-408, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a12.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p.13-31, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/02.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública**: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf. Acesso em 06 nov. 2020.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.375-380, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf. Acesso em 05 nov. 2020.

TESTON, E. F. et al. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. *Esc Anna Nery*, v. 22, n. 4, e. 20180017, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

TOSTES, M. F.do P.; COVRE, E. R.; FERNANDES, C. A. M. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0954-2677.pdf. Acesso em 19 dez. 2020.

TRALDI, M. C. et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.185-191, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-185.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 20, v.2, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

UNASUS. Universidade Federal do Maranhão. **Saúde da Mulher Geral**. São Luiz, 2013. Disponível em https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf. Acesso em: 4 out. 2020.

VIDAL, T. J. et al. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n.8, p.2539-2548, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2539.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.24-30, 2011. Acesso em 09 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1399.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

XAVIER, B. B; GENTILI, R. M. L. Afetos e cooperação familiar como coadjuvantes do tratamento de câncer de mama em mulheres. **Serv. Soc. Rev**, v.14, n.2, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12756/11638>. Acesso em: 01 out. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - roteiro de entrevista semiestruturado

Dados de Identificação

- A) Participante:
- B) Idade:
- C) Localidade:
- D) Escolaridade:
- E) Estado civil:
- F) Ocupação:
- G) Período do tratamento:

- 1- Como você descobriu o câncer de mama?
- 2- Quais exames foram solicitados para o diagnóstico?
- 3- Como você conseguiu esses exames?
- 4- Você precisou ser encaminhada para um especialista em mama?
- 5- Quanto tempo demorou para conseguir essa consulta?
- 6- Quanto tempo demorou para você conseguir iniciar o tratamento, depois que você teve o diagnóstico de câncer de mama?
- 7- Como foi o início do tratamento?
- 8- Quais tipos de tratamentos você precisou?
- 9- Quais foram as principais dificuldades encontradas por você, relacionadas ao seu tratamento?
- 10- Quais foram as principais facilidades encontradas por você, relacionadas ao seu tratamento?
- 11- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre o serviço público de saúde que você tem utilizado.

APÊNDICE B – Carta de anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Jairo Fricks Teixeira, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Sebastião Vieira de Menezes – Nº 123, Centro, Presidente Kennedy- ES, na função de Secretário municipal de saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada: "Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um município do Estado do Espírito Santo", a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Barcelos Fernandes.

Comunico que os procedimentos da referida pesquisa a serem realizados nesta Instituição somente poderão ter início após a apresentação da Carta de Aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição Proponente, conforme o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Jairo Fricks Teixeira

Secretário Municipal de Saúde

Jairo Fricks Teixeira
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto nº 20126/2015

ANEXOS

ANEXO – A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada “Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um município do Estado do Espírito Santo”, sob a responsabilidade de Bruna Barcelos Fernandes.

Justificativa: é importante que o seu município saiba como e em que momento as mulheres com suspeita de câncer de mama procuram os serviços e como elas estão sendo atendidas, como está sendo feito o tratamento, bem como as dificuldades que elas estão encontrando. Desta forma, a partir dos resultados dessa pesquisa, será possível identificar os pontos a serem melhorados pelo município para melhor atender às mulheres que buscam tratamento.

Objetivo (s) da pesquisa: Conhecer os itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres em busca do diagnóstico e tratamento de câncer de mama na Rede de Assistência à Saúde do município de Presidente Kennedy e descrever sobre os principais nós críticos que permeiam o itinerário preconizado na linha de cuidado do câncer de mama do município e aquele percorrido por elas.

Procedimentos: A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, que contemplará perguntas sobre o caminho percorrido pelas mulheres do município na busca pelo diagnóstico e pela cura do câncer de mama. As entrevistas serão gravadas e posteriormente os áudios serão transcritos, ou seja, escritos em papel para posterior leitura e análise. A entrevista irá durar cerca de vinte minutos. Os áudios ficarão arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

Duração e local da pesquisa: A pesquisa terá período de duração previsto de seis meses. A entrevista será realizada pela pesquisadora na sua residência ou na unidade de saúde mais próxima da sua casa ou no auditório de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde do município. Caso haja despesa com seu deslocamento, alimentação ou quaisquer custos que possam surgir mediante sua participação nesta pesquisa, estes, serão custeadas pela pesquisadora.

Riscos e desconfortos: Essa pesquisa tem risco relacionado à quebra de sigilo, porém, esse risco será reduzido, através do comprometimento formal da pesquisadora de garantir o sigilo de tudo que for dito por você. Existe também o risco de constrangimento emocional por causa da doença que você tem ou teve, para evitar isso a pesquisadora se compromete em minimizar quaisquer formas de constrangimento e dor, possibilitando acolhimento e utilizando técnicas psicoterápicas, uma vez que possui formação e experiência profissional como psicóloga.

