

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

ANA CLAUDIA CORREIA NOGUEIRA

Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre as mulheres matriculadas no HC III

**Niterói,
Agosto, 2009.**

ANA CLAUDIA CORREIA NOGUEIRA

Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre as mulheres matriculadas no HC III

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: RITA DE CÁSSIA SANTOS FREITAS

**Niterói
Agosto, 2009**

ANA CLAUDIA CORREIA NOGUEIRA

Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre as mulheres matriculadas no HC III

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a RITA DE CÁSSIA SANTOS FREITAS – Orientadora
UFF

Prof^a Dr^a MARIA INÊS SOUZA BRAVO
UERJ

Prof^a Dr^a TÂNIA CHALHUB DE OLIVEIRA
INCA

Niterói
Abril de 2009

***“A bênção do senhor Deus traz prosperidade
e nenhum esforço pode substituí-la”.***

(Provérbios, 10:22)

AGRADECIMENTOS

É sempre bom agradecer, talvez seja essa a parte mais gratificante quando chegamos ao final de um trabalho. Agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos recebidas, principalmente por ter colocado pessoas amigas no meu caminho durante a realização deste trabalho;

À minha mãe pelo exemplo de vida. Essa vitória é sua!!!

Aos meus familiares, em especial aos meus queridos avós;

À minha orientadora, a professora Rita de Cássia, pela tranquilidade dispensada durante esse processo. E, principalmente, pelo seu amadurecimento profissional que respeitou as minhas opiniões teóricas. Agradeço também pela amizade dispensada durante os momentos mais difíceis que passei neste período de finalização.

A todos os professores do mestrado que contribuíram com o meu aperfeiçoamento intelectual. Em especial, as professoras Nivia Valença pelo incentivo durante minha inserção neste mestrado e Suely Gomes pela disposição durante as minhas inquietações teóricas. Obrigada mestres!!!

Não poderia esquecer da querida professora Cenira Braga, que apesar de não participar deste Programa de pós-graduação, contribuiu muito com a minha caminhada. Ao Ailton, profissional que se mostrou solícito nas minhas buscas bibliográficas.

Aos amigos de turma do segundo semestre de 2007. Como foi bom dividir com vocês o processo de amadurecimento intelectual. Sinto falta de vocês!!!

À amiga Tânia Challub, pela contribuições sugeridas na banca, a professora Inês Bravo, pelas grandes contribuições teóricas no campo da saúde que iluminaram em grande parte a construção deste trabalho.

Ao Instituto Nacional de Câncer, sobretudo as assistentes sociais do Hospital do Câncer III;

A assistente social e amiga Lúcia Brigagão, brilhante profissional que me incentivou com suas palavras e atitudes e principalmente acreditou neste projeto, colocando-se à disposição de assumir uma co-parceria na condução da pesquisa de campo. Lúcia você foi fantástica!!! Palavras não seriam suficientes para agradecê-la.

As assistentes sociais: Vânia Braz, que com tanto carinho e dedicação me apoiou nos momentos de angústias, me incentivando e acreditando que tudo seria possível. À Márcia Skaba, pelo apoio e co-orientação durante a construção do projeto de pesquisa que foi submetido ao Comitê de Ética e pela sua participação na banca de qualificação. À Célia Ulysses, que no início do projeto me ajudou a pensar os caminhos a ser seguidos para a realização deste trabalho.

Aos funcionários Alexandre e Renato do Registro hospitalar e Ana do faturamento do HC III.

As mulheres que dividiram comigo um pouco de sua história. Lutem sempre pela vida!

Finalmente, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

HCIII - Hospital do Câncer III

IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IARC - Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA - Instituto Nacional de Câncer

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS - Organizações Sociais

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O estudo tem por objetivo compreender os motivos que impossibilitaram as mulheres entrevistadas e matriculadas no HC III a detectarem precocemente o câncer de mama. Este trabalho busca discutir a política de saúde, visando entender os entraves e as lacunas na atenção à saúde da mulher. Este debate fomenta uma reflexão acerca das questões de saúde, considerando os aspectos históricos e conjunturais. A metodologia escolhida para o desenvolvimento deste trabalho se desenvolverá através de uma pesquisa de cunho qualitativo com ênfase na análise de discurso, bem como subsidiaremos nossa discussão através da revisão bibliográfica das principais produções no âmbito da saúde e na sua interface com a oncologia. O resultado deste esforço está exposto em três capítulos: O primeiro destina-se a fazer um resgate histórico em torno da política de saúde com ênfase nos anos 1980, 1990 e algumas considerações do governo Lula. O segundo destina-se a tecer algumas considerações sobre a situação do câncer de mama no Brasil à luz dos parâmetros da Política Nacional de Atenção Oncológica. No terceiro capítulo, nos aproximamos da realidade das mulheres entrevistadas, bem como damos enfoque aos dados do registro hospitalar desta unidade. Assim, a partir da análise das entrevistas pensamos a saúde, especialmente a questão do acesso frente ao projeto de Reforma Sanitária.

Palavras-chave: Política de saúde, saúde, Reforma Sanitária, acesso, câncer de mama.

RESUME

The study aims to understand the reasons that prevented the women interviewed and enrolled in the HC III to detect early breast cancer. This paper aims to discuss health policy in order understand the barriers and gaps in health care of women. This discussion encourages a reflection on the issues of health, considering the historical and situational aspects. The chosen methodology for the development of this work will be developed through a qualitative research with an emphasis on discourse analysis, and subsidize our discussion through the literature review of main products in health and its interface with oncology. The result of this effort is displayed in three sections: The first one is to do a historical around health policy with emphasis on the years 1980, 1990 and some aspects of Lula's government. The second one is to make a few remarks about the situation of cancer in Brazil against the benchmarks of the National Oncological Care. In the third chapter, we consider the reality of the women interviewed, and we focus on hospital Registry data of this branch. Thus, from the analysis of health policy in the face of the current situation we propose to think of health, framed in the question of access to the front of the Health Reform Project.

Keywords: Health policy, health, Health Reform, access, breast cancer.

SUMÁRIO

Páginas

INTRODUÇÃO	9
Capítulo I – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: a construção do Sistema Único de Saúde	18
1.1-Trajectoria Histórica da saúde: início do século XX até a década de 1980	20
1. 2 - A política de Saúde no Brasil nos anos 1980	22
1.3 - Política de saúde no Brasil nos anos 1990 - neoliberalismo e sua repercussão na saúde	27
1. 4 - Movimento Feminista, Reforma e Saúde - Um adendo	36
Capítulo II – O CÂNCER DE MAMA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	43
2.1 - Diretrizes para Atenção Oncológica	44
Capítulo III - OS DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA – UM ENFOQUE NA ALTA COMPLEXIDADE	60
3.1. Trabalho de campo – O processo de aproximação e desenvolvimento da pesquisa	61
3.2 – Perfil das mulheres atendidas pelo HC III – INCA	67
3.3 – As entrevistas	74
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

A dissertação de mestrado intitulada “**Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre as mulheres matriculadas no HC III/INCA**” tem por objetivo compreender as razões que impossibilitaram as mulheres matriculadas em uma unidade de alta complexidade a detectarem precocemente o câncer de mama. O fio condutor desta reflexão parte da análise crítica do sistema de saúde, tendo como pano de fundo a questão do câncer de mama entre mulheres. É importante destacar que a nossa intenção aqui não é centralizar a discussão na questão da doença em si, mas sim nos determinantes sociais que estão imbricados neste processo, principalmente no que se refere ao alto índice de mortalidade entre as mulheres brasileiras acometidas por esta doença. Poderíamos escolher outras interfaces da saúde pública para desenvolver nossa análise, mas preferimos discutir sobre a temática do câncer de mama por envolver uma série de questionamentos no âmbito da saúde da mulher que são pertinentes para entendermos a realidade que está submersa a saúde pública em suas múltiplas expressões e, também, pelo fato de nossa experiência no campo constituir-se o escopo empírico desta dissertação de mestrado.

A experiência nesta instituição nos possibilitou ampliar nossa análise a partir do campo interventivo, pois apesar de ser uma profissão generalista, o Serviço Social dentro do contexto da saúde contribui no sentido de reconhecer a saúde a partir dos determinantes sociais. Esta concepção passa a legitimar o Serviço Social como parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

Tal proximidade iniciou-se no Curso de Especialização de Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer, concluído no final de 2007. As motivações de nossa escolha são frutos das inquietações teóricas e práticas, ao longo da vivência com mulheres matriculadas no Hospital do Câncer III¹ do Instituto Nacional de Câncer – INCA. Esta experiência nos possibilitou ampliar a discussão acerca das políticas de saúde e seus desdobramentos, o que nos permitiu compreender a saúde em sua complexidade, tendo o câncer como questão de saúde pública.

Durante as entrevistas realizadas com as mulheres que chegavam ao referido hospital, percebemos que as histórias de vida contadas pelas usuárias e suas trajetórias dentro da rede de saúde eram peças fundamentais para compreender o alto índice de mortalidade por câncer de mama publicizado nas Estimativas do Ministério da Saúde. O trabalho que ora propomos é, pois, fruto de uma indagação advinda de uma análise crítica acerca da problemática vivenciada por muitas mulheres que chegam à Unidade III com câncer em estadiamento² avançado.

A partir do contato com o campo empírico, percebemos que muitas mulheres tentavam manter seus exames em dia. Mas se deparavam com alguns impasses para a concretização do

¹ O Hospital do Câncer III, campo de pesquisa desta proposta de estudo, destina-se ao atendimento especializado do câncer de mama. Ainda conhecido popularmente como Hospital das Pioneiras Sociais, funciona em Vila Isabel, Zona Norte do Rio de Janeiro.

² O termo “estádio” é usado para determinar a extensão anatômica da neoplasia. A Organização Mundial da Saúde define alguns critérios internacionalmente estabelecidos para diagnóstico histopatológico dos tumores disposto no Sistema TNM. Este sistema descreve a extensão anatômica da doença, tendo por base a avaliação de três componentes: **T** - a extensão do tumor primário; **N** - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e **M** - a ausência ou presença de metástase à distância. A adição de números a estes três componentes indica a extensão da doença maligna (BRASIL, 2004b). De acordo com este sistema de classificação, o carcinoma *in situ* é a categoria como estágio 0; casos com metástase à distância, estágio IV, exceto caso de carcinoma papilífero e folicular da tireóide (BRASIL, 2004b). Segundo este documento, “a prática de se dividir os casos de câncer e grupos de acordo com os chamados estádios, surgiu do fato de que as taxas de sobrevivência eram maiores para os casos nos quais a doença era localizada do que para aqueles nos quais a doença tinha se estendido além do órgão de origem, ou seja, nos casos onde havia metástase (BRASIL, 2004b, p. 4-5).

Os termos técnicos, aqui colocados à *priori* servirão somente como fonte de informação para um melhor entendimento do leitor ao universo do câncer, que talvez para muitos seja desconhecido. Não pretendemos nos aprofundar nesta discussão por entendermos que estas informações são termos específicos da medicina e que não constituem objeto de nossa intervenção profissional.

acesso aos serviços de saúde de forma integral. Identificamos essas dificuldades como um “acesso incompleto” (VIDAL, 2008)³ ao sistema de saúde, constituindo esta questão uma categoria de análise para condução desta discussão. Estes aspectos estavam frequentemente presentes nos relatos e nos exames anexados aos prontuários, o que desmistificava, de certa forma, que a dificuldade fosse somente a falta de informações sobre o câncer de mama e o conhecimento sobre os procedimentos de detecção precoce.

Neste primeiro momento de observação, acompanhando as realizações da primeira entrevista do Serviço Social, percebemos que a história que aquelas mulheres relatavam era bem mais comum do que imaginávamos ser. Essas mulheres estavam inseridas na rede de saúde, o que nos fez pensar na lógica muitas vezes “perversa” do próprio sistema de saúde. Ou seja, que tipo de serviço se tem prestado no Sistema Único de Saúde para uma detecção efetivamente precoce? Não nos cabe num primeiro momento responder essa pergunta de forma incisiva, mas sim levantarmos algumas questões que iluminem esta reflexão.

Se não é possível pensarmos que o diagnóstico avançado se justifique unicamente pela falta de informação dessas mulheres, nós podemos nos perguntar o que não funcionou para não detectar (e tratar) a doença em estágio inicial. Nossa hipótese baseia-se nas possíveis lacunas do Sistema de Saúde, quais sejam: a questão do acesso incompleto; da falta de integralidade e intersetorialidade das ações, da referência e contra-referência da rede assistencial de saúde; a falta de investimento na capacitação de profissionais; a falta de escuta dos profissionais; os equipamentos ultrapassados; o longo tempo espera por atendimento e exames; e a responsabilização do indivíduo em relação à questão do auto-exame, entre outras questões imbricadas neste processo.

Analisando o panorama do câncer no país como problema de saúde pública, há apenas uma certeza: existe uma imensa lacuna no que tange à integralidade⁴ das ações em saúde. Neste sentido, pensemos a integralidade a partir da seguinte perspectiva:

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da

³ Essa questão será discutida à luz das considerações de Vidal (2008) que define o significado deste termo no contexto da saúde, mas aprofundaremos esta questão em outro momento.

⁴ Vários são os autores do qual destacamos Rubem Mattos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, pesquisadores do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis-UERJ) que têm discutido a questão da integralidade na atualidade, mas preferimos adotar aqui, a definição do Ministério da Saúde por entendermos que existem outros direcionamentos sobre a questão da integralidade e por principalmente, analisarmos como o Ministério define e implementa a integralidade em saúde.

promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p.15 apud OSIS, 1998, p. 27).

Nesta discussão também se torna pertinente considerar a correlação de forças existente no campo da saúde e a luta de classes neste contexto, pois desta forma entenderemos o cerne da problemática. É bem certo que a raiz dos problemas sociais, no qual destacamos a questão da saúde, reflete as expressões da desigualdade social entre as diversas classes sociais. Essa perspectiva ressalta o distanciamento dos diversos tipos de ofertas de serviços prestados à população de forma desigual. Esta afirmação pode ser confirmada através do alto índice de mortalidade por algumas doenças, como é o caso do câncer de mama, que está diretamente atrelado à questão do acesso ao sistema de saúde, como também a integralidade das ações e interlocução com outras políticas.

Neste íterim, entender a dinâmica da oferta de serviços de baixa, média e alta complexidade na rede assistencial de saúde é de extrema importância para condução de nossa análise. Discutir a problemática do câncer na sociedade brasileira implica em compreender a saúde na atual conjuntura e sua relação com o processo histórico de construção da política de saúde brasileira.

Alguns pressupostos que orientaram nossa apreciação foi a abordagem da política social a partir de sua totalidade, ou seja, estabelecendo-se um nexos entre a articulação da economia e política, produção e reprodução social. Nosso intuito é observar a política social de saúde na formação sócio-histórica em que é implementada.

A saúde enquanto direito, tem sido assunto de ordem política, ou seja, constitui-se num mecanismo de correlação de forças para manter a ordem social, que ao ser inscrita na Seguridade Social passa a incorporar uma dimensão política e social, pois “a saúde é um elemento potencial de consenso, a forma de distribuição desse ‘direito consensual’ é que é motivo de dissenso” (ESCOREL, 1995, p. 184). Neste sentido, compreendemos a saúde como via de mão dupla pelo fato desta constituir-se um campo privilegiado da luta de classes dos diferentes extratos sociais (ESCOREL, 1995; AROUCA, 2003).

A conquista da saúde como um direito universal e fundamental do ser humano é fruto das lutas sociais do movimento de Reforma Sanitária⁵, nos anos 80. A saúde enquanto direito conquistado constitui-se também, internacionalmente, num direito firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado aqui no Brasil pela Constituição Federal de

⁵ Este movimento propunha o Estado democrático de direito, reafirmando a saúde enquanto direito social e dever do Estado. Tal discussão será aprofundada no Capítulo I dessa dissertação.

1988, que estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196).

No que se refere à operacionalização do sistema de saúde, temos a problemática da demanda reprimida e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil, de que é exemplo o seu corte curativo em detrimento de uma concepção preventiva e coletiva que considere a saúde como resultante das condições de vida e de trabalho da população e não uma política reduzida ao controle de doenças (COSTA, 2000). Essas implicações advêm do histórico déficit de oferta de serviços para atender as necessidades de saúde da população, bem como da ênfase numa medicina curativa. Na análise do quadro da saúde no Brasil, chama atenção a persistência das desigualdades de acesso, perpassadas por clivagens de classe social e suas manifestações encontram-se presentes nos indicadores de saúde.

Costa (2004), ao analisar a atenção à saúde das mulheres oferecida pelos municípios brasileiros, buscou verificar aspectos da integralidade, presentes na oferta de serviços e as possíveis desigualdades regionais relacionadas às práticas de saúde. O resultado de sua pesquisa constatou que a integralidade na atenção às mulheres tem suas bases políticas e conceituais no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Apesar de o Brasil ter uma política estabelecida ao atendimento integral às mulheres, a pesquisa demonstrou que na prática os municípios atualmente não estão concretizando o acesso a essa política. De acordo com a pesquisa desenvolvida por Costa (2004), o SUS falha em áreas prioritárias para a mulher, o atendimento é restrito, ou seja, segundo suas palavras há “fraturas” no sistema, desde o atendimento mais simples até o mais complexo.

No tocante à organização dos serviços de saúde, Cohn (2005) afirma que o atual perfil da organização de saúde no país continua apresentando algumas características, mesmo após a Constituição de 1988 que instituiu o SUS: a) altamente centralizado - o que implica pouca autonomia aos estados e municípios, cabendo a estes o papel de implementadores das diretrizes traçadas em nível federal, “resultando pouco espaço para o papel de formuladores de políticas próprias mais adequadas às reais necessidades de saúde da população”; b) acentuadamente privatizado - crescimento da assistência individual; c) crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira – “afirmam alguns especialistas que 80% dos problemas de saúde da população seriam possíveis de serem resolvidos pelo atendimento de primeira linha”. No caso do câncer de mama, a dimensão da intervenção em saúde a partir de uma efetiva atenção primária possibilitaria a detecção mais

precoce. Entretanto, a patologia necessita de tecnologia para esta detecção; assim há necessidade de se articular as ações com os serviços de média complexidade, o que contribuiria em muito com diminuição do índice de mortalidade entre as mulheres por esta doença.

No que se refere à questão da integralidade e à intersectorialidade das ações em saúde, verificamos que no cotidiano da ofertas de serviços em saúde existe uma lógica de mercado em prol da lucratividade dos serviços de saúde concentradas na alta e média complexidade, onde há mais retorno econômico e que não garante o sistema de referência e contra-referência de uma determinada rede assistencial de saúde por se negarem a uma relação efetiva com a rede básica do Sistema Único de Saúde. Ou seja, em outras palavras há um paradoxo na continuidade das ações em saúde, ficando os usuários dos serviços de saúde descoberto quando há necessidade dessa contra-referência.

Coadunando com esta idéia, recorreremos a discussão trazida por Cohn (2005), que afirma que criou-se no país uma infraestrutura de serviços altamente complexa, com alta densidade tecnológica. Não obstante, como resultado, “a população passa a ser atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento, mas à necessidade de lucratividade do setor privado” (p.43). A lógica do capital no setor de saúde incorpora perspectivas de lucro sobre a doença. Esta correlação foi construída historicamente, principalmente através do atendimento seletivo e focalizado na alta complexidade, onde o tratamento é bem mais lucrativo. Segundo Pires,

Os interesses do setor privado e os defensores do modelo de mercado, associados à crise financeira do Estado e às políticas neoliberais que restringem o papel do Estado, implantadas no país, a partir dos anos 90, resultam em mudanças muito pequenas: não avança a universalização do acesso a todos os níveis de complexidade da assistência de saúde e organização, e o consumo dos serviços de saúde mantém-se dentro da lógica do mercado que comercializa as doenças e legitima a desigualdade de acesso (PIRES, 1998, p. 99).

À luz da citação supracita, encontramos nos estudos de Elias (2005) uma consonância com esta posição, ao analisar a estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil, ressalta que o papel desempenhado pelo Estado tem sido o de “organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses organizados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com produtos privados, seja de serviços, insumos ou equipamentos” (ELIAS, 2005, p.64).

Sendo assim, podemos explicar os altos investimentos no setor de alta complexidade, na área de oncologia, onde se observa uma série de investimento principalmente no que se refere ao pagamento de prestadores de serviço de radioterapia oferecida por empresas privadas, mesmo em instituição pública, o que de certa forma, reafirma a condição do “mix público e privado”⁶. Entretanto, também se observa o contrário: nesta linha do mix público e privado, por dificuldades de cobertura dos planos de saúde a maioria das pessoas recorrem ao SUS para ter acesso à medicação ou a outros serviços – mais caros – que os serviços privados não fornecem. Os altos investimentos no setor de alta complexidade, especificamente na área de oncologia (na oferta de serviços de radioterapia e quimioterapia por empresas privadas) confirmam essa tendência.

De acordo com Batista Júnior (2008), na história das políticas sociais, o Estado brasileiro sempre teve a prática recorrente de disponibilizar o serviço de saúde ao cliente através da contratação de terceiros, ao invés de estruturar a sua própria rede de serviços. Esse fato segundo o autor, torna a saúde “a exploração de um dos maiores negócios econômicos do país” (p. 42), tornando-se um campo de interesse milionário, intensificado principalmente durante a implementação do SUS. O autor afirma que “essa opção político/econômica/ideológica tornou a população brasileira dependente e, em muitos casos, totalmente refém do setor privado/contratado, principalmente na média e alta complexidades” (p.42).

De acordo com Batista Júnior (2008), na história das políticas sociais o Estado brasileiro sempre teve a prática recorrente de disponibilizar o serviço de saúde ao cliente através da contratação de terceiros, ao invés de estruturar a sua própria rede de serviços. Esse fato segundo autor, torna a saúde “a exploração de um dos maiores negócios econômicos do país” (p. 42), tornando-se um campo de interesse milionário, intensificado principalmente durante a implementação do SUS. Segundo autor, “essa opção político/econômica/ideológica tornou a população brasileira dependente e, em muitos casos, totalmente refém do setor privado/contratado, principalmente na média e alta complexidades” (p.42).

Cohn (2005) afirma que há uma clara divisão de trabalho entre os setores públicos e privados, cabendo ao Estado as medidas de caráter coletivo tradicionalmente voltadas para a saúde pública, ficando o setor privado com o atendimento mais rentável e lucrativo. A autora observa que ainda há um processo profundamente discriminatório e injusto, pois a população

⁶ Entendemos que alguns autores da área da assistência trabalham com esta terminologia. Utilizaremos esta expressão para nos referirmos a relação que a rede de saúde estabelece entre a prestação e a complementação dos serviços públicos e privados.

acessa serviços de saúde mais diversificados possíveis, principalmente na oferta dos serviços de baixa e média complexidade. E ainda, enfatiza que há na forma de financiamento da saúde, acentuadas distorções, “eximindo-se o Estado de grande parte da responsabilidade do ônus financeiro de investir na saúde” (p. 44). Entretanto, observamos que nos serviços de alta complexidade há um investimento maior por parte do Estado, principalmente no fornecimento de equipamentos de alta tecnologia – que são buscados inclusive pelas camadas médias.

De acordo com Cohn (2005), “os indicadores de saúde do país compõem uma realidade alarmante, produto do modelo de desenvolvimento excludente que prevalece no Brasil e tradução da ineficiência das políticas públicas no setor, que vêm acompanhando o padrão das demais” (p.35). Se os dados absolutos do câncer já são alarmantes, há de se atentar para o fato de que eles não se distribuem igualmente por toda população brasileira. A mortalidade por câncer de mama é variável entre as regiões do Brasil, como reflexo da incidência variável e do acesso aos serviços de saúde, o que causa sub-notificação.

Desta forma, pretendemos traçar um estudo a partir da realidade cotidiana das mulheres em busca do acesso completo à rede de saúde, tendo como ponto de partida o momento da descoberta do câncer de mama até sua inserção na alta complexidade, especificamente no INCA. Não obstante, este estudo pretende corroborar para que as mulheres possam ser compreendidas em sua totalidade e nas relações que estabelecem socialmente, considerando sempre a realidade conjuntural. Conforme apontado em outros estudos (CARVALHO, 2004), a compreensão do alto índice de mortalidade por câncer passa, necessariamente, pelas condições de vida, de empobrecimento contínuo, e principalmente pela precarização das condições de trabalho que impossibilitam a mulher muitas vezes de acessar o sistema de saúde com mais frequência por conta do horário de trabalho. Essa última questão foi apontada na pesquisa de SKABA (2003), principalmente, no que se refere ao horário de atendimento nos serviços de saúde que não contemplam as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho em que não há flexibilidade de horário para esta cuidar da sua própria saúde.

Neste sentido, a contribuição deste trabalho vai possibilitar uma discussão a respeito da necessidade de ampliar a democratização da informação sobre a situação do câncer de mama no Brasil e suas repercussões para o campo da saúde em suas múltiplas expressões, principalmente pelos impactos causados na vida dos sujeitos. Procura-se contribuir de maneira a divulgar e a fomentar reflexões sobre o tema abordado, promovendo caminhos para novas pesquisas que visem uma melhor compreensão da saúde pública, especialmente na

dimensão educativa/preventiva. Desta forma, a democratização da saúde se torna um compromisso científico e acadêmico e não mais uma luta isolada dos usuários do sistema de saúde pública.

Esta dissertação conta com três capítulos. No primeiro capítulo através de um breve resgate histórico e conjuntural das políticas sociais, buscamos compreender o processo de formação da política de saúde brasileira. Consideramos que este exercício é de suma importância para entender os problemas que a saúde pública vem enfrentando nos dias atuais. Este capítulo versará sobre o processo político da saúde e seus desdobramentos, principalmente, a partir do movimento de Reforma Sanitária e, paralelamente, tecerá alguns comentários acerca do movimento feminista, especialmente, a dimensão deste movimento que lutou em prol de uma medicina voltada para a saúde das mulheres. O objetivo aqui será abordar como a política de saúde foi apresentada naquele momento de efervescência política e cultural que buscava a redemocratização do país. Na construção desta reflexão, certamente aparecerá de forma latente o distanciamento dos princípios materializados no legado teórico das políticas, consolidado no Sistema Único de Saúde, com a sua efetivação nos programas voltados para a saúde da mulher.

No segundo capítulo, discutimos o problema do câncer na sociedade brasileira e as principais legislações que ampararam a criação de mecanismos que visem à detecção precoce do câncer de mama. E principalmente, elencaremos os rumos da política de saúde com relação a esta questão, destaque para a Política de Atenção Oncológica e para o Pacto pela Vida. Nesta perspectiva, há uma preocupação em problematizar os programas direcionados à saúde da mulher, esse nos parece um caminho importante a ser seguido. Desta forma, buscaremos compreender o objeto delimitado dentro de um contexto histórico permeado de contradições, considerando sempre a dinâmica da realidade social.

No terceiro capítulo, nos debruçaremos sobre a análise das entrevistas realizadas com dez mulheres. Além desta sistematização, iniciamos o capítulo discutindo mais detidamente o referencial teórico-metodológico, bem como os caminhos que tivemos que percorrer para a realização dessa pesquisa. Num segundo momento, nossa atenção se voltará para a problematização dos dados quantitativos para, em seguida, nos voltarmos mais diretamente para a análise das entrevistas, buscando compreender a experiência singular que nas Estimativas demonstram a gravidade da questão. Corroborando assim, com a concepção que

Deslandes e Assis (2002) que ressaltam que “o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 195).

Por fim, tecemos algumas considerações finais acerca de toda reflexão que foi construída durante o processo de construção destes capítulos. Sugerimos então, de forma crítica e sucinta alguns caminhos que superem os impasses que são encontrados durante a realização da política atenção à saúde da mulher. Todavia, responderemos o questionamento central deste estudo, de modo que, compreenderemos, através dos relatos das usuárias entrevistadas, o porquê de algumas mulheres não conseguirem detectar precocemente o câncer de mama.

CAPÍTULO I – A POLÍTICA SAÚDE NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este primeiro capítulo objetiva trazer uma reflexão acerca do processo de formação da política de saúde brasileira através de um breve resgate histórico e conjuntural das políticas sociais desenvolvidas durante o período de redemocratização do país, com a consolidação da Constituição de 1988 que materializou os ideais do Projeto de Reforma Sanitária. “Em que pese a sua concepção reformista, o conceito da Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido “forte”: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social”(DÂMASO, 2006, p.73).

No prefácio do livro de Giovanni Berlinguer⁷, intitulado *A doença* - Hesio Cordeiro (1988) ressalta que a Reforma Sanitária não tem como objetivo exclusivo o sistema de saúde. Envolve mudanças complexas e articuladas que têm repercussão nos níveis de emprego e salário, habitação, saneamento, condições de trabalho, formas de acesso ao sistema de saúde e assim por diante.

⁷ Giovanni Berlinguer é médico, professor e militante da saúde que lutou em prol da Reforma Sanitária Italiana. Ainda é autor de várias obras entre as quais destacamos: *Medicina e Política*, *A saúde nas fábricas*, *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. Trata em suas discussões a relação entre saúde e estrutura social.

Nas palavras Hésio Cordeiro “o processo de Reforma Sanitária conduz necessariamente a um conceito abrangente e político da saúde, deixando superado o histórico conceito da Organização Mundial de saúde de 1946”. O conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) é pautado na teoria do bem estar; ou seja, a “saúde como completo bem estar físico mental e social” não colocando claramente a determinação social desse processo. Nesse sentido, o conceito de determinação social da doença e do processo saúde e doença vem se contrapor ao conceito da OMS, formulado em 1946.

A concepção defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980 estava centrada em dois eixos: teórico e estratégico. Teórico porque passou a perceber os diferentes determinantes das condições de saúde, bem como incorporou a perspectiva de prevenção. No que se refere ao conteúdo estratégico, pautou-se numa perspectiva de democratização da saúde ancorada numa concepção socialista.

A literatura mostra que o movimento da reforma sanitária brasileira foi influenciada pelas idéias de Berlinguer (1998) que foi um dos elaboradores da Reforma Sanitária italiana. Este autor defende a idéia que o projeto sanitário pauta-se num processo político longo que depende do envolvimento da sociedade pela democratização da saúde, implicando no acesso e informação crítica e realista, ou seja, implica na relação da informação e direito - consciência sanitária. Em um primeiro momento, houve apropriações desse modelo na construção do Sistema Único de Saúde, mas foi concomitante ao processo de implementação do SUS que se iniciou o desmonte da Seguridade Social brasileira difundido pelas políticas neoliberais nos anos 90 que defendiam uma intervenção mínima do Estado para as questões sociais. Houve uma mudança de paradigma; e essa perspectiva trouxe novas influências para a consolidação do modelo de Saúde no Brasil. Conforme aponta a literatura, no mesmo momento que se propõe construir um modelo universal de proteção social, há um desmantelamento desse sistema por conta das influências do projeto neoliberal.

Segundo Elias (2005), a perspectiva econômica neoliberal originada em meados da década de 1970 nos países centrais – inicialmente Inglaterra e Estados Unidos – dissemina-se pelo mundo capitalista alcançando os países periféricos, entre os quais o Brasil, e causa impactos na área da saúde. De acordo com o autor, apesar deste processo traduzir-se diferentemente em cada um destes países por conta das particularidades dos mesmos, em relação às questões políticas, sociais e culturais de cada país, estes impactos puderam ser percebidos no Brasil, concomitantemente com a consolidação da Constituição de 1988 e, mais fortemente sentido, a partir da década de 1990.

A rígida lógica neoliberal criva a intervenção mínima do Estado na condução das políticas sociais, na qual se destaca a política de saúde. Nesta perspectiva, há nitidamente contenção dos gastos neste campo. Ou seja, esse processo sofre influência do modelo norte-americano no que se refere à contenção da intervenção do Estado na Seguridade Social (VIANA, 1998).

Diante das prerrogativas neoliberais, de redução do Estado no campo da Seguridade Social, a previdência e saúde têm sido alvos principais de desmonte desse projeto neoliberal. Em tempos atuais, a saúde tem sido mais um tipo de mercadoria lucrativa para o capital financeiro. Para dissertarmos sobre esta questão nos valeremos de alguns autores que problematizam a questão da saúde no Brasil (BRAVO, 1996; 1998; COHN, 2002; 2005; ELIAS, 2005, entre outros).

1.1- Trajetória Histórica da saúde: início do século XX até a década de 1980

Historicamente, a política de assistência à saúde no Brasil, esteve vinculada a uma relação de trabalho. No início do século XX, a população pobre que não tinham inserção formal no mercado de trabalho estava relegada às Santas Casas de Misericórdias. As medidas no campo da saúde eram pautadas na filantropia e na prática liberal. A atuação do Estado nesta época se dava através de campanhas sanitaristas, saúde era tratada como questão de “polícia”. Neste período o Estado não reconhece a questão social, enquanto objeto de sua intervenção política.

A intervenção social surge nos anos 20, atrelada à Previdência Social através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criada através da Lei Eloy Chaves em 1923 e posteriormente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) por categorias profissionais, criados nos anos 30. Bravo (2001) relembra que as políticas sociais desenvolvidas no pós 30 desenvolvem um caráter previdencialista, onde o Estado passa a assumir a questão social, como campo de intervenção social. A política de saúde, nesse momento abrange fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, caracterizando o que Santos (1979) conceitua como “cidadania regulada”.

A criação do IAPs institucionaliza o seguro social fragmentado às classes assalariadas urbanas nos setores⁸ de atividade econômica. Os Institutos de aposentadorias tinham um papel

⁸ Setores estes compostos pela categoria dos marítimos, bancários, comerciários, industriais entre outras categorias organizadas e regulamentadas. Interessante ressaltar que todas as categorias profissionais

fundamental na formação de recursos e na distribuição de benefícios sociais. Segundo Simionatto (1997), a idéia de direito social estava assegurada pela inserção ao mercado de trabalho formal, reconhecido através de categorias profissionais, sendo a “carteira de trabalho o certificado legal de cidadania” (p.16). Nesta época, a intervenção do Ministério da Saúde sempre esteve voltada para ações preventivas, através de campanhas sanitárias, assumindo segundo Simionatto (1997) “um papel secundário no que se refere à assistência médica” (p. 16).

De acordo com Cavalcanti e Zucco (2006), a saúde compreendida como ausência de doença esteve presente tanto nas ações campanhistas implementadas pela saúde pública como na assistência médico previdenciária prestada pelas CAPs e, posteriormente, pelos IAPs. Isso resultou segundo avaliação das autoras numa “dicotomia entre saúde pública e saúde curativa, conformando sistemas de saúde marcados por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p. 68), fato que corrobora com as idéias de Cohn et al. (2002).

Em meados dos anos 60, o regime autoritário determinou um modelo de assistência à saúde fundada nas ações individuais médico-hospitalar, dando uma abertura para atuação do setor privado, através da assistência médica previdenciária. O direito ao acesso ainda estava vinculado à contribuição previdenciária, excluindo os segmentos populares que não tinham esse tipo de inserção no mercado de trabalho, ou seja, o direito à saúde estava relacionado em muito, a um trabalho reconhecido e formal. Nesse período metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, sem acesso a qualquer direito previdenciário (ESCOREL et al., 2005).

Dessa forma, o sistema de proteção social, de molde meritocrático, obedece a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à sua dimensão de política social. No que diz especificamente à saúde, estabelece-se uma cisão entre saúde pública e assistência médica individual, a cargo do Ministério da Saúde.

Em 1966, é então unificado todo sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que concentra as contribuições previdenciárias para concessão dos direitos sociais. De acordo com Escorel et. al. (2005), o sistema de saúde implementado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.

incorporadas a este sistema de seguro social estavam atreladas ao mercado de trabalho formal, reafirmando assim, a concepção definida por Santos (1997) de cidadania regulada.

Segundo Simionatto (1997), o regime burocrático-autoritário implantado no Brasil em 1964, contribuiu para um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais, médico-hospitalares, privilegiando o setor privado, através da assistência previdenciária. O direito à assistência estava vinculado à contribuição previdenciária.

Segundo Escorel, et al. (2005), na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social se expandiu na oferta de leitos e recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história com enfoque na medicina curativa. Desde a década de 1970, o governo financiou os serviços privados com recurso públicos, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social. Entretanto, observa-se neste momento o privilegio do setor privado através de investimentos e conseqüentemente houve um sucateamento dos serviços públicos. Neste período também, houve um crescimento na expansão das faculdades de cursos particulares de medicina de todo país. De acordo com os autores, os cursos de medicina “desconheciam, de modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para especialização, para sofisticação tecnológica e para descobertas da farmacologia e equipamentos médico-hospitalares” (ESCOREL et al. 2005, p.62). Hoje há mais informações sobre a realidade sanitária, mas essas informações não foram absorvidas pela formação médica. A formação hoje é muito mais voltada para a especialização e tecnologia. De acordo com esses autores, na década de 1970, “o INPS financiou a fundo perdido as empresas privadas que desejasses construir seus hospitais” (ESCOREL et al. 2005, p.62). Esse modo de governar o Estado na condução das políticas sociais acabou determinando a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica. Segundo Cohn et al. (2002), neste período há uma clara divisão de trabalhos e clientela entre os setores público e privado de saúde. E o que isso poderia implicar nos dias atuais? Poderíamos responder com a própria citação da autora:

A outra face da lógica da capitalização e da lucratividade que rege as políticas de saúde, sobretudo nessas últimas décadas, manifesta-se num modelo de assistência médica de alta densidade tecnológica, particularmente nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Em decorrência, a divisão de trabalho entre setores privado e público acaba por reservar para este exatamente aqueles atos que por serem mais complexos, e portanto de elevado custo, não respondem à rentabilidade do setor privado (COHN et al. 2002, p.18).

Certamente, o panorama da saúde pública no país é fruto deste processo histórico de organização e que traz impactos na saúde da população brasileira. No contexto internacional,

não podemos desconsiderar a discussão que culminou na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, (Cazaquistão) em 1978, que questionou a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais, tendo como ponto importante a defesa da saúde como um dos direitos fundamentais do homem (e das mulheres), sob a responsabilidade política dos governos, e se reconhece a sua determinação intersetorial (ESCOREL et al., 2005).

1.2 - A política de Saúde no Brasil nos anos 1980

Na virada dos anos 1970 para os anos 1980, podemos demarcar o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. Essa relação passa a tomar novos rumos, devido principalmente, à insatisfação da população com a condução da saúde. Neste período, somado à conjuntura de crise econômica que o país vivenciava, o sistema de saúde passou a ser questionado pelos diversos setores⁹ da sociedade que pressionam o Estado por políticas sociais mais eqüitativas e universais.

Nestes mesmos anos, há efervescência política, social e cultural que teve forte influência na condução das políticas sociais. Os movimentos sociais – com destaque ao movimento de Reforma Sanitária¹⁰ – tiveram um papel importante na luta em prol da saúde pública. A correlação de forças existente neste momento impulsionou a promulgação da Constituição de 1988, que assegurou em seu texto legal – o que sem dúvida, caracteriza um grande avanço – a saúde como direito universal. A saúde enquanto política foi fruto de lutas do Movimento Sanitário. Não obstante, tratar a política de saúde no âmbito da Seguridade Social significa reconhecer esta enquanto direito social demarcando uma relação de dever e direito entre Estado e sociedade¹¹.

Os sanitaristas que lideraram o movimento de Reforma Sanitária apontavam a necessidade de superarmos o modelo hospitalocêntrico. Ou seja, era preciso dar ênfase ao cuidado da saúde e não da doença. O desafio da política de saúde em sua gênese seria

⁹ Até essa época a saúde era dividida por dois subsistemas: a saúde pública – destinada à população que não estava inserida no mercado formal de trabalho – e a Medicina Previdenciária – destinada aos contribuintes da previdência social, inseridos no mercado formal.

¹⁰ Nesses movimentos sociais, destacamos a importância do movimento feminista, que será melhor abordado ao final deste capítulo.

¹¹ É importante lembrar que em 1975, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). A partir do CEBES houve uma articulação com outros movimentos voltados para área de saúde (BRAVO, 2001).

construir um sistema público que abordasse as demandas de saúde da população, com estratégias de ação, principalmente na promoção, prevenção e na atenção primária qualificada.

A luta do movimento de Reforma Sanitária também buscou mudanças do conceito de saúde, que deixou de ser meramente ausência de doença e passou a contemplar outros aspectos relacionados às políticas sociais, saúde compreendida como resultado das condições de vida da população. Assim, a saúde passou a ser entendida enquanto:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987).

No entanto, a análise histórica nos mostra como os direitos sociais foram constituídos socialmente, sendo frutos das relações estabelecidas na sociedade – e, deve-se enfatizar, não estão garantidos para sempre, sendo constantemente objeto de disputa. Na realidade, os direitos não são direitos absolutos, abstratos, cujo fundamento encontra-se na “natureza” do ser humano, mas são construídos historicamente, pela forma como homens e mulheres relacionam-se entre si. Portanto, são “direitos históricos, nascidos em certas circunstâncias e de modo gradual” (BOBBIO,1992, p.5). Surgem por meio de lutas sociais, sendo a “instituição dos direitos uma forma de regulação das relações sociais entre o poder constituído e a sociedade” (Ibidem, p.6).

Assim, entende-se que as políticas de saúde no Brasil foram construídas através de lutas sociais protagonizadas por diferentes sujeitos – tendo como momento ímpar aquele protagonizado pelos movimentos sociais encadeados desde a década de 70 e que resultam no Movimento de Reforma Sanitária¹². O movimento Sanitário procura ocupar espaços com um pensamento contra-hegemônico ao preconizado pelo regime autoritário.

Neste período evidenciamos conquistas políticas importantes, em termo do protagonismo político e algumas destas conquistas surgiram a partir da luta dos trabalhadores. Com isso a saúde assume uma dimensão política, ela deixa de ser técnica e passa a ser política, ou seja, assunto de toda a sociedade, dos movimentos sociais, dos trabalhadores e

¹² Apesar da importância deste debate, não me deterei nesta discussão, pois a minha intenção aqui é demarcar de forma breve a saúde num contexto histórico, considerando as questões políticas e econômicas do país.

não só dos profissionais de saúde. Nesse sentido, há que se considerar nesta conjuntura que o SUS é uma política contra-hegemônica, continuamente ameaçada pelo projeto neoliberal (BRAVO, 1996; BRAVO; MATTOS, 2001).