Benefícios: Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir com informações para melhorar os serviços de saúde do município, sendo que ao término dela você será convidada para participar de uma reunião com funcionários do município onde serão apresentados os resultados do estudo.

Garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento: Você não é obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizada ou que tenha

prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, a pesquisadora não irá mais entrar em contato com você.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

Garantia de ressarcimento financeiro: a sua participação nesta pesquisa não ocasionará a você nenhum custo financeiro, como também não trará nenhuma remuneração. Caso haja despesa com deslocamento, alimentação ou quaisquer custos que possam surgir mediante sua participação nesta pesquisa, estes, serão custeados pela pesquisadora.

Garantia de indenização: Fica garantido a você o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Bruna Barcelos Fernandes nos telefones (28) 999185476 ou no endereço Rua Manoel Lúcio Gomes, nº 390, Centro, Presidente Kennedy-ES. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora, rubricada em todas as páginas.

Presidente Kennedy, ____ de ____ de 2020.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um município do Estado do Espírito Santo” eu, Bruna Barcelos Fernandes, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXO B - APROVAÇÃO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um município do Estado do Espírito Santo

Pesquisador: BRUNA BARCELOS FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29906320.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.947.948

Apresentação do Projeto:

A pesquisa em questão está relacionada com mulheres que recebem o diagnóstico de câncer de mama, e a partir deste momento deste momento, como ocorrer o processo transcorrido entre pegar esse resultado e iniciar o tratamento. Qual o caminho que essa mulher faz para chegar a ter o diagnóstico até a unidade de tratamento, e quais são as dificuldades enfrentadas durante essa caminhada.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Conhecer os itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres em busca do diagnóstico e tratamento de câncer de mama na Rede de Assistência à Saúde do município de Presidente Kennedy.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Descrever sobre os principais nós críticos que permeiam o itinerário preconizado na linha de cuidado do câncer de mama do município e aquele percorrido por elas.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisas
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.945

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora:

Riscos:

Segundo a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é passível de risco em tipos e escalas variadas. No que tange a esta pesquisa, o risco está relacionado à quebra de sigilo, bem como de constrangimentos acerca dos dados coletados. Todavia, esses riscos serão minimizados, através do comprometimento formal da pesquisadora de garantir às participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas.

Tendo em vista que a pesquisa objetiva investigar a trajetória percorrida por cada mulher, isso implica mergulhar no desconhecido, em questões que causam dor e sofrimento a entrevistada. Diante do exposto, é imprescindível dizer que este trabalho apresenta risco de constrangimento emocional, visto que ao adentrar em aspectos inerentes a doença, a entrevistada pode sentir-se insegura, triste e emocional-se. Desta forma, a pesquisadora compromete-se em minimizar quaisquer formas de constrangimento e dor, possibilitando acolhimento e utilizando técnicas psicoterápicas, uma vez que possui formação e experiência profissional como psicóloga. Desta forma serão utilizadas essas estratégias a

fim de propiciar conforto e segurança acerca dos sentimentos que ali emergirem. Ainda assim, em todo o percurso da entrevista a participante será informada de que a mesma poderá desistir de participar em qualquer momento, podendo a entrevista ser interrompida, sem que haja qualquer constrangimento para a mulher.

Benefícios:

Acredita-se que este estudo trará contribuição para o aprimoramento das ações de saúde pública existentes e possibilitará a implementação de novas ações no âmbito da atenção à saúde da mulher, bem como na formulação de Políticas Públicas para o enfrentamento do câncer de mama.

Ao final do estudo as mulheres participantes e a Secretaria Municipal de Saúde serão convidadas para uma sessão de devolutiva dos dados onde irão conhecer a realidade acerca do percurso percorrido por elas em busca do diagnóstico e tratamento do câncer no município. Acredita-se que por meio dessa devolutiva, de forma coletiva e participativa será possível identificar estratégias que possam contribuir para a melhoria dos serviços oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde da mulher dessa cidade.

Endereço: EMESCAM, Av.N. S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.948

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados estão de acordo com Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1522684.pdf	12/03/2020 01:05:43		Acelto
Outros	carta_de_anuencia.pdf	12/03/2020 01:01:54	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	10/03/2020 15:58:49	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto
Cronograma	cronograma.pdf	10/03/2020 15:51:27	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_itinerarioterapeutico.pdf	10/03/2020 15:50:24	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/03/2020 15:49:33	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/03/2020 14:12:25	BRUNA BARCELOS FERNANDES	Acelto

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.945

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 01 de Abril de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.de Penha 2100 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br