É importante ressaltar que a concepção abrangente de saúde reconhecida na VIII Conferência e assumida legalmente na Constituição de 1988 é o marco para a mudança no modelo assistencial de saúde, ou seja, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais de cidadania. Nesta perspectiva, coadunamos com a posição de Costa (2004) que ao analisar a Reforma Sanitária brasileira a identifica como substrato político para saúde, responsável por conquistas efetivas no plano legal e da ampliação do acesso a serviços de saúde.

O advento da Constituição Federal de 1988 incorporou a visão do Movimento de Reforma Sanitária, o Estado assumiu através do arcabouço jurídico-legal, a saúde como direito universal regulamentada pelas Leis 8080/90 e 8142/90. De acordo com o texto constitucional, o Estado passou a garantir a saúde através de políticas sociais e econômicas, voltadas tanto à “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (Constituição Federal, art.196).

Neste universo de efervescência política e cultural instaurado na década de 1970 e 1980, o Sistema Único de Saúde considerou e reafirmou legalmente que compreender e intervir nas condições de saúde de uma população demanda a apreensão de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Tal compreensão vem sendo trabalhada a partir do movimento Reforma Sanitária, do movimento feminista, da Constituição de 1988 e de toda a legislação que veio a seguir¹³. A necessidade de romper com uma visão reducionista de saúde, é talvez, ainda hoje, um dos maiores desafios para implementação do projeto de Reforma Sanitária. Para compreender o acesso às políticas de saúde, é preciso entendê-lo de forma que, como assinala Viana (1998, p. 91), “deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública”. Neste sentido no que se refere à saúde esta passa, então, a ser um direito a ser universalmente garantido à todos.

De acordo com a Lei 8.080/1990, as ações e serviços de saúde, deverão ser desenvolvidos obedecendo ainda aos seguintes princípios: 1 - *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência – ou seja, saúde como direito de todos e dever do Estado; 2) *equidade* – objetivando reduzir as desigualdades por meio de investimentos maiores onde houver maior carência; 3) *integralidade* da atenção –

¹³ Lei 8080/90; Lei 8142/90; NOB//91; NOB/92; NOB/93; NOB/96; Noas 01/01 e Noas 01/02.

consideração da pessoa como um todo, atendendo todas as suas necessidades de forma articulada e contínua, seja nas ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema; preservando a *autonomia* das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; como também respeitando a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

O Sistema Único de Saúde – SUS – propõe uma integração entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, assim como a promoção da articulação com outras políticas públicas. Para alcançar tais objetivos estabelece como algumas de suas diretrizes: 1) *descentralização* – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços através da redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os distintos níveis de governo; 2) *regionalização e hierarquização* – existência da referência e contra-referência diante dos diferentes níveis de complexidade da assistência e 3) *controle popular* – entendido como participação da sociedade civil na gestão, por meio de conselhos e conferências de saúde.

O grande dilema que encontramos para consolidação desses Princípios e Diretrizes (nem todos explicitados aqui¹⁴) está no fato destes não estarem sendo encarados como partes integrantes e indissociáveis das ações em saúde. Não dá para falar da universalidade de acesso, sem considerar a questão da integralidade e equidade das ações e vice-versa. Muitos autores tratam a questão de forma isolada. A tendência da discussão em saúde nos dias atuais vem perpassando a ideologia da fragmentação dos princípios e diretrizes da saúde. Há uma massificação da discussão da integralidade desarticulada dos outros princípios. Ao nos debruçarmos sobre a questão da saúde em nossa sociedade, encontramos variados impasses que impossibilitam o acesso a esse direito social que pela Constituição deve ser garantida pelo Estado.

Nos anos 1980, o país ao mesmo tempo, que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime de ditadura militar desde 1964, passou por uma profunda crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais (BRAVO, 1996; MOTTA, 2005). A partir da década de 1990, o projeto neoliberal incorpora uma concepção de saúde como mercadoria, sendo cidadão aquele que pode comprar, o chamado “cidadão consumidor” (MOTTA, 2005), a que nos referimos anteriormente. Neste momento, verifica-se uma inversão de cidadania. A cidadania regulada ao vínculo trabalhista antes apontada por Santos (1997) agora dá lugar a uma cidadania de mercado, ou seja, regulada ao consumo. Se até o

¹⁴ Para ver na íntegra, consultar a Lei 8.080/1990.

final da década de 1980, os benefícios previdenciários e as instituições de saúde vinculadas ao Ministério de Previdência Social eram acessíveis para os trabalhadores do mercado formal de trabalho e seus dependentes, hoje essa relação vincula-se à lógica mercadológica, de contratação dos planos de saúde e das instituições privadas. Para Bahia (2005) a universalização, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela preservação e reorganização da segmentação do sistema de saúde. Para a autora, a convivência entre o sistema público e os serviços privados adquiriu visibilidade gerando conflitos, na esfera econômica, relativos à competição entre empresas privadas e na área de defesa do consumidor, atinentes à garantias de cobertura, reafirmando assim, uma relação de compra e venda dos serviços de saúde nos sistema de proteção social brasileiro.

1.3 - Política de saúde no Brasil nos anos 1990 - neoliberalismo e sua repercussão na saúde

Estudiosos¹⁵ apontam que o projeto econômico proposto no Brasil a partir da década de 1990, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto de Reforma Sanitária. A partir deste “choque” de ideais (e práticas) surgem algumas questões referentes à política de saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista (BRAVO; 1999). Este último pautado na política de ajuste tem como tendência a contenção dos gastos sociais voltados para saúde. O processo de interlocução das políticas e programas de saúde encontra suas determinações nas relações estabelecidas entre o desmonte das políticas sociais e na ineficiência dos programas de promoção da saúde. Entretanto, esses fatores que diferenciam a prestação de serviços de saúde estão pautados numa diferenciação de serviços de saúde voltada para pobres e ricos (BRAVO, 1996).

No Brasil, a universalização da saúde e sua relação com Estado passa a seguir novos rumos. Destarte que a saúde enquanto direito e dever do Estado trouxe novas demandas para o poder público e isso impacta a política social de saúde de forma imensurável para o campo da Seguridade Social. Com a criação do SUS, criou-se a necessidade da mudança de modelo de atenção à saúde e estas podem ser materializadas através da descentralização das ações em saúde, democratização do poder local e novos mecanismos de gestão – através dos Conselhos. Em relação à universalização da saúde, Simionatto (1997, p.17) considera que:

¹⁵ Como Bravo (1996) e (1999), Bravo e Mattos (2006).

Apesar da universalização constituir-se em determinação legal, garantindo a todos os brasileiros, sem restrições, a atenção às necessidades de saúde, os resultados alcançados até agora, ainda têm sido excludente, na medida em que a inclusão das camadas populares foi acompanhada pelo racionamento dos gastos por parte do Estado, ocasionado o sucateamento da atenção prestada. Assim, a universalização do direito à saúde, que marca um avanço na Constituição de 1988, tem gestado, paralelamente, a reciclagem do modelo médico assistencial privado, pois, face às deficiências do sistema público, que tem assistido apenas às camadas de menor poder aquisitivo, aquele busca atrair para si novos segmentos de classe.

De acordo com Bravo (1998), as ações em saúde sempre foram diferenciadas segundo as classes sociais existentes na sociedade, entretanto no capitalismo dos monopólios, esta diferenciação se acentua com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes clientelas. Segundo esta autora,

A mortalidade e a morbidade ocorrem de maneiras diferenciadas em virtude da forma de inserção das classes no processo produtivo, acarretando diversificações nas oportunidades de consumo. Em decorrência, a vivência da morte e problemas de doença nas classes trabalhadoras são maiores do que as frações ligadas ao capital, pois os desequilíbrios do processo saúde-doença acometem muito mais as frações ligadas ao trabalho que mantêm vida média inferior, devido a múltiplas determinações (BRAVO, 1998, p. 35).

Segundo esta autora, “os serviços de saúde também se distribuem de forma diferenciada, pois a sua extensão não foi igualitária às classes trabalhadoras, havendo exclusão de diversas frações no acesso aos serviços” (BRAVO, 1998, p. 35). Atualmente a saúde enquanto direito social tem sido reflexo do desmantelamento das políticas de proteção social. Neste sentido, algumas propostas de atenção à saúde têm emergido como forma de luta. Para Yamamoto as questões da saúde pública integram “o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado” (2001, p. 9), com destaque para o modelo biomédico assistencial privatista.

Nesta perspectiva, pensemos conforme Bravo que ressalta que a “prática médica estabelece nexos com o processo de acumulação, que podem ser visualizados tanto na produção como na reprodução do capital” (1998, p. 32), tendo influência das determinações econômicas, políticas e ideológicas que incidem sobre esta prática. Há de se considerar a

articulação da medicina com o econômico, o político e o ideológico para compreender como as relações se estabelecem no modelo de saúde implementado no Brasil e como estas reforçam a reprodução do capital em nossa sociedade. A organização dos serviços de saúde se dá a partir de um trabalho fragmentado e na prática, muitas vezes desarticulados, impossibilitando o desenvolvimento de uma organização que vise à execução de referência e contra-referência dos serviços. Não podemos desconsiderar neste contexto, que as organizações de saúde estão inseridas numa lógica de produção. A correlação de forças presentes no cotidiano da saúde representa a hegemonia da concepção médica centrada tão somente na cura da doença – o que Arouca (2003) aponta como dificuldade de avançar no modelo preventivista em detrimento de um modelo assistencial curativo.

O documento¹⁶ do Conselho Nacional de Saúde aponta que há manutenção desse modelo de atenção em saúde. De acordo com este, o modelo assistencial privatista no âmbito do SUS centra no atendimento de doentes, com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente através de rede contratada e conveniada com o SUS. Segundo o mesmo documento, esse modelo apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidade de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações (BRASIL, CNS, 2000).

É importante destacar que na década de 1990, o Brasil vivenciou mudanças bruscas no campo político, tendo quatro presidentes. O primeiro deles, Fernando Collor de Mello, que na concepção de Bravo e Mattos (2001) foi o primeiro presidente a implementar as propostas neoliberais. Segundo os autores, reduziu-se as verbas para os setores sociais, inclusive para o campo da saúde, havendo um boicote na implementação do SUS (BRAVO; MATTOS; 2001). Apesar desta situação a saúde consegue avançar em 1990, com a aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90.

Segundo Escorel et al. (2005), neste período os reformistas puderam contribuir efetivamente no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, mas que na sua íntegra sofreu uma grande quantidade de vetos desse governo. Nessa conjuntura, após *impeachment*, assume o vice-presidente Itamar Franco, inaugurando o Plano Real, fortalecendo assim, o setor econômico do país.

À luz da literatura estudada, coadunamos com a posição de que num primeiro momento, neste governo, houve propostas de fortalecimento do SUS. Se por um lado mais tarde há ausências de iniciativas operacionais para avanço do SUS, por outro também não

¹⁶ Documento disponibilizado pelo Conselho Nacional de Saúde no site do Ministério da Saúde.

houve propostas contrárias. De acordo com os autores estudados, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso que se concretizaram as metas das propostas neoliberais, com o desmonte da Seguridade Social.

De acordo com a análise de Rezende (2008), o modelo de gestão implementado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso se origina a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado, coordenado por Bresser Pereira no primeiro mandato deste governo. Segundo a autora, observa-se um forte investimento na terceirização do SUS através das Organizações Sociais – OS - entidades de direito privado. Para ela, a concepção do governo Fernando Henrique Cardoso partiria do princípio que “as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não executá-las” e que ainda “deveríamos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado” (REZENDE, 2008, p. 25) e que o “Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio de Organizações Sociais” (Ibidem, p. 26).

Diante dessas proposições, entende-se que o governo defendia a flexibilização no controle da sociedade sobre as ações do Estado, contrariando toda proposta de democracia e participação popular. Aos poucos este governo implementou medidas que distanciavam as prerrogativas definidas nos princípios e diretrizes da Constituição de 1988, distanciando assim cada vez mais a concepção dos princípios estabelecidos neste legado jurídico.

De acordo com Simionatto (2000) e outros autores (como GRANEMAN, 2008; BRAZ, 2004), um dos grandes articuladores da reforma na área da saúde é o Banco Mundial que, como forma de agilizar as políticas econômicas, tem buscado subordinar os gastos em saúde ao sucesso do ajuste estrutural, delimitando a ação do Estado à provisão de um pacote mínimo para a saúde pública.

Todavia, Simionatto (2000) traz uma informação importante acerca da concepção internacional sobre o sistema de saúde brasileiro. A autora ressalta que para o Banco Mundial a grande falha do sistema de saúde público brasileiro é a ineficiência no atendimento das camadas mais pobres e a concentração em programas que não atingem as regiões mais pauperizadas. Se por um lado discordamos desta concepção assumida pelo Banco Mundial, pois desconsidera a importância do princípio da universalização da saúde em detrimento da focalização nos mais pobres. Por outro, coadunamos no sentido de reconhecer que há programas que não traduzem a realidade da população. Para a autora, o que se observa na área da saúde é uma clara substituição de um modelo universalista de saúde, ainda não consolidado, para um modelo de focalização compensatória, destinado apenas aos segmentos

de classe em situação de risco ou de vulnerabilidade social (Ibidem, p. 22). Ou seja, um pacote de serviços de saúde reduzido para os pobres. Seguindo por esta via, concordamos com a análise de Bravo que ressalta que os valores solidários contidos na concepção de Seguridade social, hoje vem sendo substituído por valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres (BRAVO, 2007).

Esse processo de profundas mudanças na institucionalidade do Estado, pautado no ideário neoliberal e condicionadas pelo processo de globalização, foi denominada por diferentes autores (BEHRING, 2003; GRANEMAN, 2008, entre outros) como contra-reforma do Estado, justamente porque se deram na contramão da ampliação da cidadania. Ou seja, a política social subordinada à lógica econômica.

Na análise de Rezende (2008), o problema das Organizações Sociais começa quando estas organizações ficam livres do controle social. Elas podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos da administração pública. Ou seja, neste modelo não há controle social sobre as ações. Esta perspectiva não vislumbra a participação da comunidade através das Conferências e Conselhos e a descentralização dos serviços. Nesta concepção de serviço há uma grande abertura para a iniciativa privada ao invés de fornecer subsídios para os municípios, principalmente no que tange à questão do financiamento.

Enfim, as questões que foram levantadas nos anos 1990, ressurgem com uma outra roupagem nos anos 2000 com objetivo comum da mercantilização da saúde. Há uma tendência de tratar a saúde como mercadoria dando continuidade ao desmonte da Seguridade Social e, conseqüentemente, o desmonte do SUS.

É importante ressaltar que mesmo após todas as propostas desencadeadas a partir da década de 1990 de redução do Estado no campo da saúde, o SUS ainda é hoje uma das mais importantes políticas sociais, sendo um dos mais avançados projeto de política pública do mundo.

Chegamos, assim, ao Governo Lula. É de comum acordo entre todos os autores¹⁷ estudados que este governo representou para massa trabalhadora uma esperança de governo. Significando um marco político na história do país, pois pela primeira vez se elegeu um representante da classe operária. Segundo Bravo (2004), havia uma expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980, mas isso não se viabilizou; ao contrário foi solidificado o projeto de saúde articulado ao mercado ou

¹⁷ Braz, 2004; Netto, 2004; Bravo, 2004; 2007; Bravo e Menezes, 2008; Behring, 2004; entre outros.

privatista. Ainda de acordo com esta autora, apesar deste governo defender a “incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização em decorrência do desfinanciamento” (Ibidem, p. 37).

Segundo análise de Bravo e Menezes (2008), as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula no primeiro mandato dão seqüência a contra-reforma do estado iniciada na era Fernando Henrique Cardoso. A análise da primeira fase de governo Lula é que “a política macroeconômica do governo anterior foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica” (BRAVO, 2004, p. 36).

De acordo com Behring (2004), o governo Lula tem conservado a perspectiva do plano econômico e estão sendo mantidos todos os parâmetros macroeconômicos herdados do governo de Fernando Henrique Cardoso. Tendo por característica a utilização da arrecadação de impostos e contribuição social - fontes da Seguridade Social - para pagamento da dívida pública. Para a autora, “o mais grave desta questão é a tentativa de fazer “economia” para “equilibrar as contas públicas” com a proposta das contra-reformas no governo, enfoque na Previdência Social”.

Segundo Motta (2007), o conjunto de reformas da seguridade social deságua no governo Lula como um paradoxo nas propostas iniciais no qual defendia a cidadania. De acordo com sua análise, se torna “impossível falar de cidadania quando o contrato social que referenda direitos de deveres entre os cidadãos e o Estado é rompido” (Ibidem, p.45).

Na concepção de Braz (2004), o governo Lula pode ser analisado como um governo executor das políticas de ajuste neoliberal, pois as “operou sem escrúpulos, subordinando-se docilmente, aos seus comandos (p. 55)”. Apresenta um Estado absolutamente servil ao grande capital internacional.

De acordo com Behring (2004), “em vez de um salto de qualidade, continuaremos tendo políticas focalizadas, implementadas segundo a lógica do contador, ou a do mercado em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalidade” (BEHRING, 2004, p. 12). O governo neste período mostrou-se preocupado em direcionar as políticas sociais de forma focalizada para os pobres, destaque na área da assistência para os programas de transferência de renda.

Segundo Bravo e Menezes (2008). apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, os programas de transferência de renda “não constitui um direito, pois trata-se de uma política de governo” (p.17). É preciso compreender que a política de combate

à pobreza não deveria ser tratada de forma isolada e sim associada às outras políticas sociais, “no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida com um direito” (p.17). Ou seja, observamos uma tendência deste governo que dá ênfase à focalização em detrimento das políticas universais.

No âmbito dessas propostas de reformas, uma das questões mais preocupante é a criação das Fundações Estatais, cujo debate está mais avançado na área de saúde com relação às propostas das Fundações de direito privado. Estas seriam regidas pelo direito privado, com propostas de altos salários para algumas categorias e traz consigo uma fragilização das relações trabalhistas, com contratação por CLT, não enfatiza controle social, entre outras questões.

No Estado do Rio de Janeiro, as instituições federais têm sido alvos desta proposta. O que na prática significa reduzir a intervenção do Estado na condução das políticas de saúde. Ou seja, desobrigar o Estado de garantir a saúde enquanto direito social. A idéia das fundações é que estas desempenhariam a atividade estatal e que esta não fosse uma atividade exclusiva do Estado, de grosso modo, significa retroceder nas conquistas da classe trabalhadora.

Apesar de investir no seu primeiro mandato em ações referentes à atenção básica e no fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o SUS através de algumas medidas, o governo também investiu nos programas de combate ao tabagismo, Aids, programas voltados para redução da mortalidade materna, assistência farmacêutica e, principalmente, no Programa Saúde da Família (PSF). Diante dessas propostas, não podemos desconsiderar que houve avanço no campo da saúde, o que não aconteceu foi um salto na qualidade dos serviços prestados, pois o desenho desta política teve como ênfase a política focalizada na população mais pobre, e não de forma universalizada, conforme prevê os princípios do SUS.

Diante da análise de Bravo e Menezes (2008), percebemos que a partir da metade de seu primeiro mandato do governo Lula, as ações do Estado na condução das políticas de saúde dão continuidade ao modelo de saúde proposto nos anos 1990, destacando-se a “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (Ibidem, p.18).

Em outro artigo, Bravo (2004) traz alguns elementos para análise da política de saúde do governo Lula e as principais proposições do Ministério da Saúde, concebidas com base no programa de governo. Diante da discussão trazida por esta autora, reconhecemos que a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. As

três áreas que compõem o tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social são apresentadas separadamente, de modo fragmentado e há apenas a indicação da saúde ser compreendida na perspectiva da Seguridade Social.

Podemos concluir que diante das propostas neoliberais, a concepção de Seguridade Social assumida pela Constituição de 1988 não foi valorizada, mantendo a segmentação e a fragmentação das três políticas. Bravo (2004) também destaca que na prática as ações do governo não reafirmam os ideais do Projeto de Reforma Sanitária. Na conjuntura atual, o governo continua centralizado em políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social universalizada (BRAVO; MENEZES, 2008).

No início do governo, Bravo (2004) ressalta que alguns documentos do Ministério da Saúde alimentavam parte dos desafios e diretrizes a serem enfrentadas na área da saúde, como por exemplo, incorporar a agenda ético-política da Reforma Sanitária, bem como construir novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, na intersetorialidade, entre outras. Mas o que verificamos na condução desta política, foi tratar essas diretrizes de forma fragmentadas e viabilizadas por outros nexos de pensamento. A concepção de integralidade e a intersetorialidade não é a mesma assumida pela Constituição de 1988. Esse fator é o maior complicador da questão, pois os objetivos continuam tendo a mesma bandeira de defesa, mas com o conteúdo distorcido do qual foi defendido pelo movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980.

A questão do desfinanciamento também é outra problemática apontada no governo Lula que é determinada para manutenção da política focal. De acordo com Bravo (2006), a questão central dos impactos da perspectiva neoliberal nas políticas públicas continua sendo o desfinanciamento das políticas sociais e sua submissão às políticas econômicas. Ademais, a questão do financiamento da saúde tem sido assunto polêmico nestes últimos anos, tais como a não aprovação da CPMF, entre outras questões e, principalmente, pelo fato de haver uma tendência de utilização dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas (BRAVO, 2004; BRAZ, 2004). Uma preocupação é a desvinculação de recursos para a saúde e educação, o que na abordagem de Bravo (2004) significa “eliminar da Constituição Federal os preceitos que obrigam União, estados e municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde” (p. 38).

Não desconsiderando os avanços do SUS, Bravo (2004) sinaliza que o “SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando

como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados como parte de um sistema segmentado” (p.38). Para Bravo (2004), houve o recrudescimento da perspectiva neoliberal que tem difundido um SUS para os “mais pobres”, como uma política focalizada e não universal, como foi idealizada e materializada nos pressupostos da Constituição de 1988.

Diante das análises realizadas pelos diversos autores aqui estudados, observamos que na conjuntura atual há nas metas prioritárias do atual governo propostas de contra-reformas, em detrimento de um projeto de reformas democráticas. Segundo Bravo (2004), diante desta conjuntura “o projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado” (38).

Não obstante, Bravo (2006) ressalta que um dos mecanismos de controle social para contrapor o desmantelamento da saúde, é a participação nos conselhos de saúde¹⁸. Bravo (2006) discutindo a questão dos Conselhos sinaliza que o “principal objetivo do conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera do governo” (BRAVO, 2006, p. 84). Esse exercício permanente fortaleceria em muito as propostas do Movimento Sanitário.

Todavia, Batista Júnior (2008) observa que com relação ao modelo de atenção em saúde, a prática corrente tem sido tratamento da doença em detrimento de ações que viabilizem a promoção efetiva da saúde. Para ele, “apesar de alguns avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto sócio-epidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, medicocêntrica e mais recentemente nos exames de alta complexidade” (p. 42).

Podemos assim, considerar que o direcionamento dado às práticas em saúde frente ao modelo de atenção tem traduzido um “descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde e tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo” (Ibidem, p. 42). Segundo a visão do autor, e que é uma realidade para nós, é que hoje não temos programas que possibilitem um acompanhamento integral, o que nos resta é submeternos aos tratamentos de alta complexidade.

Neste interim, e observando a condução da política de saúde nas últimas décadas, verificamos que a proposta do Projeto de Reforma Sanitária, entendida como reforma social,

¹⁸ O Conselho de Saúde é composto por usuários, gestores, prestadores públicos e privados e trabalhadores da saúde, de caráter permanente, deliberativo e participativo.

não representa as reformas que efetivamente aparecem a partir dos anos 90, que não garantem direitos.

Contudo, Batista Júnior (2008) nos orienta que é fundamental o reconhecimento da realidade no qual estamos vivendo na saúde. Segundo ele, nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos se, num curto prazo, não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade. Neste sentido,

É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da nossa capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos desses processos são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles o projeto será derrotado (BRAVO; MENEZES, 2008 p. 20).

Segundo Paim (2004), as questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde expressam os limites dos modelos de atenção, vigentes no sistema de saúde brasileiro. Ainda que guardem intrinsecamente relações com os problemas referentes à infraestrutura, ao financiamento, à organização e à gestão revelam toda a crueza do modelo de desatenção hegemônico. Assim, o acesso e a qualidade das ações e serviços são condicionados pela distribuição desigual da infra-estrutura do sistema de serviços de saúde.

De acordo com o autor este modelo de desatenção tem “sua expressão fenomênica em um caleidoscópio de maus tratos e de desrespeito ao direito à saúde”. Segundo o autor, encontramos neste universo: filas vergonhosas, corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; longas esperas para realização de consultas ou exame; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módico” ou por fora nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados” (p.26), são essas e outras questões que compõem a definição da categoria defendida por Vidal (2008) como acesso incompleto dos serviços de atenção à saúde.

1. 4 - Movimento Feminista, Reforma e Saúde - Um adendo

Ainda que falar em câncer de mama não signifique falar apenas de mulheres, é sobre este público que, majoritariamente, essa doença incide. Falar em mamas, é tocar num assunto extremamente complexo para as mulheres e que mexe com o imaginário social acerca destas. Por isso, entender que as questões de gênero estão presentes nas relações que as pessoas (inclusive os profissionais de saúde) estabelecem entre si em uma dada sociedade facilita a intervenção profissional na assistência a estas mulheres. Em primeiro lugar, devemos destacar que as mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde, bem como compõem a maior parte dos trabalhadores do sistema, entretanto, são pouco representadas nos processos de decisão e de formulação de políticas públicas de saúde – o que influencia as relações travadas dentro do próprio modelo de sistema saúde implementado. É neste sentido que Gama (2006) referindo-se ao modelo Sistema Único de Saúde, aponta que há lacunas no que tange a assistência prestada.

Esse modelo de assistência que segmenta os usuários, que os individualiza, que é biologizante, que não interpreta os fenômenos de saúde e doença a partir de sua determinação social, é um modelo que tende exponencialmente a ser mais custoso, menos eficiente e cada vez mais insatisfatório, do ponto de vista da resolução das demandas que os usuários apresentam (GAMA, 2006, p. 268).

A partir desse paradoxo, relacionamos a construção do processo histórico do modelo das políticas de saúde com o contexto social nas quais as relações sociais e de gênero são travadas cotidianamente. Segundo Veloso e Bezerra (2004, p. 107), “as relações sociais são compostas por uma pluralidade de processos e fenômenos sociais nos quais as dimensões de gênero encontram um lugar relevante”. Essas questões estão presentes no cotidiano das mulheres, principalmente no papel social que elas ocupam nesta sociedade. Isso porque a temática está imbricada diretamente na compreensão de como as relações de gênero se dão e como estas se perpetuam socialmente. Sendo assim, faz-se necessário compreender as relações de gênero como um fenômeno social que expressa essas contradições, não sendo diferente no campo da saúde.

Por gênero entende-se, conforme Louro (1996), como uma construção social, no que se refere às funções e atributos considerados próprios dos homens e das mulheres. Deve ser

considerado como questão social, ou seja, como produto e processo da própria sociedade. Não se trata, portanto de um fenômeno natural.

Como gênero é um conceito relacional e transversal, faremos a todo momento, a relação com a dimensão, geracional, educacional e de classe. Esse caminho metodológico nos permitirá analisar criticamente as condições sociais que não permitiram estas mulheres, com câncer avançado, alcançar o diagnóstico precoce. E, acima de tudo, sistematizar as contradições do sistema de Saúde através do cotidiano dessas mulheres.

Desde o início dos anos 1970, importantes setores do movimento feminista insatisfeitos com a atenção dada à saúde das mulheres, vinham debatendo as condições necessárias para se dar às mulheres um atendimento integral, em prol de um modelo de assistência em que o corpo feminino fosse tratado como um todo e não de forma fragmentada.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada neste período às demandas relativas à saúde reprodutiva. A política pública evidenciou um salto na qualidade na década de 1980, quando o Ministério da Saúde, em 1984, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Os últimos anos também marcaram a implantação de políticas de saúde femininas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde e toda legislação que veio a seguir¹⁹.

Segundo Osis (1998), o PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 1980, decorrentes da intensa discussão que vinha se realizando desde os anos 1970 sobre universalidade e integralidade, no âmbito do Movimento Sanitário. Tais mudanças aconteceram à medida que, paulatinamente, foram se incorporando os conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde, principalmente aquelas atreladas à saúde da mulher.

¹⁹ No mesmo ano, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em 2005, foi implantada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e, no ano seguinte, foi instituída a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Em 2007, surgiram a Política Nacional de Planejamento Familiar e o plano integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e, em 2008, foi lançada a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS). Fonte: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index2.php?Area=Noticia&Destques=0&Num=33>.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher (COSTA, 1992, p.1 apud OSIS, 1998, p.30).

Um dos objetivos desse programa era aumentar a cobertura dos serviços de saúde à mulher, com base no princípio da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2000). Mas ao longo de sua implementação, estudos vêm apontando que o mesmo não correspondeu as demandas das mulheres em sua totalidade, pois a execução do programa vislumbrava aspectos muito mais de controle, principalmente no que se refere à saúde reprodutiva, não considerando as múltiplas necessidades femininas. Talvez pudéssemos afirmar que a condução deste programa teve um caráter focalizado nas mulheres pobres e manteve a preocupação central com a reprodução. E, vale acrescentar, que não demonstrou em sua trajetória, uma preocupação sistemática com o câncer de mama, apesar da magnitude assumida por este.

Como vimos neste capítulo, o Movimento Sanitário – fruto da organização de vários movimentos sociais, inclusive do movimento feminista – foi um dos grandes responsáveis pela materialização do conceito de saúde definida na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Como afirma Bravo (1996) na conjuntura da crise de legitimação do regime autoritário, caracterizada por distensão política, o aparecimento dos movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista, contribuiu para o fortalecimento da sociedade civil. Neste sentido, “a saúde deixou de ser interesse apenas dos teóricos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 1996, p.61). A partir deste reconhecimento e considerando a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho formal a partir da década de 1970, se fez necessário construir programas de saúde no âmbito das políticas públicas voltadas para este segmento.

Observa-se que o tema central dos questionamentos das ações em saúde estava baseado na discussão sobre universalidade e integralidade, perspectiva que vinha sendo difundida concomitantemente pelo Movimento Sanitário e definida como princípios no Sistema Único de Saúde. Tais mudanças na concepção de saúde em sua totalidade ocorreram à medida que, paulatinamente, foram se incorporando os conceitos de integralidade e

universalidade às políticas públicas na área da saúde (OSIS, 1998). Estes princípios articulados a outros eram vistos como bandeira de luta do Movimento Sanitário.

Segundo Osis (1998), o PAISM além de expressar os princípios de integralidade e universalidade, também representou um importante passo da luta da Reforma Sanitária, culminando com os debates da Constituição de 1988, que materializou parte das reivindicações do Movimento Sanitário, como também as reivindicações do próprio movimento de mulheres, cuja atuação era expressiva naquele momento histórico (OSIS, 1998).

O PAISM foi desde sempre reflexo desta articulação entre política feminista e cidadania social. Suas diretrizes questionavam a visão materno-infantil estreita da política então implementada pelo Ministério da Saúde, propondo a integração das ações de assistência às mulheres. (...) Do ponto de vista das feministas que apoiaram a formulação do programa - e que desde então lutam por sua implementação efetiva - o PAISM sempre foi mais que um programa de saúde. Tinha e tem o sentido estratégico de levar o Estado a reconhecer que as mulheres não são apenas esposas e mães, mas sujeitos integrais da vida social e política, em outras palavras cidadãs (CORREA, s/d).

Segundo Costa (2004), o PAISM é composto por um conjunto de diretrizes que deve ser operacionalizado pelo SUS, no SUS e para o SUS. De acordo com a autora, o programa é uma política que articula o ideário da saúde como direito e a conquista da autonomia das mulheres. Podemos assim dizer que o PAISM esbarrou nas concepções de gênero e manteve a preocupação da saúde da mulher na esfera da reprodução, bem como manteve os homens afastados dessa discussão, responsabilizando as mulheres por esse processo. Dessa forma, reafirmando a perspectiva dominante de gênero, principalmente na formulação de políticas de saúde.

No que tange à integralidade das políticas de saúde com ênfase na saúde da mulher, esse sistema é implementado e incorporado nos discursos dos governantes de cima para baixo, não acontecendo a interlocução com outras esferas sociais. Grosso modo, percebe-se uma fragmentação do sujeito nesta atenção que dicotomiza essa mulher: de um lado, programas voltados para a saúde reprodutiva; por outro lado, revela a falta de integração com programas voltados para o corpo doente, fragmentando essa mulher na atenção em saúde. Não há uma integralidade real entre essas políticas na rede de atenção à saúde na perspectiva da promoção da mesma. O que de certa forma, implica contrariar o próprio conceito de saúde, defendido pelo movimento de Reforma Sanitária e materializadas nos pressupostos legais do Sistema Único de Saúde.

Além da constatação epidemiológica do problema do câncer no Brasil, a magnitude e a complexidade do problema das neoplasias mamárias para a saúde da mulher, ainda demonstra que estas estão submetidas às práticas de saúde pouco eficientes. Observa-se que este tipo de câncer é um dos mais conhecidos e divulgados pela mídia e tem sido apontado como uma das prioridades de intervenção das políticas de saúde²⁰. Por sua relevância, esta patologia foi escolhida como alvo dos programas de prevenção do Ministério da Saúde, ou seja, existe uma política de Estado voltada para esta questão.

No entanto, Skaba (2003) pondera que existe uma dificuldade de acesso à rede e há ainda, desqualificação de alguns serviços, tanto públicos quanto privados, para definição do diagnóstico precoce, fatores estes que contribuem para o agravamento da problemática do diagnóstico tardio. Um fator apontado pelo Ministério da Saúde para sanar esta questão, seria a ampliação da rede de serviços, com vistas a uma urgente reorganização do sistema, como também capacitar profissionais e fornecer mamógrafos de última geração para cobrir esta demanda.

Carvalho (2004) em seu estudo²¹ ressalta que no país temos poucos estudos relativos à cobertura das ações de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama, anterior ao Programa Viva Mulher²². Segundo a autora, no Brasil até a implantação deste programa, as ações de controle da doença foram desenvolvidas de forma isolada e pontual, em alguns estados e municípios, muitas vezes por organizações não governamentais, não sendo assegurada uma conexão com as políticas nacionais de saúde. Tais iniciativas basearam-se em campanhas periódicas e de limitada abrangência, refletindo as dificuldades de implementação de programas que visem à promoção da saúde.

Para esta autora, o problema do câncer no Brasil é um dos exemplos da contradição em que vivemos, pois os avanços tecnológicos e o conhecimento científico não têm se traduzido em melhoria das condições de vida e do acesso aos serviços de saúde para a população como um todo (CARVALHO, 2004). Ou seja, a apropriação desse desenvolvimento não foi socializado igualmente a toda população, afetando, no caso do câncer, especialmente as mulheres dos segmentos mais vulneráveis. Mas apesar desse panorama, não se pode dizer que não houve avanço na detecção precoce e controle do câncer

²⁰ Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, Pacto pela Vida, campanhas publicitárias, presentes também nas Metas do Milênio entre outras.

²¹ Estudo realizado com mulheres com câncer de colo de útero matriculadas no INCA II.

²² O Programa Viva Mulher foi concebido a partir da Conferência Mundial da Mulher, na China em 1995. O governo brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional, reconhecendo a necessidade de um programa de âmbito nacional. Implantado em 1997 no país, primeiramente visou o controle do câncer de colo do útero, só em 1999 incorporou a questão da neoplasia mamária. Disponível em inca.gov.br/viva_mulher.

de mama no Brasil, isso pode ser justificado com a construção das diretrizes da política de atenção oncológica. Atualmente, o problema do câncer de mama está sendo enfrentado no Brasil pelo Ministério da Saúde, através do INCA, palco desta pesquisa, que vem desenvolvendo ações e buscando parcerias para superar o quadro alarmante da doença.

Segundo Carvalho (2004), o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher²³ - vem sendo uma importante estratégia para o controle da doença, configurando-se como um programa de ações sistematizadas e integradas, em âmbito nacional. Atualmente, as medidas preconizadas pela Política de Saúde para detecção precoce são vislumbradas a partir de alguns parâmetros que estão contidos no documento “Controle do Câncer de Mama”. Segundo este documento, no intervalo compreendido entre os 50 e 69 anos, a cada 100 mil mulheres, 300 desenvolvem câncer de mama (BRASIL, 2004). Algumas diretrizes são recomendadas para rastrear a doença em estágios iniciais, principalmente em mulheres assintomáticas. O documento ressalta ainda que as mulheres devem praticar o auto-exame e submeter-se à mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos. No próximo capítulo, trataremos melhor esta questão.

Não podemos desconsiderar que o câncer é uma doença impregnada de estigmas que dificultam ainda mais seu enfrentamento pelos sujeitos enfermos e de seus familiares. Apesar dos avanços científicos conquistados que possibilitam tratamento e mesmo a cura da doença – quando diagnosticada e tratada precocemente – o câncer continua sendo uma doença diretamente, associada às mutilações (BRASIL, 2007). E esta questão é reforçada pela grande incidência de casos de doença avançada, devido ao diagnóstico tardio, para os quais pouco ou nada se pode oferecer em termos de tratamento curativo, fato constatado na pesquisa de Carvalho (2004).

Conforme Minayo (2004, p. 13), “a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social”. Vivenciar uma situação de doença como o câncer é uma experiência complexa e sofrida para qualquer pessoa. Ela traz consigo uma série de implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas para a vida dos sujeitos enfermos e sérios comprometimentos para suas famílias. Neste sentido é que “ao pensar sobre o significado da doença e suas implicações para o ser humano, deparamo-nos refletindo sobre a vida num sentido mais amplo e subjetivo” (OLIVEIRA; SOUZA, 1996, p. 43). O câncer fala de comprometimento do cotidiano das pessoas, impactando a sua dinâmica de vida

²³ O Programa tem por objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões dos dois tipos de cânceres na mulher brasileira.

individual e familiar, suas relações de trabalho e relações sociais, especialmente quando relacionada à condição de vida.

Pensar o motivo de algumas mulheres conseguirem acessar o atendimento de alta complexidade em diferentes estádios da doença nos parece um caminho para esta reflexão. Neste sentido a presente proposta de investigação focará sua análise em mulheres portadoras de câncer de mama em estadiamento avançado. No próximo capítulo nos debruçaremos melhor sobre a questão do câncer e a política de proteção a esses sujeitos.

CAPÍTULO II - O CÂNCER DE MAMA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Neste segundo capítulo, discutiremos o problema do câncer na sociedade brasileira enquanto questão de saúde pública. O câncer é considerado um grave problema de saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados e de mortalidade a cada ano, mas também pelo alto investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil.

A literatura médica aponta que a causa deste tipo de doença está relacionado à consequência dos modos de vida da população trazidos pela modernidade. Esta concepção diverge de alguns autores, conforme destacaremos abaixo. No entanto, como objeto de discussão da política de saúde na atual conjuntura essa noção está arraigada ao modo de como o sistema se organiza e como são organizados o acessos aos serviços de saúde.

De acordo com Minayo (2004) a visão mais ampliada de saúde dos grupos dominantes é mediada pela noção de “modo de vida moderno” que por sua vez fetichiza e coisifica a opressão da sociedade sobre os indivíduos, como se não fosse eles, através de forma de organização social e das instituições, atores e autores, desse “modo de vida”. Essa noção construída a partir do senso comum costuma se resumida em: ambiente, poluído, vida agitada, vida social, entre outros. Para a autora essa é uma,

representação que escamoteia o conceito de relações sociais características do modo de produção capitalista, que traduzem em objetivação da vida no lucro, contradição entre os que delas se apropriam, entre a harmonia como a natureza e seu seu predatório com a finalidade econômica imediatista (MINAYO, 2004, p. 182).

Dentro desta lógica, a autora ressalta que as “doenças metáforas” servem para marcar a concepção dominante para encarar o fenômeno de saúde/doença. A problemática do câncer deve ser, neste caso, entendido a partir do caráter histórico da sociedade.

Do ponto de vista da tecnologia médica, essas doenças funcionam como desafio à ciência, ao progresso e reafirmam a ideologia desenvolvimentista segundo a qual o poder da medicina investe para vencer (MINAYO, 2004, p.183). Do ponto de vista ideológico, o sentido sua imagem salvadora e filantrópica numa relação contraditória entre avanços conseguidos e o que consideram fracasso, isto é, impotência frente à morte (p. 182).

Dentro deste universo daremos enfoque à questão do câncer de mama frente às principais legislações que amparam a criação de mecanismos que visem à detecção precoce deste tipo de câncer. E principalmente, destacaremos os rumos da política de saúde frente a esta demanda, destaque para a Política de Atenção Oncológica (PNAO). Lançada em dezembro de 2005, essa política vislumbra promoção de ações integradas do governo com a sociedade para implementar uma nova política que reconheça o câncer como problema de saúde pública e estructure a realização das ações para o seu controle no Brasil por meio da Rede de Atenção Oncológica (BRASIL, 2007).

A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde passou a atribuir ao INCA competências de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Esta discussão poderia perpassar as dimensões da saúde coletiva²⁴, considerada como um processo, fruto das relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres com a sociedade, com a natureza e o sistema no seu sentido mais amplo, ou seja, o objeto da saúde é construído entre o limite do biológico e o social e compreende os determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, construindo assim uma relação da historicidade. Dessa forma, “fatores estruturais e conjunturais associam-se para marcar a premência de um repensar a saúde em uma dimensão ampliada” (NUNES, 1994, p. 15). O aporte marxista – presente, por exemplo, em AROUCA²⁵ e DONNANGELO e PEREIRA (1976) – se tornou fundamental para a estruturação teórica do campo da saúde coletiva. Segundo Borges et al. (2008),

As condições socioeconômicas, a situação geográfica das populações, aspectos étnicos, diferenças nos acessos individuais aos serviços de saúde oferecem impedimento ao diagnóstico precoce das doenças. E, apesar das décadas de 1980 e 1990 terem sido momento de crescimento dos testes de rastreamento, o acesso a eles não foi uniforme nos vários estratos sociais,

²⁴ A concepção de saúde coletiva afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. O discurso da saúde coletiva, em suma pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico naturalista. A noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. O campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (BIRMAN, p. 9-10, 1991).

²⁵ O trabalho de Arouca (2003) analisa criticamente o projeto preventista, e ressalta que “A medicina preventista realiza um trabalho de delimitação, que por um lado afirma a sua identidade e a diferença da própria medicina e por outro lado estabelece suas diferenças com a Saúde Pública e a medicina social”. Uma das discussões centrais deste autor é que havia uma discussão acerca da redefinição do campo de trabalho em saúde que tratava o preventivo e o social.

pois o rastreamento dos agravos da saúde, em especial na área oncológica, que sofre forte influência das condições socioeconômicas. Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive do câncer. É obrigação das políticas de saúde coletiva suprimir as desigualdades individuais, promover igualdade no consumo de seus serviços e, assim, estabelecer equidade na saúde das pessoas, independente de sua estratificação social (p. 114).

Segundo informações do INCA em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: pulmão (1,3 milhão); estômago (cerca de 1 milhão); fígado (662 mil); cólon (655 mil); e, mama (502 mil). Do total de óbitos por câncer ocorridos em 2005, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda, ou seja, esse índice é concentrado.

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social foi instituída a Portaria 2.439/2005 (Anexo C) que estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica direcionando as ações em saúde no sentido da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos²⁶. Ou seja, esta política de saúde vislumbra os sujeitos sociais em sua integralidade, ao se voltar para a promoção da saúde e prevenção do câncer²⁷, bem como ao diagnóstico precoce desde a atenção básica.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou o documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, no qual recomenda as seguintes ações para o procedimento de rastreamento e diagnóstico, e algumas diretrizes para rastrear a doença em estágios iniciais em mulheres assintomáticas:

- Exame clínico das mamas a partir dos 40 anos; com periodicidade anual.
- Mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre exames;

²⁶ Dados do Ministério da Saúde revelam que em 2005 o SUS registrou 423 mil internações por neoplasias malignas, além de 1,6 milhões de consultas ambulatoriais em oncologia. Sendo que em 2005, 128 mil usuários estavam em tratamento de quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial (BRASIL, 2006).

²⁷ É importante destacar que para o câncer de mama, existem algumas medidas de prevenção relacionadas à exposição dos agentes cancerígenos, como a exemplo o uso do cigarro. Mas enfatizamos que este tipo de câncer está em muito atrelado às questões genéticas, sendo para redução do índice de mortalidade a detecção precoce.

➤ Exame clínico das mamas e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres do grupo de risco²⁸.

Segundo o documento, a redução da mortalidade devido ao câncer de mama, em países desenvolvidos, está associada à sua detecção precoce por meio da utilização de mamografia e à oferta de tratamento adequado. Isso para a realidade brasileira é um complicador, visto que o sistema de saúde encontra dificuldades em ofertar equipamentos em condições favoráveis a uma detecção precoce.

O câncer de mama até o momento, não pode ser evitado. A detecção precoce da neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de mortalidade. A população feminina brasileira ainda sofre com as limitações práticas para o acesso a programas de rastreamento por mamografia no controle da doença, resultando em diagnóstico tardio, menores taxas de sobrevivência e pior qualidade de vida, quando comparada com mulheres de mesma idade, mesmo status sócio-econômico e grupo étnico, em países onde a mamografia exibe boa cobertura como parte do protocolo para diagnóstico precoce (OLLITA, 2007, p.73).

Nesta argumentação a autora relata que em países de primeiro mundo como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Dinamarca e Noruega, o aumento da incidência do câncer de mama vem acompanhado de uma redução do índice de mortalidade por esta doença. Segundo a autora essa redução está associada à detecção precoce por meio do uso de mamografia para rastreamento, como também relacionado à oferta de tratamento adequado (OLLITA, 2007). O que prova que mesmo a neoplasia mamária sendo uma doença da modernidade seu fator de mortalidade está atrelado à organização do sistema de saúde do país.

No Brasil o Documento de Consenso direciona ações governamentais no sentido de orientar serviços que ofereçam à população o acesso a procedimentos de detecção precoce vislumbrando uma oferta que contemple a quantidade e qualidade dos serviços. Segundo o INCA, a mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida em um terço entre as mulheres de 50 a 69 anos com programas de rastreamento, que consistem de mamografia com ou sem exame clínico (BRASIL, 2006b).

É importante destacar que as informações contidas neste documento servem de base para que os gestores estaduais e municipais possam planejar a atenção em nível local e

²⁸ São consideradas mulheres com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, mulheres que tem história na família de pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária (BRASIL, 2006).

regional. Segundo diretrizes do INCA, esses parâmetros técnicos têm caráter limitante e devem ser encarados como referência para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama em todo território nacional (BRASIL, 2006). Neste sentido, o INCA elaborou o Projeto Piloto de Garantia de Qualidade de Mamografia, iniciado em 2006. Esse projeto assume importância estratégica para a organização do rastreamento populacional do câncer de mama (BRASIL, 2007). Alguns países como Austrália e Reino Unido, possuem programas de controle de qualidade da mamografia (BRASIL, 2006). Aqui no Brasil, o projeto vem sendo implementado timidamente através da iniciativa do Projeto Piloto do INCA, conforme supracitado.

A Lei 11.664/2008 que entrou em vigor em abril de 2009 e que dispõe sobre a atenção integral à saúde da mulher, aponta que SUS deve assegurar a realização de exames mamográficos a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Isso no plano ideológico e econômico vem contrapor as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde através do documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. A questão é que na elaboração desta lei não foi explícita que o acesso a esse exame depende de indicação médica – fato que não foi alterado pela nova legislação. Segundo nota²⁹ divulgada pelo INCA acerca desta questão, é o profissional de saúde que indica se a mulheres deve fazer ou não o exame, de acordo com critérios estabelecidos pelo grupo de risco³⁰. De acordo com o Instituto nacional de Câncer, é necessário esclarecer que há indicações diferentes para a realização de um exame de mamografia. A indicação antes da idade pré-estabelecida para a solicitação estaria atrelada à suspeita de alguma alteração, fato que justifica o pedido para este tipo de exame independente da idade da mulher.

Em nota³¹ anterior, ressalta que ao estabelecer que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos, a nova legislação suscitou dúvidas em relação à possível mudança da faixa etária para rastreamento. A experiência internacional indica que a faixa etária para rastreamento por mamografia é de 50 a 69 anos, conforme estabelecido no Documento de Consenso. De acordo com o posicionamento do diretor do INCA, essa ampliação é um “desserviço” visto que não há evidência científica que justifique tal necessidade.

²⁹ Nota divulgada no site www.inca.gov.br de 04/05/2009 - Lei de atenção integral à mulher gera polêmica.

³⁰ De acordo com histórico familiar - hereditário, idade- faixa de etária de maior risco e incidência, obesidade, entre outros fatores de risco.

³¹ Nota divulgada em 28/04/2009 sob título: Lei garante atenção integral à mulher. Disponível em www.inca.gov.br.

Estudos recentes do Ministério da Saúde apontam que o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares como primeira causa de mortalidade no mundo em 2010. De acordo com o estudo do Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer – IARC (International Agency for research on Câncer) da OMS, estima-se que em 2020 o número de casos novos anuais seja em torno de 15 milhões. Cerca de 60% destes novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. De acordo com o relatório IARC 2008, aos casos de câncer dobraram entre 1975 a 2000 e há uma tendência dessa duplicação até 2020. A previsão para 2030 serão de 17 milhões de óbitos, 27 milhões de novos casos e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer. Nos países empobrecidos esses dados serão mais agravantes. Segundo relatório, mais da metade dos casos e dois terços dos óbitos por câncer ocorrem nos países com nível de renda baixo ou médio.

No Brasil, a Estimativa³² do INCA para o ano de 2008 e válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo, principalmente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

O câncer de mama é um dos tipos de câncer mais freqüente no mundo e no Brasil, o tipo mais incidente em prevalência e em mortalidade na população feminina, à exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2007). Este tipo de neoplasia acomete predominantemente as mulheres, mas não podemos desconsiderar os casos dessa doença na população masculina. No Brasil, de acordo com as estimativas para o ano de 2008 ocorrerão 49 mil novos casos de câncer de mama feminina, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observado na esfera internacional (BRASIL, 2007).

Diante deste cenário fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos usuários dos serviços de saúde, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS.

A neoplasia mamária é a maior causa de óbitos na população feminina brasileira, principalmente na faixa etária de 40 a 69 anos e sua incidência varia em função de fatores

³² Esta é uma publicação do INCA que estima o panorama do câncer de dois em dois anos no cenário brasileiro. Disponível em: www.inca.gov.br

como predisposição genética, obesidade, idade, sedentarismo, entre outras. Mas seu índice de mortalidade está atrelado muito a uma questão mais social, principalmente de acesso completo aos serviços de saúde. De acordo com dados mais recentes do Sistema de Informação sobre mortalidade - SIM 10.950 mulheres morreram em decorrência do câncer de mama.

O estudo de Trufelli (2008) procurou identificar as possíveis fases de atraso na condução de pacientes com câncer de mama atendidas em um hospital público, desde a suspeita até o diagnóstico e o início do tratamento. Esta pesquisa constatou que o maior atraso ocorreu entre a suspeita mamográfica de câncer e a realização da biópsia. Sendo significativamente maior nas pacientes com câncer de mama de estágio avançado, comparativamente àquelas de estágio inicial (TRUFELLI, 2008).

Segundo a autora, pacientes com câncer de mama tratadas em serviço público sofrem atrasos importantes, principalmente no período de diagnóstico de sua doença. Isso sugere também que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estágios mais avançados da doença.

A taxa de mortalidade relacionada ao câncer de mama corresponde a 15%, sendo que seus índices apresentam-se crescentes e elevados, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados. Informações de registros hospitalares do INCA de 2000/2001 indicam que 50% dos tumores de mama no Brasil são diagnosticados no estágio III. Também, o acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos. Recorrendo a um estudo preliminar, realizado nos três serviços de oncologia clínica ligados à Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André, Trufelli (2008) mostra que nas mulheres estudadas, o atraso no diagnóstico do câncer de mama está, em grande parte, relacionado ao tempo que a mulher demora a procurar os serviços de saúde a partir da detecção do primeiro sintoma ou sinal (por exemplo, a palpação de nódulo ou outra alteração na mama).

A pesquisa constatou que a partir do primeiro sintoma, a média de tempo para agendar a primeira consulta foi de três meses (0-58,2 meses), sendo o atraso devido à demora entre a primeira consulta e a realização da biópsia. Em relação à demora entre o dia da primeira consulta até o ato da biópsia foi de dois meses (0-49 meses). Este estudo buscou subsídios nos dados de um estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI) que indicam que em países desenvolvidos aproximadamente 40% das mulheres relataram um

atraso³³ no diagnóstico do câncer de mama de quatro semanas ou mais entre o primeiro sintoma e o resultado do exame, e outras 25% queixaram-se de um retardo maior que oito semanas. Em relação ao Brasil há uma enorme disparidade de tempo. De acordo com Trufelli (2008), a análise estatística também mostrou que o estágio IV³⁴ da doença está relacionado a um maior intervalo entre a mamografia e a biópsia.

Atualmente, o controle do câncer de mama é uma prioridade da política de saúde do Brasil e foi incluído como uma das metas do Pacto Pela Saúde (2006), cujo objetivo é o fortalecimento, a integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde, através de estratégias que incorporem a co-responsabilização dos gestores federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007). A Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto Pela Vida e também estabelece os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto Pela Saúde – Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama (Art. 1º-II), reforçando as metas e diretrizes estabelecidas em 2006.

No Plano de Ação para Controle de Cânceres do Colo de Útero e da Mama 2005 -2007, são apresentados os parâmetros para programação da atenção ao câncer de mama (BRASIL, 2007). Estes reafirmam os mesmos pressupostos da atenção na necessidade de equipamentos para uma oferta de serviços de acordo com a demanda de cada região, sendo assim, os municípios têm de desenvolver estratégias de ação em saúde para dar conta da demanda por este tipo de serviço. O SISMAMA (Sistema Eletrônico de Rastreamento sobre Câncer de Mama³⁵) permitirá a avaliação rápida e regular de dados sobre este câncer, para apoiar o desenvolvimento de ações mais eficazes para controle da doença, seja em prevenção, vigilância ou assistência. Este sistema foi instituído pela portaria 779 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em 31 de dezembro de 2008, tem objetivo de registrar e centralizar informações de todas as usuárias e realizarem mamografia no SUS. Neste sentido, o INCA tem realizado treinamento dos profissionais dos 27 estados para o uso do sistema. Segundo informações do Instituto, para garantir o funcionamento desta ferramenta, o repasse do pagamento dos exames aos prestadores de serviço pelo SUS será condicionado à atualização de dados do sistema. Ou seja, para receber o repasse das verbas as empresas prestadoras de serviços serão obrigadas a prestar informações sobre esses exames. Segundo nota divulgada, hoje estão em operação no SUS 1.246 mamógrafos, que realizaram em 2008 um total de

³³ Molina, et al. (2003), pautados em estudos anteriores ressaltam que o atraso no tratamento do câncer de mama pode ser dividido em três fases. A primeira ocorre a partir do primeiro sintoma até a consulta médica. A segunda ocorre da primeira consulta até o acesso ao serviço de referência especializado em seu tratamento, e a terceira, da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico.

³⁴ Fator que diagnostica o câncer em fase avançada.

³⁵ Informações recentes apontam que a implementação desse sistema já teria ocorrido em abril do corrente ano.

2.946.328 exames. Para este ano, tem previsão de lançamento do Programa Nacional de qualidade em Mamografia, com objetivo de garantir a qualidade da imagem, a dose de radiação correta e a interpretação adequada das mamografias realizadas no SUS em todo o país. Essa questão resolveria muito dos problemas supracitados que são advindo destes impasses.

Tomemos a concepção de Minayo (2004) que considera que “as práticas e programas de saúde expressam os conflitos e diferenças que existem no setor e as condições de classe da população em que vive as contradições mais gerias da sociedade que também expressam no setor da saúde” (p.157)

Apesar deste investimento na criação de novos aparatos para a área da saúde, é importante salientar que conforme Godinho e Koch, (2004) nos alerta que o sucesso de um programa de rastreamento do câncer de mama depende do engajamento da mulher, do médico, e da disponibilidade de infraestrutura. Ou seja, além da necessidade de todo aparato tecnológico, há necessidade de incluir os diferentes sujeitos no processo de saúde³⁶. Dessa forma, nossas reflexões devem procurar analisar igualmente, as condições de trabalho fornecido ao trabalhador da saúde, principalmente na atenção básica e secundária no que tange à falta de capacitação dos profissionais, equipamentos – mamógrafos – e a própria questão de gênero³⁷, muito atrelado ao modelo das políticas de saúde voltado para este segmento, dificuldade que se apresenta no cotidiano das mulheres em busca do diagnóstico precoce. De acordo com Borges et al. (2008), no Brasil, não há uma quantidade suficiente de mamógrafos – e mesmo os que existem nem sempre propiciam uma boa leitura dos exames – para atender às necessidades da população feminina, bem como de profissionais treinados para realizar o exame clínico das mamas das mulheres. Discutamos um pouco mais a questão do auto-exame e dos mamógrafos.

Aproximadamente 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, ao palpar acidentalmente suas mamas. Sabe-se que um dos fatores que dificultam o tratamento e

³⁶ Por outro lado, o câncer por ser uma questão de saúde pública, é alvo de programas na política de saúde atual. O debate e as ações acerca da detecção precoce desta doença têm incorporado outros sujeitos, principalmente nas campanhas em prol da promoção da saúde. Neste campo, percebemos um chamamento ao envolvimento do terceiro setor. As campanhas publicitárias do Ministério da Saúde têm dividido espaço com a responsabilização das empresas de cosméticos. Se por um lado esse tipo de publicização coloca outros componentes da sociedade como co-participantes na luta pela saúde, por outro há uma desresponsabilização do Estado em prover os mecanismos de uma detecção precoce. Contudo, verifica-se nesse universo de discussões uma tendência à responsabilização das mulheres em relação ao auto-exame. Se identificado o nódulo, qual o suporte da rede para suprir a demanda desta população? Ou há uma ausência de continuidade do processo em questão?

³⁷ Este conceito foi discutido no Primeiro Capítulo, mas é importante enfatizar nosso entendimento de gênero enquanto uma categoria histórica, fruto das relações sociais envolvendo homens e mulheres.

pioram a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama é o avançado estágio da doença no momento em que estas são submetidas ao primeiro tratamento. Em geral, mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), gerando tratamentos muitas vezes mutilantes, causando sofrimento à mulher e onerando os cofres públicos (BRASIL, 2001, p.5).

Estudos de Borges et al.(2008) com mulheres de Jundiaí - SP demonstram que quase 40% das mulheres estudadas em sua pesquisa fazem o auto-exame da mama mensalmente, enquanto mais de 60% não fazem ou raramente o fazem. Borges et al.(2008) identificam que a dimensão educativa em saúde deva ser uma questão pertinente para o sucesso da detecção precoce. De acordo com esses autores “não é possível dissociar o papel dos responsáveis pela adoção de políticas públicas e dos profissionais de saúde da responsabilidade de atuar quanto ao aspecto da educação da população para a saúde” (p. 118). Coadunando com esta posição, encontramos na pesquisa de Godinho e Koch (2004) o mesmo chamamento em direção à dimensão política da educação em saúde. Neste sentido,

Cabe ao médico exercer não somente atividade assistencial, mas um papel educativo, fornecendo à população informações que lhe sejam úteis na prevenção, controle e combate das enfermidades. A "mercantilização" da medicina, imposta pelos planos e seguros saúde, ou mesmo pela estrutura de atendimento de grande parte das unidades assistenciais oficiais, restringe a oportunidade dos médicos de exercer, e exercitar, o papel de agente disseminador de informações médicas. O tempo destinado às consultas costuma ser inadequado, e a necessidade de "produtividade" impede um contato verbal efetivo (GODINHO; KOCH, 2004, p. 96).

Segundo Borges et al. (2008), o auto exame pode representar importante forma de detecção menos tardia do câncer de mama, e talvez mais viável em momento prévio à implantação dos programas de rastreamento; no entanto, para os autores vale salientar que o foco principal vai muito além do exame clínico das mamas feito por médicos qualificados responsáveis pela saúde das mulheres. A análise das políticas públicas, segundo este autor, deve ser racionalizada, neste caso, via implantação dos programas de rastreamento mamográfico acessíveis às brasileiras, com ampla cobertura da população (BORGES et al. 2008, p. 121).

Contudo, é importante não responsabilizarmos essas mulheres pela realização do auto-exame, ou seja, há uma reprodução social da culpabilização desses sujeitos (as mulheres) no que se refere à responsabilidade de dar conta de uma detecção precoce através dos

mecanismos de auto-exame. Na prática em saúde, há necessidade do serviço de apoio diagnóstico se articular com outros serviços. Com relação ao auto-exame este não deve estar estritamente colocado como uma situação a ser resolvida pela população.

Em nota recente, o INCA divulgou que não estimula o auto-exame de mamas como estratégia principal de detecção precoce. A recomendação é que o exame das mamas realizado pela própria mulher faça parte das ações de educação para saúde e não como estratégia isolada. Segundo o Instituto, as evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas somente, não é eficiente para rastreamento e não contribui para redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, nessa mesma nota, afirma que o auto-exame das mamas traz consigo conseqüências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, como também uma falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos³⁸. O INCA conclui ainda que o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissionais de saúde (médico e enfermeiro) qualificados para essa atividade.

No Brasil, um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença é descoberta, diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento (BRASIL, 2007). Pesquisando os dados disponibilizados no Registro Hospitalar do HC III (2000) disponibilizado na internet³⁹, estes nos informam que em relação à referência de encaminhamento para o hospital, 2.358 (59,0%) das pacientes foram referenciadas por instituição pública; 1134 (28,4%) foram por demanda espontânea e 471 (11,8%) foram referenciadas pelo setor privado. Apenas 33 (0,8%) não tinham a informação quanto à referência. Em relação à assistência prévia, ou seja, com relação à detecção, 2787 (69,7%) dos pacientes chegaram ao hospital sem nenhum diagnóstico ou tratamento e 1206 (30,2%) tiveram o diagnóstico prévio estabelecido (INCA 2000).

Segundo Moraes (1998), já nos anos de 1986 a 1994, cerca da metade dos casos de câncer mamário atendidos no Hospital do Câncer III, encontrava-se em estágios avançados. Para o autor, isto também se verifica, de forma igual ou agravada, em outros registros hospitalares, o que demonstra em sua concepção que o diagnóstico tardio é um problema nacional, não restrito ao câncer de mama, e denota o baixo grau de diagnóstico clínico feito no sistema de saúde brasileiro (MORAES, 1998).

³⁸ Informação disponível em http://inca.gov.br/conteúdo_viem.asp?id=1932. Acesso em 01/04/2009.

³⁹ Fonte: Registro Hospitalar de Câncer/HC III / INCA. Para maiores informações consultar o site <http://www.inca.gov.br/rhc/>

Segundo informações do Registro Hospitalar, no período de 1994 a 1998 das 3.996 pacientes matriculadas no hospital com neoplasia maligna, 3.539 (88,6%) tiveram o estadiamento clínico estabelecido. Destes, 2.184 apresentavam a doença em estágio clínico II e III o que corresponde a 54,6% do total de tumores com estadiamento clínico. No que se refere à detecção precoce, os dados nos informam que apenas 561 (14,0%) chegam a unidade de alta complexidade com estágio *in situ*, 446 (11,2%) com estágio I e 457 (11,4%) com estágio IV, já muitas vezes fora de possibilidade terapêutica. Segundo o Registro Hospitalar, 458 (11,5%) não tiveram o estadiamento clínico informado.

Apesar do câncer de mama não estar relacionado diretamente a incidência de tumores ligados à pobreza, como câncer do colo do útero, pênis e estômago (BRASIL, 2006b), seu índice de mortalidade pode estar indiretamente associado às condições de vida da população, principalmente em relação à intensidade da desigualdade social, ou seja, à oferta de serviços de saúde. Apesar da saúde no Brasil ser considerada universal na Constituição de 1988, sabemos que a população encontra dificuldade de acesso, ou acesso incompleto no dizer de Vidal⁴⁰ (2008). O sistema apresenta ineficácia das ações e integralidade das ações. É importante ressaltar que a universalidade do acesso não pode estar descolada dos outros princípios do SUS, equidade, intersetorialidade e integralidade das ações. Para Vidal (2008, p. 134):

A concepção de acesso diz respeito ao direito universal à saúde, com controle social, o que ultrapassa o agendamento de uma consulta médica e/ou um exame marcado para meses após a solicitação. O acesso à saúde inclui promoção, prevenção, serviços assistenciais, enfim, a garantia da qualidade de vida aos cidadãos conforme assegura a Constituição Federal de 1988. Trata-se da capacidade do usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente, consistindo, assim, na disponibilidade dos serviços e recursos de saúde e sua utilização por parte de quem necessita.

Além da dificuldade do próprio sistema em gerir serviços, nos deparamos com situações de ordem sócio-econômica e cultural. Segundo Ollita, tem aquelas mulheres que não visitam o médico por vários motivos, entre eles não podemos descartar a questão do trabalho.

⁴⁰ Para definir o significado de acesso incompleto, a autora considerou as ações e serviço de saúde de média complexidade, dando ênfase nas consultas especializadas e na realização de exames laborais de apoio diagnóstico. O termo utilizado pela autora, expressa a falta de continuidade do tratamento e do não acesso aos retornos das consultas e exames, ou seja, segundo a autora engloba a ausência de oferta de serviços adequados para o alcance da resolutividade das ações. Através desta ótica, a autora designou sua pesquisa a partir da demanda reprimida do sistema de saúde como reflexo da falta de acesso as variadas portas de entrada do sistema; da falta de acesso entre os diferentes níveis de atenção à saúde; como também da falta de acesso no interior de um mesmo nível de sistema (VIDAL, 2008, p. 134-135). Ou seja, refere-se à própria continuidade dos serviços.

Ou seja, “as que vivem em áreas rurais e nas periferias empobrecidas das grandes cidades” (OLLITA, 2007 p.77).

No plano macroeconômico, devido à relação de trabalho da classe trabalhadora, algumas mulheres podem justificar sua dificuldade de fazer o exame devido ao ritmo de trabalho, muitas não encontram tempo hábil para este acompanhamento, fora as imensas filas nas madrugadas por um atendimento no setor público de saúde.

Segundo Skaba (2003), uma medida importante para atenção em saúde, refere-se à necessidade de se disponibilizar atendimento nos serviços públicos em horários e dias que contemplem as mulheres trabalhadoras. Segundo a autora, embora algumas propostas neste sentido já tenham sido elaboradas, “o atendimento em horários noturnos e finais de semana, efetivamente, não se concretizou para as camadas menos favorecidas da população” (SKABA, 2003, p. 111).

É preciso analisar a situação do câncer a partir das condições sociais, através desta ótica poderemos entender que as condições de vida da população têm intrínseca relação com a saúde, reafirmando assim o conceito de saúde defendido pelo Movimento Sanitário, sendo compreendido não como ausência de doença, mas como resultado das condições de vida da população. Se quisermos entender a realidade da saúde pública, precisamos nos aproximar de uma análise que contemple toda estrutura econômica, política e social de uma dada sociedade.

Partimos do princípio que mulheres de classes sociais menos favorecidas têm uma maior dificuldade de acessar os serviços de saúde, por conta das suas condições de vida e trabalho e principalmente pelo precário suporte da rede básica, em relação ao fornecimento de subsídios para uma detecção precoce. O que nos leva a crer que conseqüentemente, o tempo de espera por um exame e/ou resultado do mesmo tem intrínseca relação com o diagnóstico tardio.

Para Wünsch Filho et al. (2008), as diferenças socioeconômicas de uma população têm “reflexos no perfil epidemiológico de câncer, no que diz respeito à incidência, mortalidade, sobrevivência e qualidade de vida após o diagnóstico” (p.427). Ainda nesta perspectiva, os autores consideram que:

A associação entre níveis socioeconômicos da população e a incidência e mortalidade por câncer envolve múltiplos aspectos. Distintos padrões culturais entre diferentes classes sociais têm influência nesta relação, e são contínuas as mudanças no tempo e espaço de estilos de vida e exposições de

risco para câncer entre classes sociais (WÜNSCH FILHO et al. 2008, p. 428).

Ainda de acordo com estes autores, as modificações nas condições sociais dependem de mudanças estruturais na sociedade, a exemplo de melhorias do nível educacional; no entanto, “investigações epidemiológicas bem conduzidas podem contribuir para o planejamento de intervenções visando a reduzir o impacto dos determinantes sociais em câncer” (WÜNSCH FILHO et al. 2008, p. 427).

Baixos níveis socioeconômicos são consistentemente relacionados a um pior prognóstico após o diagnóstico de câncer. Mesmo para os tumores mais incidentes nos estratos populacionais de melhor condição social, como câncer de mama e melanoma, a sobrevida apresenta relação inversa (WÜNSCH FILHO et al. 2008, p. 431).

Em seus estudos Wunsch Filho et al. (2008) observam que os indivíduos dos estratos sociais mais baixos têm acesso restrito aos serviços de saúde. De acordo com análise dos autores, em geral, essa dificuldade implica demora do diagnóstico. Para eles como consequência, a detecção tardia de tumores traduz-se em pior prognóstico e intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras.

Nesta mesma perspectiva, o estudo de Molina et al. (2003) procurou identificar e analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mama, disponíveis para as mulheres do município de Botucatu (SP), entrevistando 261 mulheres com idade acima de 30 anos. O estudo, ao analisar as oportunidades de diagnóstico precoce, constatou que a prevalência e a mortalidade da doença são maiores nas mulheres idosas. Observando que estas apresentaram uma taxa menor de oportunidades de diagnóstico precoce, pois eram menos informadas sobre a periodicidade correta do auto-exame e apresentaram uma menor frequência de mamografia e de exame clínico das mamas do que as mais jovens. O grau de escolaridade também foi uma das interfaces estudadas. Esta mostrou também significância estatística, visto que as mulheres com mais anos de estudo tiveram melhores oportunidades do que as com pouco estudo.

A relação entre a escolaridade e o exame clínico das mamas foi estatisticamente significativa. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais foram expostas com maior frequência a exame clínico das mamas do que as mulheres que estudaram por até quatro anos. A idade parece também estar relacionada com maior oportunidade de realizar o

exame clínico das mamas; as mulheres mais jovens foram examinadas em maior número do que as mais velhas. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e a solicitação de mamografia. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais referiram uma frequência maior de mamografia do que aquelas que estudaram por até quatro anos. Segundo Molina et al. (2003) os programas de prevenção da mortalidade ou de diagnóstico precoce do câncer encontram seus fundamentos no longo tempo de duração da fase de promoção.

Para termos uma noção mais apurada da realidade brasileira, observamos que em relação à taxa de incidência, este tipo de câncer é o mais incidente nas principais regiões do país, perdendo somente para a região Norte, onde o colo de útero entre as mulheres é mais incidente (BRASIL, 2006). Também buscamos nos dados da Estimativa 2008 a situação do câncer em diferentes regiões do país, que nos apresenta a seguinte situação: na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (67/ 100.000), Centro-Oeste (38/ 100.000) e Nordeste (28/ 100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (16/ 100.000) (BRASIL, 2007).

Segundo documento publicado pelo INCA – “Mamografia: da prática ao controle” – para garantir o desempenho da mamografia, estão imbricadas a questão da resolatividade do equipamento no que tange à imagem de alta qualidade, como também questões que se referem à oferta de equipamento adequado, técnica radiológica correta, conhecimento, prática e dedicação dos profissionais (BRASIL, 2007). De acordo com este documento, controle de qualidade em mamografia significa o conjunto de testes para assegurar a qualidade da imagem em mamografia. Tendo por base os requisitos técnicos estabelecidos na Portaria nº. 453/98, ANVISA/MS.

Esse procedimento de atenção à saúde da mulher, nos dias de hoje é de extrema importância para uma detecção precoce. A utilização de mamógrafos de alta resolução facilita detectar um número maior de lesões mamárias, principalmente lesões pequenas, quando ainda não palpáveis. Ou seja, a utilização desse exame como método de rastreamento reduz a mortalidade em 25% (BRASIL, 2007).

A realização das mamografias é a forma ideal de detectar a doença. Não basta o toque na mama para detectar os nódulos. É preciso usar todos os instrumentos, todos os exames necessários para diagnosticar essa doença em fase inicial. A falta de acesso completo a esses

serviços se torna um complicador para a detecção precoce, principalmente para a população mais vulnerável devido à falta de oferta de serviços compatíveis com a demanda dos usuários do SUS.

Em suma, o que nos interessa discutir neste íterim, é que o serviço de mamografia pode não estar acessível a todas as mulheres, uma vez que muitas se encontram sem cobertura de serviços de saúde. Segundo Gebrim e Quadros (2006), apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos para se detectar tumores não palpáveis, o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis supera 120 dias. Para esses autores, o atendimento da rede primária é deficiente, faltam diretrizes, treinamento e acesso rápido para o primeiro atendimento.

Em pesquisa, os autores destacam que em outros países, como é o caso dos Estados Unidos, a *American Cancer Society* estimou uma tendência gradual do aumento na incidência por este tipo de neoplasia, mas segundo autores, observa-se nesse país, bem como nos países da União Européia, uma diminuição na mortalidade por câncer de mama. Apesar da redução do índice de mortalidade nos Estados Unidos o número de pacientes em estádios avançados não sofreu alteração. A redução provavelmente foi obtida pelo aumento na proporção de mulheres com diagnósticos iniciais (carcinoma *in situ* e estágio clínico I) oriundas de camadas de maior poder aquisitivo, que passaram a realizar a prevenção secundária (diagnóstico na fase pré-clínica por mamografia), aliado à redução de mortalidade obtida 2,3% ao ano.

Essa questão é crucial na proposta de uma detecção precoce, mas o que verificamos no cotidiano do atendimento dos serviços públicos de saúde, são mamógrafos quebrados e equipamento em péssimas condições de resolutividade, o que acaba dificultando a leitura pelo profissional do exame realizado. Fato constatado nos atendimentos nas Unidades de alta complexidade, pois os exames precisam ser refeitos, onerando os cofres públicos.

A não identificação de mulheres com estes riscos, associada ao diagnóstico tardio da doença, constitui-se em problema importante no controle do câncer de mama no Brasil, que apontam para a necessidade de programas que estimulem o diagnóstico precoce da doença. Por outro lado, a desigualdade de acesso à oferta de tecnologia na atenção ao câncer de mama e de seu diagnóstico precoce mostra a necessidade do conhecimento e redimensionamento da oferta real de mamógrafos, bem como de sua capacidade de realização de exames, o mesmo podendo ser dito em relação à rede de diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2001, p. 5).

Nesta perspectiva, o estudo proposto parte de uma preocupação em problematizar se os serviços de saúde hoje desenvolvidos pelos programas direcionados para a detecção precoce do câncer de mama dão respostas aos princípios do sistema de saúde? Tendo como pressuposto que esta detecção precoce é elemento fundamental para a diminuição do índice de mortalidade causada por este tipo câncer. Entende-se que a política hoje existente preconiza a detecção precoce e que a mesma não vem ocorrendo como preconizada na política de atenção oncológica. Assim, no próximo capítulo pretendemos nos aprofundar nas entrevistas que serão realizadas com as mulheres, sujeitos dessa pesquisa.

CAPÍTULO III – OS DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA – UM ENFOQUE NA ALTA COMPLEXIDADE

Este último capítulo tem por proposta responder ao objetivo principal indicado nas primeiras linhas deste estudo. Através da experiência empírica, procuramos compreender quais foram os determinantes sociais que impossibilitaram as mulheres entrevistadas e matriculadas HC III, a detectarem precocemente o câncer de mama. Para isso, procuramos centralizar nossa pesquisa na análise qualitativa para refletirmos sobre as questões implícitas ao cerne da questão. A princípio detalharemos neste capítulo todo o procedimento metodológico que conduziu o rumo da pesquisa de campo, bem como o caminho encontrado para a sistematização do material empírico. Através da Análise de Discurso traçamos os rumos de nossa apreciação. Este método trabalha com o sentido do discurso do sujeito, ou seja, como o sentido que é produzido diante da experiência que cada usuária tem diante dos dilemas do sistema de saúde e sua relação com a estrutura social. A exploração do campo contemplou as seguintes atividades: escolha do espaço para a pesquisa, escolha do grupo, estabelecimento dos critérios de amostragem e a escolha do espaço da pesquisa. O critério de inclusão nesta pesquisa se deu a partir da escolha das mulheres que apresentaram um diagnóstico de câncer avançado (estádio III e/ou IV) e foram encaminhadas recentemente para o Serviço de Oncologia do HCIII.

O conhecimento acerca dos locais de moradia confere as entrevistadas uma identidade sociocultural urbana⁴¹. É pertinente nesta pesquisa saber de qual classe social vêm essas mulheres e quais são os determinantes sociais as quais estão submetidas. Também foi relevante para esta pesquisa traçar um perfil dessas mulheres entrevistadas, bem como sinalizar seu estado civil, idade, vínculo empregatício, escolaridade, sua relação com o sistema de saúde – de onde foram encaminhadas, entre outras informações que foram pertinentes para a descrição desse sucinto perfil.

⁴¹ Afora uma entrevistada que reside na Baixada Fluminense, todas as outras residem na cidade do Rio de Janeiro.

Desta forma, fica mais fácil analisarmos através das categorias escolhidas o universo empírico da pesquisa. É válido ressaltar que problemática do acesso incompleto (categoria escolhida para esta discussão) se materializa claramente nos depoimentos dados por estas mulheres. Percebemos que em todas as entrevistas, apareceu esta questão. Todas as entrevistas de alguma forma tiveram que recorrer aos serviços privados, seja para fazer um exame, seja para agilizar o atendimento das consultas. Enfim, para dar conta do objetivo deste capítulo, levantamos os dilemas encontrados por estas mulheres na área de saúde até acessar a unidade de alta complexidade. Desta forma, para subsidiar nossa pesquisa de campo, lançamos mão das fontes contidas nos dados do registro hospitalar do HCIII dos últimos dois anos sistematizados - 2006 e 2007, como também das fontes orais através das entrevistas realizadas com mulheres matriculadas no INCA.

3.1 – TRABALHO DE CAMPO – O processo de aproximação e desenvolvimento da pesquisa

Nossa entrada no campo de pesquisa contou com o apoio dos profissionais de Serviço Social desta instituição que se integraram a pesquisa no sentido de contribuir com o desenvolvimento desta dissertação de mestrado.

No início encontramos muita dificuldade para submetermos o projeto ao Comitê de Ética, pois inicialmente precisamos de um profissional dentro da instituição que acompanhasse a condução da pesquisa. Além dessa exigência, tivemos que enviar uma série de documentos e preenchemos vários termos de compromisso. Para submetermos o projeto para apreciação desta instituição tivemos que estabelecer uma parceria entre as duas instituições UFF e INCA. Conforme mencionado, para a autorização da pesquisa de campo, o projeto de pesquisa inicial foi submetido ao Comitê de Ética do INCA em novembro de 2008, tendo sido aprovado em fevereiro de 2009 sob registro no CEP sob nº 118/08 que avaliou e aprovou o estudo. A condição para realização desta pesquisa seguiu os rígidos critérios estabelecidos pela instituição, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde aplicada à pesquisa com seres humanos.

Após esta aprovação levantamos o perfil das mulheres matriculadas nesta Unidade nos últimos dois anos. Para isso, consideramos informações sobre condições de saúde, estadiamento da doença, tempo de espera para acessar o serviço de alta complexidade, como

também informações sobre a situação sócio-econômica. Vale ressaltar que o levantamento dessas informações foi realizado através do banco de dados da instituição.

Somente após a submissão e aprovação do projeto de pesquisa ao Comitê e uma parte deste trabalho para a banca de qualificação do programa de pós-graduação que começamos a traçar melhor a nossa estratégia de entrada no campo. Após a defesa da qualificação do projeto, partimos para a pesquisa de campo mais amadurecidos e esclarecidos acerca das categorias de análise que deveriam nortear a observação de campo.

O primeiro contato com o campo empírico foi inicialmente realizado com subsídios dos dados institucionais. Além do apoio que tivemos dos profissionais de Serviço Social para submissão do projeto ao Comitê, durante o processo de coleta de dados tivemos a contribuição de dois funcionários do setor de Registro Hospitalar que disponibilizam os dados para esta sistematização, assim como a contribuição de um profissional do setor de faturamento.

É importante destacar que em nossa abordagem, os procedimentos metodológicos para a realização deste estudo não compreendem somente um conjunto de técnicas e instrumentos de investigação científica. Este estudo parte de uma pesquisa de cunho qualitativo fundamentado na concepção histórico-dialética. Este método de investigação é compreendido através da concepção do materialismo histórico que busca o conhecimento da realidade dos sujeitos em suas relações sociais. Compreendemos que a apropriação do real é indissociável das condições de existência concretas do objeto a ser estudado, ou seja, os determinantes sociais - as condições de vida e trabalho da população - posto que é necessário conhecer a realidade dessas mulheres (sujeitos dessa pesquisa), sua inserção no sistema de saúde e todas as relações sociais imbricadas no processo de adoecimento, buscando contemplar assim, a totalidade.

Trata-se de uma pesquisa essencialmente qualitativa que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização das variáveis” (MINAYO, 1994, p.21-22). Trabalha, ainda, com a utilização de técnicas quantitativas para possibilitar uma maior coerência e explicação dos dados coletados, haja vista que: “[...] o conjunto de dados quantitativos não se opõem. Ao contrário se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (Ibidem, p.22). A discussão de saúde ou doença traz uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida somente num dado estatístico (MINAYO, 2004), ou seja ela se preocupa com um nível de realidade que não pode

ser quantificado (MINAYO, 1994). Esse método de pesquisa busca investigar os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que eles se inserem.

Através desta abordagem, com base em princípios da crítica dialética, buscamos caminhar na compreensão e na contextualização dos sentidos subjacentes às narrativas das mulheres. Neste desenho de estudo, entendemos a narrativa como uma forma de representar sua experiência com o sistema de saúde.

O material utilizado foi constituído por dados primários obtidos inicialmente através das Estimativas INCA e das pesquisas bibliográficas acerca da temática e posteriormente utilizamos o banco de dados do registro hospitalar do HCIII. A análise e a interpretação dos dados se deram à luz de referências teóricas que abordam questões referentes a política de saúde no Brasil, bem como os pressupostos que norteiam a análise de conjuntura discutida no primeiro capítulo deste trabalho.

Utilizamos a técnica de entrevista narrativa como forma de nos aproximarmos dessas mulheres. Com base em Minayo (1992), a entrevista serve para confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Segundo Cruz Neto (2004) a entrevista não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como instrumento que retrata os fatos relatados pelos sujeitos. Para ele, “essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala” (CRUZ NETO, 2004, p. 57).

De acordo com o autor, através desta técnica, podemos obter dados objetivos e subjetivos. Trabalhamos com a técnica da entrevista semi-estruturada, aqui entendida “como aquela que procura combinar perguntas abertas e fechadas” (MINAYO, 1994, p.108). Para isso, antes de irmos a campo construímos um roteiro para nos servir de guia.

A utilização do gravador nos permitiu reter vários aspectos do universo pesquisado e que talvez passassem por despercebidos durante a sistematização da entrevista. Ouvir essas histórias novamente através da gravação, nos permitiu construir uma análise mais completa, mais próxima das usuárias entrevistadas. De acordo com Cruz Neto (2004) esse registro assume um papel complementar ao projeto como um todo, porém o autor nos alerta que nada “substituiu o olhar atento de um pesquisador de campo” (p. 63).

De acordo com Gomes (2004), na medida em que estamos tratando de análise em pesquisa qualitativa, não devemos nos esquecer de que apesar da análise ser considerada uma fase distinta, mesmo durante a coleta de dados a análise já está ocorrendo. Ou seja, a todo o momento estamos fazendo análise do material encontrado no campo empírico.

Todavia, escolhemos dez mulheres que foram selecionadas de acordo com o desenho e o objetivo da pesquisa. Durante a pesquisa de campo encontramos algumas dificuldades para realização das entrevistas por conta do momento político que a unidade vivencia. Hoje o número de atendimentos nesta unidade encontra-se reduzido por conta da falta de profissionais, de leitos suficientes, entre outras questões. Atualmente têm-se feito a contra-referência para outras unidades da rede. No período de nossa especialização, a média de atendimento de primeiro atendimento no setor de Serviço Social girava em torno de 10 por dia. Hoje esse número reduziu pela metade. Desta forma, tivemos que buscar essas mulheres em outros setores do hospital, optamos pelo ambulatório, no qual realizamos somente quatro entrevistas por conta da dificuldade encontrada para selecionar as mulheres com os perfis estabelecidos na pesquisa, como também por conta do atualmente número reduzido de atendimento. Após a realização dessas quatro entrevistas na sala de atendimento do Serviço Social, recorreremos ao setor de quimioterapia, onde contactamos as outras mulheres com os perfis desejados - escolhidas através da análise do prontuário - na pesquisa antes de entrarem na sala de quimioterapia.

Antes de convidarmos a participarem da pesquisa, consultamos os prontuários das mulheres para verificar o estadiamento da doença, bem como a entrevista social construída no primeiro atendimento do Serviço Social. Através dessas fontes de registros tiramos algumas dúvidas informalmente com a equipe de enfermagem acerca do diagnóstico dessas mulheres. Após a consulta aos prontuários, esperamos que as mesmas fizessem o procedimento de quimioterapia e após essa realização deste, as convidamos até a sala de atendimento do Serviço Social para que pudessem relatar suas experiências num local onde pudéssemos preservar a privacidade das mulheres entrevistadas. As entrevistas foram concedidas nos meses de maio e junho de 2009 na sala de atendimento do Serviço Social.

A amostra do estudo foi composta a partir dos seguintes critérios recomendados por Minayo (2004): (a) escolher os sujeitos que detinham os atributos relacionados ao estudo; (b) considerar tais sujeitos em número suficiente para que se pudéssemos ter uma certa reincidência das informações; (c) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa. Com isto, não buscamos uma representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática. Na seleção dos sujeitos, adotamos uma prática bastante usual em pesquisa, aproveitamos para entrevistar aquelas mulheres que estavam sendo entrevistadas no setor de Serviço Social e que

tinham indicação para tratamento neoadjuvante⁴², ou seja, aquelas que tinham indicação de tratamento combinado (quimioterapia e radioterapia, ou quimioterapia e cirurgia). A escolha deste perfil não foi por acaso, pois as mulheres a serem entrevistadas tinham que ter um diagnóstico relativamente avançado. Isso porque precisaríamos saber o porquê que elas não conseguiam detectar precocemente o câncer de mama. O grupo de sujeitos das narrativas se constituiu inicialmente de dez mulheres⁴³ que estavam fazendo o tratamento combinado. No entanto, durante a narrativa, verificamos que uma das mulheres não atendia ao critério de inclusão porque não realizava os tratamentos enfocados na pesquisa, tendo sido seu depoimento, então, descartado e substituído por outro depoimento.

Durante o processo de campo, após termos explicado o contexto e o objetivo da investigação e obtermos sua permissão para gravar, iniciávamos o processo de entrevista e ao final desta, perguntávamos a informante se ela desejava acrescentar mais algum detalhe à sua narrativa. O tempo médio de narração foi aproximadamente de vinte minutos. O setor de Serviço Social da Unidade III do Instituto Nacional de Câncer nos possibilitou o ponto de encontro com essas mulheres.

Apesar do estudo ser de natureza qualitativa⁴⁴; há de se considerar primordial os dados quantitativos, pois os mesmos subsidiam e fomentam uma análise mais global e crítica desta realidade no panorama brasileiro. Para análise quantitativa, utilizamos os dados do Ministério da Saúde para compreender a evolução da mortalidade feminina por câncer de mama. Para isso, consultamos os dados disponíveis do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), gerenciado pelo Ministério da Saúde (MS). Como também consultamos as informações disponíveis nas páginas do INCA.

Escolhemos a metodologia que contempla a análise de discurso, que segundo Gill (2002), é uma técnica que contempla uma variedade de diferentes enfoques nos estudos de textos, desenvolvidas a partir de diferentes tradições teóricas. Esta perspectiva compartilha a concepção que a linguagem não é neutra, ela é socialmente construída. Desta forma, a análise

⁴² Tratamento combinado que propõe uma intervenção utilizando duas técnicas de tratamento. Seja cirúrgica com quimioterapia, ou radioterapia.

⁴³ Amostragem é uma ferramenta conceitual freqüentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. De acordo com Deslandes e Assis (2002), essa técnica é usada para “estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (p.17).

⁴⁴ Que, segundo Minayo (2004), se preocupa com o universo de valores culturais, política e significados envolvidos nas relações humanas, históricas e que não podem ser quantificadas em dados numéricos e análises estatísticas.

dos depoimentos será feita à luz do referencial crítico dialético que considera o indivíduo e suas relações sociais.

De acordo com Gill (2002, p. 250), “a análise de discurso vê a vida social como sendo caracterizada por conflitos sociais de vários tipos”. Por isso, buscamos compreender o objeto delimitado dentro de um contexto histórico permeado de contradições considerando sempre a dinâmica da realidade social, no caso aqui a relação da população com a política de saúde. O objetivo básico deste tipo de análise é realizar uma reflexão em torno das condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos diversos campos de pesquisa. Entendemos apoiados na autora supracitada, que o Discurso é “a linguagem em interação, ou seja, segundo as suas palavras “é o efeito de superfície de relações estabelecidas e do contexto da linguagem” (MINAYO, 2004, p. 213). De acordo com a autora, esse conceito teórico-metodológico visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido dado a cada depoimento.

De acordo com Gill (2002) a transcrição “não pode sintentizar a fala, nem deve ser ‘limpada’, ou corrigida; ela deve registrar a fala literalmente, com todas as características possíveis” (p.251). Por isso, optamos em transcrever todas as falas, o que facilita uma análise mais próxima da realidade do usuário. No entanto, “fazer uma análise de discurso muda fundamentalmente a maneira como nós experienciamos a linguagem e as relações sociais” (p. 253). Ainda segundo Gil, a análise de discurso, ao mesmo tempo em que examina a maneira como a linguagem é empregada, deve também estar sensível àquilo que não é dito – aos silêncios. Entretanto, isso exige por sua vez uma consciência aprimorada de tendências e contextos sociais, políticos e culturais aos quais os textos se referem. Segundo posicionamento da autora, sem essa compreensão contextual mais ampla, não seremos capazes de enxergar os fenômenos em sua essência, não veremos alternativas dos acontecimentos, ou fenômenos que envolvem o discurso analisado e não conseguiremos reconhecer o significado do silêncio.

Porém a autora adverte que seguir esse caminho analítico é vital, mas não assegura que esse contexto possa ser descrito com neutralidade e sem problemas. Há necessidade da demarcação das categorias de análise que já foram referidas nos capítulos anteriores (Reforma Sanitária, acesso incompleto e saúde) De acordo com Gomes (2004), as categorias de análise podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, ou a partir das coletas de dados. As estabelecidas geralmente são conceitos mais gerais e mais abstratos, requer uma fundamentação teórica por parte do pesquisador. Já as que são formuladas durante a coleta de dados são mais específicas e concretas. O autor nos orienta a definir as categorias a serem

investigadas para que ao final da pesquisa, haja uma “comparação entre as categorias gerais, estabelecidas antes, com as específicas, formuladas após o trabalho de campo” (p.70). Essas servirão para aprofundar o objeto após articular o mesmo com as categorias gerais definidas na fase anterior ao trabalho de campo.

Por fim, é importante destacar que o resultado final desta pesquisa ficará disponibilizado no Centro de Estudos desta instituição, na Biblioteca Geral da Universidade Federal Fluminense (UFF) e no Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social/ Centro de Referência Documental (NPHPS-CRD), onde esse projeto está vinculado. Esse processo coaduna com os pressupostos contidos no Código de Ética do assistente social, constituindo dever profissional com o usuário dos serviços, “devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que possam usá-los para fortalecimento dos seus interesses” (CRESS, 2005, Art. 5 Cap. I Tít. III). Antes do término da nossa entrevista comunicamos as usuárias que o resultado da pesquisa estaria disponível posteriormente no Centro de Estudos da instituição para consulta.

3.2 – Perfil das mulheres atendidas pelo HC III - INCA

Para compreendermos o panorama institucional da saúde da população que é acompanhada no INCA, buscamos no Registro hospitalar alguns dados que pensamos ser pertinente para a condução de nossa análise. Desta forma, as tabelas a seguir estarão dispostas de acordo com os eixos de análise categorizados nos capítulos anteriores.

Tabela 1

Distribuição anual de casos de câncer de mama em mulheres acima de 18 anos segundo estadiamento clínico.

Ano	IN SITU	I	II	III	IV	Ñ estadiável	S/ Informação	Total
2000	32	134	460	434	226	-	179	1465
2001	62	178	565	488	210	1	104	1608
2002	50	149	483	438	163	-	83	1366
2003	63	176	444	445	137	-	104	1369
2004	84	212	476	520	139	1	76	1508
2005	55	164	415	435	126	1	75	1271
2006	76	233	504	518	172	2	56	1561
2007	70	269	610	521	196	-	44	1710
Total	492	1246	3957	3799	1369	5	721	11858

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer/HC III / INCA (Adaptado para este estudo)

Esses dados nos mostram que ao longo desses sete anos, o número de mulheres matriculadas com o carcinoma *in situ*⁴⁵ dobrou – em 2000 eram 32 e passou para 70 mulheres em 2007. No estadiamento I, de 134 foi para 269. Já nos estadiamentos II e III, respectivamente de 460 para 610 e 434 para 521, um aumento significativo. O que se verifica é que se confrontarmos os números demonstrados em 2000 e 2007, a primeira vista acreditamos que há uma redução do número de mulheres matriculadas com o estadiamento IV, mas observamos que durante esses anos houve um aumento gradativo, principalmente se observarmos esses dados a partir de 2001. Em 2002 verificamos uma diminuição de matrículas em todos os casos, até daqueles que não tinham informação. Em 2003 e 2005, constatamos um pequeno decréscimo no número de matrículas com estadiamento IV, voltando a aumentar em 2006. Esse fator pode ser justificado pelo aumento de matrículas com estadiamento não informado no ano de 2003. Observamos também que as matrículas sem informações de estadiamento tiveram um aumento em 2003, de 83 para 104, depois foi diminuindo gradativamente.

De acordo com a pesquisa de Skaba (2004) durante a década de 1990, foram encontrados os seguintes dados: em estadiamento III, foram matriculadas 4248 mulheres, representando 33% do total de mulheres. Em estadiamento IV, foram matriculadas 1308 mulheres, representando 10% do total dessas matrículas. Neste universo, nesta década tivemos 2387 pacientes sem informações sobre estadiamento, representando 18% do universo sistematizado em dados. Confrontando os dados da década de 1990 com os dos anos 2000, verificamos que em estadiamento III, encontramos 3799 matrículas. Em estadiamento IV foram realizadas 1369 matrículas até o final de 2007. É importante ressaltar que esses dados demonstram o panorama dos últimos sete anos sistematizados pela instituição. Neste ínterim, podemos afirmar que não houve uma mudança significativa nas matrículas da doença considerada em estágio avançado, fato constatado principalmente pelos dados dos estadiamentos III e IV. De acordo com Skaba (2004), em 2001 o Hospital de Câncer III encaminhou 268 pacientes para a unidade de cuidados paliativos (HC IV). Em 2006 e 2007 esse número foi de 90 e 119 encaminhamentos respectivamente. Isso significa que em 2001 esse número era bem mais expressivo, mas não significa que nos outros anos essa situação permaneceu.

⁴⁵ Nesta fase que desejável é o descobrimento do câncer, quando ainda localizado, pois há mais chance de cura.

Tabela 2 –

Tumores de mama no INCA segundo condição clínica da doença- 2006 a 2007.

	2006		2007	
	nº	%	nº	%
Fora de Possibilidade Terapêutica	90	6	119	7,1
TOTAL	1523	100	1678	100

Fonte: RHC/HC3/INCA

Tabela 3

Distribuição dos usuários, com idade acima de 18 anos, com casos de câncer segundo o estadiamento clínico da doença - 2006 a 2007

ESTADIAMENTO CLÍNICO DA DOENÇA	f	%
IN SITU	146	4,5
ESTÁDIO I	502	15,4
ESTÁDIO II	1114	34,1
ESTÁDIO III	1039	31,8
ESTÁDIO IV	367	11,2
NÃO ESTADIÁVEL	2	0,1
SEM INFORMAÇÃO	100	3,1
TOTAL	3270	100,0

Registro Hospitalar do HC III - 2006 e 2007.

Avaliando os dados acima, observamos que no estágio I, temos 502 mulheres representando 15,4% das mulheres matriculadas durante o ano de 2006 e 2007. Em estadiamento II, temos 1114 mulheres matriculadas representando 31,4% das mulheres. Ainda no estágio III temos 1039 matrículas, 31,8% e estadiamento IV 367 mulheres, 11,2% do total de matrículas durante esses dois anos. Isso significa que a maioria das mulheres matriculadas nestes dois anos já apresenta quando matriculadas na unidade hospitalar, a doença em evolução e não em fases iniciais conforme preconizado pelas políticas de atenção à saúde das mulheres.

De acordo com o sexo, a distribuição da doença na população brasileira concentra-se na população feminina, o que não é diferente em outros países. Nos anos de 2006 e 2007 das 3270 matrículas realizadas nesta unidade, 3248 foram de mulheres e somente 21 foram

usuários do sexo masculino. Apesar de acometer as mulheres, não podemos desconsiderar os homens neste cenário, visto que a política vislumbra ações somente para o público feminino, ficando os homens descobertos desta intervenção.

Tabela 4

Distribuição dos casos de câncer segundo o sexo.

SEXO	f	%
MASCULINO	21	0,6
FEMININO	3248	99,3
IGNORADO	1	0,0
TOTAL	3270	100,0

Registro Hospitalar do HC III 2006-2007.

A representatividade do sexo não é novidade, o número expressivo de mulheres supera aos de homens com esta doença. Mas de 99% dos casos são em mulheres. Por isso, podemos deixar de pensar nas questões de gênero neste universo.

Tabela 5

Distribuição dos casos de câncer segundo o estado conjugal.

ESTADO CONJUGAL	f	%
1- CASADO	1545	47,2
2- SOLTEIRO	569	17,4
3- DESQUITADO/SEPARADO/DIVORCIADO	406	12,4
4- VIÚVO	747	22,8
9- SEM INFORMAÇÃO	3	0,1
TOTAL	3270	100,0

Registro Hospitalar HC III 2006e 2007.

Ao analisar o perfil de acordo com o estado civil observamos que dessas mulheres, 47,2% declararam ser casada, 17,4% solteira e 12,4 desquitada, separada ou divorciada, 22,8 declararam ser viúvas, 3 pessoas matrículas sem informação do estado civil. A despeito desta informação, não podemos desconsiderar que como este preenchimento é de auto declaração,

pode haver um viés de interpretação. No Brasil é comum casais viverem em união estável e se considerarem casados como estado civil.

Estudos apontam que o nível educacional de uma população tem influência na condução das questões de saúde, como também refletem como o indivíduo lida com o processo de saúde e doença. De acordo com a tabela abaixo, observamos que a distribuição do câncer segundo as matrículas realizadas no HC III concentra-se especificamente na população com menor escolaridade. Isso não quer dizer que quanto maior for a escolaridade, menos chance terá de ter a doença, mas sim que quanto mais escolaridade essa mulher tiver, mais acesso as informações e serviços possivelmente terá. O que facilitaria esta mulher a detectar e acessar mais rapidamente os mecanismos de combate ao câncer de mama.

Tabela 6

Distribuição casos de câncer segundo grau de instrução.

GRAU DE INSTRUÇÃO	f	%
ANALFABETO	222	6,8
ENSINO FUND. INCOMPLETO	1476	45,1
ENSINO FUND. COMPLETO	473	14,5
ENSINO MÉDIO COMPLETO	724	22,1
NÍVEL SUPERIOR COMPLETO	364	11,1
SEM INFORMAÇÃO	11	0,3
TOTAL	3270	100,0

Fonte: Registro hospitalar do HC III - 2006 até 2007

A escolaridade, outra variável da dimensão socioeconômica, é indicada de acordo com a literatura como tendo uma relação positiva com o acesso a serviços de saúde. No que concerne à dimensão socioeconômica, percebemos nas estatísticas de saúde um abismo entre as mulheres de maior e de menor escolaridade. O acesso das primeiras é mais facilitado na rede, principalmente pelo fato de terem facilidade de acessarem o sistema por via privada, como também pela uma maior possibilidade de flexibilização do horário de trabalho. Conforme tabela acima, em relação à escolaridade referida, verificamos que no HC III que das mulheres matriculadas, 222 referiam ser analfabetas, 1476 possuíam o primeiro grau incompleto, 473 indicaram ter o primeiro grau completo e ou/ensino médio incompleto, 724

disseram ter concluído o ensino médio e/ou superior incompleto, 364 afirmaram ter o curso superior completo e 11 não tinham em seu prontuário a informação sobre o nível de escolaridade. Com relação ao nível de escolaridade, observamos que a maioria relatou possuir o primeiro grau incompleto.

Ao analisarmos o quadro de vida dessas mulheres, sob o ponto de vista do coletivo, verificamos o que se tem presente são as determinações sociais que submetem essas mulheres a uma situação de baixa escolaridade que só lhes possibilitam o acesso às ocupações menos valorizadas na sociedade capitalista, em geral, vinculadas ao âmbito doméstico, em condições de trabalho precarizado e salários irrisórios. Essas mulheres trabalhadoras vivem, cotidianamente, a luta pela sobrevivência, o que muitas vezes as impedem de cuidar de sua própria saúde.

Para melhor conhecermos a realidade dos encaminhamentos realizados na rede para o HC III, recorreremos a fonte de dados do Registro hospitalar da Unidade que demonstrou que em 2006 foram realizadas 818 encaminhadas pelo sistema público e 672 pela rede privada, 53,7% e 44,1% respectivamente. Já em 2007, observamos o seguinte panorama: 923 encaminhamentos referenciados pelo SUS e 733 e pela rede privada. Observamos o alto índice de encaminhamentos para o INCA dos serviços não SUS. Diante destes dados, observamos uma grande presença do setor privado, quase equiparado aos serviços públicos de saúde.

Tabela 7

Tumores de Mama no INCA segundo origem de encaminhamento - 2006 a 2007				
	nº	%	nº	%
SUS	818	53,7	923	55
NÃO SUS	672	44,1	733	43,7
TOTAL	1523	100	1678	100

Fonte: RHC/HC3/INCA

Em relação à origem dos encaminhamentos realizados dentro da rede de saúde para o HC III, nos surpreende que um grande número expressivo vem da rede privada. É claro que o sistema público ainda é o mais expressivo, mas não foi tanta coisa pelo menos durante estes dois últimos anos sistematizados pela instituição. Em 2006, o sistema privado tinha encaminhado 672 usuários enquanto o SUS 818, % 53,7 das matrículas, enquanto em 2007 esse número foi de 733 e da rede pública 923, 55 % do total de atendimentos. O total dos encaminhamentos realizados em 2006 foi de 9,6 % de diferença e em 2007 esse número foi de

11,3%, ou seja, 1,7% de diferença em relação ao ano anterior. Isso significa que além da utilização da rede privada para realização de exames de mamografia, a rede privada marca uma grande presença no setor dos serviços de baixa e média complexidade. O que nos leva a crer que a centralização dos serviços públicos fica no setor de alta complexidade, onde certamente alguns planos de saúde não cobrem os serviços por serem mais dispendioso, não trazendo um retorno direto para a produção do capital para a prestação desse tipo de serviços.

Em relação à origem das mulheres matriculadas no HC III, conforme tabela em anexo, os indicadores apontam um número expressivo de mulheres são dos municípios de São Gonçalo (217), Niterói (104), Nova Iguaçu (134), Duque de Caxias (122) e Belford Roxo (75), sendo que 1586 mulheres mencionaram residir no Município do Rio de Janeiro.

Tabela 8

Distribuição segundo ocupação profissional - 2006 e 2007

Professor	101	99
Trabalhadores serviços domésticos e de limpeza	178	211
Costureiros	60	77
Cozinheiros e assemelhados	32	37
Cabeleireiros e assemelhados	33	42
Vendas e comércio	35	58
Secretaria e administrativo	40	83
Enfermagem	25	43
Não se aplica/sem vínculo	238	274
Aposentados e não classificados	297	294
Ignorado	270	224

Fonte: RHC/HC3/INCA

De acordo com a ocupação profissional, verificamos que há um grande contingente na ocupação doméstica, durante esses dois anos foram 389 mulheres matriculadas no HC III que declararam atuar no âmbito do trabalho doméstico, o que nos surpreendeu foi a categoria de professores que superaram ao do comércio, mais que o dobro. Já em relação às pessoas que declararam não ter vínculo empregatício, pelo menos formal, esse número é bem expressivo. As mulheres aposentadas representam um maior contingente. Isso porque o fator idade é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

3.3 As entrevistas

De acordo com o tratamento do material empírico, organizamos a análise de acordo com as categorias específicas estabelecidas. Após a ida a campo, fizemos uma releitura do material através da observação das entrevistas gravadas no sentido de tomarmos contato com a estrutura e após registramos impressões sobre mensagem decodificando-a de acordo com os pressupostos do conceito de saúde – definido pelos preceitos constitucionais e da Reforma Sanitária, assim como a concepção que as mesmas têm sobre essa política. Neste ínterim, discutiremos a noção de acesso em contraponto com o dilema do acesso incompleto, definido no primeiro capítulo por Vidal (2008). Como já dissemos, o uso do depoimento será o caminho para entender como esses conceitos são materializados na vida dessas mulheres.

PERFIL DAS ENTREVISTADAS

1. **Rosa Maria**, 37 anos, solteira, trabalha como costureira, sem vínculo empregatício e previdenciário, numa fábrica, não possui vínculo previdenciário. Está cursando o ensino fundamental. Reside no município de São João de Meriti com a mãe de 63 anos e um filho de 13 anos, sendo natural do Rio de Janeiro. Nunca possuiu plano de saúde. Renda familiar até três salários, fonte de renda de duas pessoas. Não recebe nenhum tipo de benefício social. Segundo prontuário, apresenta estadiamento IV b, tumor localmente avançado, com suspeita de metástase. Esperou quatro meses para acessar o serviço de alta complexidade.
2. **Júlia**, 79 anos, viúva, possui ensino fundamental, trabalhava como costureira, atualmente do lar. Reside no bairro da Tijuca - RJ com uma filha e uma neta. É pensionista e aposentada, somente duas pessoas compõem a renda familiar de aproximadamente três salários. Possui plano de saúde. Detectou através do auto-exame, sem antecedentes de câncer na família. Segundo prontuário possui tumoração localmente avançada na mama esquerda. Demorou 1 mês e meio até chegar ao INCA.
3. **Simone**, 62 anos, solteira, enfermeira, natural do Rio de Janeiro. Reside em Sulacapi com um filho. Possui plano de saúde, renda mensal acima de três até cinco salários. Possui vínculo trabalhista formal. Descobriu a doença em novembro de 2008,

atualmente possui estadimento III. Encaminhada pelo Salgado Filho, esperou 6 meses até chegar ao INCA.

4. **Shirley**, 57 anos, divorciada, ensino médico, trabalhava como datilógrafa, atualmente é do lar. Reside em Campo Grande - RJ com filha, genro e dois netos. Somente duas pessoas compõem a renda familiar que gira em torno de até três salários mínimos. Atualmente não possui plano de saúde, já possuiu. Não possui vínculo trabalhista e nem previdenciário. Descobriu o câncer através do auto-exame, no dia seguinte procurou a rede particular.
5. **Sara**, 66 anos, divorciada, ensino fundamental, trabalha informalmente nunca van escolar, sem vínculo previdenciário. Residem em Bento Ribeiro - RJ com filho. Não possui plano de saúde, já possuiu. Renda familiar de até três salários. Esta veio encaminhada por um hospital de média complexidade, com o câncer já ulcerando e localmente avançada na mama direita.
6. **Sabrina**, 53 anos, casada, possui ensino médio, trabalhava como secretária, atualmente está aposentada. Reside em Realengo, natural do Rio, não possui plano de saúde, possuía quando trabalhava. Renda familiar de até três salários mínimos. Reside com esposo, filha e neta. 6 meses de espera até chegar ao INCA.
7. **Maria**, 68 anos, viúva, ensino fundamental incompleto, cuidadora de idosos, ocupação atual do lar. Reside em Padre Miguel – RJ, sozinha. Possui dois filhos, renda de um salário mínimo como pensionista, veio encaminhada da rede particular.
8. **Rose**, 49 anos, divorciada, ensino fundamental, costureira e contribui com a previdência como autônoma, reside com um companheiro em Inhaúma - RJ, natural de São Paulo. Relata que não fazia, descobriu através do auto-exame. Morava perto do PAM de Del Castilho, onde não conseguia número. Foi para o PAM Penha, onde foi atendida em março, sete meses de espera. Não possui plano de saúde.
9. **Patrícia**, 30 anos, casada, ensino médio, trabalha como operadora de caixa com vínculo empregatício em um supermercado. Reside em Queimados – RJ com esposo e dois filhos, renda familiar de até três salários. Não possui plano de saúde. Nunca havia realizado exames de mama, ginecológico sim. Dois meses de espera para matricular-se no INCA.
10. **Vitória**, 60 anos, casada, ensino fundamental, empregada doméstica, natural do Rio. Reside em Santa Cruz da Serra – RJ com esposo e duas filhas. Não possui vínculo previdenciário e nem empregatício. Relata que não mantinha os exames em dia. Foi

encaminhada do Salgado Filho esperou quase 1 ano até começar o tratamento no INCA.

Os depoimentos

A busca pelos serviços de alta complexidade parece ser um grande dilema a ser enfrentado quando as mulheres descobrem que tem algum problema de saúde. Diante do relato de uma usuária podemos perceber que esse dilema é um grande desafio a ser enfrentado dentro da rede de saúde. Nesta discussão, encontramos a busca pelo acesso completo dos serviços de saúde. Se por um lado essas mulheres buscam na rede a detecção precoce, por outro elas esbarram nas deficiências do sistema em prover esse mecanismo de prevenção.

Observamos no seguinte depoimento a peregrinação de uma mulher em busca pela realização de um exame de mamografia. Além das questões objetivas impostas diante do sistema, temos em sua fala uma questão subjetiva. A representação social acerca do exame de mamografia para essa mulher também era um empecilho para a realização do exame, que apesar dos sintomas, acabava se esquivando de realizá-lo por conta do medo do procedimento.

Eu já procurei hospitais públicos pra fazer mamografia e eles falaram que é só com 40 anos. Falaram que não se sente nada com 40 anos e no ano passado que eu senti no seio direito, um caroço, e logo ele sumiu e apareceu o daqui (refere-se à mama esquerda), vai sumi daqui também, a médica falou. Todo mundo falava não faz mamografia não, dói muito, não dão anestesia parece que estão arrancando seu peito, eu, ai meu deus!! Ai eu falei, nunca vou fazer, ai esse ano eu resolvi fazer porque eu tenho que passar por isso e saber se é ruim mesmo, né! Ai, me arrependo de não ter feito no comecinho, de não ter ido. Vi agora e vi que não é nada daquilo que falavam (ROSA MARIA).

Primeiramente destacamos a dificuldade que essa usuária encontra em justificar a necessidade da realização do exame. Este discurso também não descarta os fatores culturais e da representação social acerca do procedimento do exame, o que de certa forma contribui para que esta protele com a realização do exame.

Eu mesmo me examinando que senti. Eu fui numa ginecologista, mas ela falou: vamos esperar mais um pouquinho. porque se isso daqui sumiu. esse também não é nada não. Mas ele não sumiu, foi crescendo, crescendo, crescendo e não sumiu. Crescendo, crescendo e não sumiu (ROSA MARIA).

A questão da falta da escuta por parte do profissional que a acompanhava é uma das queixas desta usuária e constitui um entrave para uma efetiva detecção precoce. Isso também é um fator a ser observado nesta situação de diagnóstico em fases avançadas. Ao verificar que a mulher não estava dentro do protocolo estabelecido, não se deu a devida importância a demanda desta mulher.

Fiz uma ultra e deu um nódulo, não definido direito, fui na mastologia pra saber melhor sobre isso. Daí levei na mastologia do hospital, aí foi até que a doutora falou: isso é um câncer, você veio tarde demais agora! Você demorou não era seu medo? Agora já era... prepara seu caixão é só esperar sua morte entrar. Eu fiquei apavorada, errei a porta, bati com a cabeça. Todo mundo ficou me olhando.. e as pessoas me perguntaram: você está tonta? Mas foi o que ela me falou lá dentro. Ai eu falei nunca mais volto nessa doutora! (ROSA MARIA)

Contudo, outra profissional forneceu uma escuta mais efetiva e a encaminhou ao INCA:

Ai eu fui em outra lá onde eu moro, ai lá não, a mastologista conversou comigo, tem possibilidade de ser um câncer, mas isso hoje em dia se você se tratar não mata. Seu caso não está no caso de matar, pelo amor de deus não faça nenhuma besteira porque seu caso tem jeito, você vai se tratar e ficar curada. Eu tinha a prática do auto-exame porque eu sempre tinha medo, porque a gente via na televisão falando, comentando, sempre depois da menstruação, ficava examinando. (ROSA MARIA)

A fala de Rosa Maria demonstra que apesar de não ter o histórico da doença na sua família, o câncer aparece de forma inesperada para ela, sem um motivo específico. Esta é consciente quando reconhece a necessidade do tratamento. É certo que pela realidade do sistema público, o HCIII (mesmo não estando longe de também sofrer críticas) consegue estabelecer um serviço que vai ao encontro das necessidades dessas mulheres, pelo menos nesse primeiro momento. E esse fator, o diferencia dos outros serviços prestados na rede pública.

A necessidade colocada por esta entrevistada traduz a realidade da população brasileira que busca no setor da saúde os serviços privados, isso porque vivemos hoje um caos na saúde pública. Não é novidade que os serviços particulares, principalmente no ramo de oferta de serviços de baixa e média complexidade, reúnem um contingente de usuários. Isso

pode ser constatado nos próprios encaminhamentos ao INCA, há um número expressivo de demanda por estes serviços, pelo menos nestes últimos anos foi uma realidade dos encaminhamentos realizados ao HCIII, conforme demonstrado na tabela 7.

A representação da saúde se diferencia de acordo com a questão cultural da população, esse também é um fator presente nestas entrevistas. Não podemos descartar que o universo do processo de adoecimento representa um paradigma a ser desmistificado. O acesso às informações de saúde para a classe trabalhadora parece estar mais distante de suas realidades. A fala de Júlia demonstra o quanto o fator cultural, de representações e mitos, a conduz para uma forma de pensamento e posicionamento acerca de sua saúde. Amamentar, por exemplo, a protegeria de certas doenças, como no caso aqui do câncer de mama. Isso demonstra a falta de informações acerca da saúde para uma parcela da população. Apesar das campanhas e ações em prol da detecção precoce, a realidade de muitas mulheres demonstram que muita ainda tem que se fazer para que o acesso às informações de saúde faça parte do seu cotidiano.

Fazia não sempre (exames), nunca tive essa preocupação. Quando fui fazer é que eu senti. Relaxei, tá entendendo??! Como eu dei de mamar aos meus quatro filhos, diziam que quando a gente dava de mamar nunca haveria esse problema que eu estou tendo agora. Tá entendendo... eu me guiei por isso, só isso! As pessoas falavam que nunca haveria problema, nunca haveria problema para as pessoas que dessem de mamar a seus filhos. Já vi que não existe. É mentira! Senti que não é mais isso não. Muita gente dá de mamar e tem esse problema (JÚLIA).

Sobre o diagnóstico, essa entrevistada relata conhecimento sobre sua situação de saúde. Considera que sua inserção na alta complexidade foi rápida, esperou um pouco mais de um mês para matricula-se no Instituto Nacional do Câncer. Isso certamente se deve ao fato de a mesma ter plano de saúde e principalmente por ter sido orientada pelo médico de forma incisiva, fato que agilizou esse processo.

Os exames que fiz por fora, não demorou muito, 1 mês, pois num dia, fiz três exames de uma vez, foi rápido! Eu fui bem atendida. Depois que a gente soube uma semana e meia até chegar ao INCA. Cheguei cedo, bem cedo. 6 horas já estava aqui, é preciso chegar bem cedo. É um pouco demorada a espera, mas é normal! (JÚLIA)

A história contada por esta Simone, demonstra que apesar da mesma trabalhar na área de saúde, não conseguia ter um tempo para cuidar da sua própria saúde. Durante a entrevista

relatou que protelou a procurar um atendimento por conta da dinâmica do trabalho, esperava pela aposentadoria para começar a cuidar de sua saúde. Buscou os serviços para realizar o procedimento, mas se deparou com a relação do mix e privado da saúde - a oferta de serviços desconectado da assistência. Tendo assim, que recorrer em busca do exame indicado a preço mais acessível a sua realidade econômica . O preço de alguns procedimentos está fora do orçamento da grande maioria da população brasileira, fato que implica na continuidade de uma detecção precoce.

A qualidade da consulta foi trazida à tona por todas as entrevistadas. A importância do diálogo durante a consulta é afirmada por esta mulher. Esta pontua que, muitas vezes, o médico pensa que a paciente já sabe de tudo e não explica certos aspectos do procedimento que esta será submetida. Neste sentido, além da conversa, o depoimento desta mulher sugere que os profissionais de saúde devem ter uma relação mais próxima à realidade da população. Concordamos com Minayo que ressalta que a barreira mais visível entre o médico e a população, no exercício de sua profissão, se dá através de um código de linguagem fechado e específico (p. 181) Esse código explica o fenômeno saúde/doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual. Separa o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionantes de sua situação. (p. 181)

Essa pulsão eu já imaginava assim, já tinha visto alguém dizer que primeiramente faz com uma agulha fina, depois com agulha grossa. Mas quem te explica, não especifica, uma agulha grossa?!? Qual a dimensão de uma agulha grossa? E como é feito isso? Acho que não existe assim (explicação), até aqui eu estive lendo esses livretinhos que eles deram aqui (no INCA), só diziam pulsão com agulha fina e com agulha grossa, mas tem que explicar para a pessoa que a pulsão com agulha grossa pelo menos como eu fiz, foi sobre anestesia. Imagina alguém pegar uma agulha grossa, que você não sabe nem a dimensão dela e enfiar no seu seio. Não enfia aqui, não é certo, enfia de novo, como é isso? Isso é tortura? Isso apavora uma mulher, porque você sabe que ta com uma área sensível. Você nem entra naquela sala, se alguém previamente te explicar, você vai tomar uma anestesia local, vai utilizar um bisturi, vai fazer um orifício, para facilitar a entrada dessa agulha que realmente é muito grossa. Sabe? Você fica até mais tranquila, embora eu estando na minha profissão tenho tranquilidade, mas tem que ter! (SIMONE).

Essa entrevistada demonstra conhecimento acerca do seu processo de adoecimento. Apesar de parecer óbvio, nossa experiência empírica nos mostrou que muitos usuários que estão matriculados no INCA ainda não conscientizaram sobre sua situação de saúde. Eles passam um bom tempo negando a doença, na expectativa de um novo resultado. Isso é bem comum no cotidiano hospitalar. Muitas pessoas se matriculam e não sabem, ou desconhecem

que tem o diagnóstico fechado e não se reconhecem pertencentes àquela realidade. Talvez isso possa ser um mecanismo de defesa. Ou mesmo, o medo de ficar refém de um sistema sucateado, apesar do INCA ser uma referência em excelência tecnológica, não podemos descartar os problemas vivenciados na instituição.

Eu acho que alguns profissionais deveriam enfatizar, orientar melhor a pessoa. A senhora vai ter que fazer essa pulsão. Essa pulsão é assim, assim... Porque a pessoa é leiga, se falar: a senhora vai fazer uma pulsão com uma agulha grossa. A pessoa simplesmente não vai lá, há medo. Medo de encarar a doença, o medo de encarar essa dor, porque já é estressante pra pessoa. Se você não pegar um profissional que te orienta, explicar bem explicadinho, fica difícil. (SIMONE)

Um ponto importante levantado por esta entrevistada refere-se ao funcionamento dos postos de saúde apenas em horário comercial, o que dificulta o acesso de muitas mulheres que trabalham fora, pois elas trabalham neste horário. Ademais, o fato de terem que chegar cedo nos postos para conseguir a consulta também é um dificultador, principalmente quando trabalham e possuem horários rígidos.

Outra coisa que é cruel, não é o meu caso, é o caso das pessoas que eu conheço que trabalham de segunda a sábado e que os patrões as patroas não permitem que essas pessoas vão ao médico, nem um dia sequer. E as consultas médicas, geralmente são de manhã, ninguém faz a tarde e tal. Muitas vezes trabalha o dia inteiro, então a pessoa vai deixando aquilo rolar, rolar... Quando vem a descobrir, já é bem avançado. O que não foi o meu caso, mas é da maioria das pessoas. Mas eu acho que alguns profissionais, deveriam se empenhar mais, explicar o processo. Não se explica nada!(SIMONE)

Este depoimento retoma a discussão sobre os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde para a rede de serviço. A usuária reclama dos altos custos dos exames e desconfia de uma parceria entre os laboratórios e clínicas que fornecem tal procedimento. Não nos deteremos nesta discussão por entendermos que existem muitas questões polêmicas acerca deste processo.

Shirley veio encaminhada pelo PAM e demorou 3 meses até chegar ao INCA. Seu relato aponta uma dimensão de gênero exposta em sua prática de cuidar de sua filha e neta – afinal faz parte do cotidiano das mulheres, especialmente das mulheres pobres a criação de redes de solidariedade e apoio mútuo:

Eu sempre mantive meus exames em dia, mas tipo, dois anos atrás minha filha estava grávida e aí eu relaxei, porque ela teve problema de diabetes gestacional e teve que ficar internada, daí eu tive que ficar com ela. Depois veio o nascimento da minha neta, eu tive que ficar com minha neta pra minha filha também interagir com meu neto nas atividades dele, porque ela tinha que levar para o colégio. E eu ficava com o bebê, eu fiquei dois anos, tomando conta da minha neta. Quando foi um belo dia, no meu aniversário, eu falei hoje eu vou tomar um banho de bebê. Peguei aquele sabonete de glicerina que não faz espuma e passei, fiquei passando. Mas eu puxei bem a mama, coisa que de frente não aparecia, embora eu calçasse tudo, como eu tenho muita mama não apareceu né! aí eu puxei bem a mama, quando notei uma espinhazinha, um carocinho pra dentro, aí eu falei que isso? Fiquei intrigada né, não pensei que pudesse ter câncer (SHIRLEY).

As atividades cotidianas, os afazeres domésticos, os diversos papéis que as mulheres ocupam e acumulam na sociedade (mãe, avó, esposa..) acabam influenciando no trato com a saúde e esta acaba ficando relegadas a segundo plano.

É importante destacar que essa entrevistada inicialmente foi desestimulada por seu médico a procurar o INCA. No entanto, conhecedora do hospital e de sua situação física (“Não, primeiro eu vou ver o INCA, porque sou uma pessoa obesa, tenho problema de diabetes, daí no INCA vão ter mais carinho com meu caso. Entendeu?”). Por conta disso, foi procurar um médico da Santa Casa que sugeriu que ela procurasse o Hospital das “Pioneiras Sociais”, como o HCIII era conhecido. Será interessante continuarmos ouvindo o relato dessa entrevistada:

Quando eu fui a um dos hospitais, eu já tinha cartão de lá (refere-se ao hospital que a encaminhou para o INCA). Daí o tempo que eu ia ter que marcar consulta do mastologista e eu comei a pensar que dentro das minhas amizades o que eu poderia fazer. Quando eu descobrir que as pessoas que eu interagia, tinha uma senhora que a sobrinha dela trabalhava lá, eu perguntei se ela não podia marcar pra mim, que eu estava assim. Expliquei pra ela o caso. Aí ela conseguiu marcar pra mim, daí já foi menos é.. abrir agenda, abrir agenda as vezes é o mais difícil em tudo dentro do sistema público de saúde, ter a agenda, o dia marcado. Daí ela marcou pra mim (...). Eu descobrir no dia 29 de maio, quando foi dia 17 de novembro operei, aqui no INCA com 3 e meio eles tinham que até fazer quimioterapia antes, mas o médico não, não, não vai precisar. Está no limite máximo. Aí eu operei e foi ótimo a operação, graças a deus. Eu gostei muito, fui bem acolhida.

A partir desta fala, coadunamos com Vianna et al (2001) que ressaltam que a igualdade no direito de acesso, não assegura, por si só, o uso equânime dos meios de prevenção e tratamento colocados a disposição da sociedade. Baseando suas reflexões acerca da temática do acesso fundamentada no artigo 7º, inciso IV da Lei 80080/90, apontam que o entendimento literal do princípio constitucional da igualdade na saúde está presente em

situações como vedação de preconceitos e privilégios. Nesta prioridade é dada exclusivamente pela ordem de fila de espera. Os autores supracitados apontam que embora não explicitado na Constituição, esse entendimento contempla discriminação positiva, a fim de garantir “mais” direitos a quem tiver mais necessidade (p. 19).

De acordo com Minayo (2004) as chamadas doenças metáforas, por atingirem a todos os segmentos sociais e serem ameaças permanentes para os setores dominantes, canalizam recursos, pesquisas e novas tecnologias que certamente beneficiam o conjunto da população, porém as doenças relacionadas às precárias condições de vida apenas de longe são tocadas como tal. São socialmente desconstruídas de seu caráter social e transformadas em culpa e ignorância população.

De acordo com Minayo (2004) do ponto de vista da tecnologia médica, “essas doenças funcionam como desafio à ciência, ao progresso e reafirmam a ideologia desenvolvimentista segundo a qual o poder da medicina investe para vencer” (MINAYO, 2004, p .183). O que nos leva a crer que no caso do câncer, por ser uma questão de saúde pública, há toda uma reorganização do sistema para contemplar as pesquisas que propõem estudar essa realidade e propor respostas às necessidades da sociedade. A autora ressalta que do ponto de vista ideológico, o há uma relação contraditória entre avanços conseguidos através da tecnologia e o que consideram fracasso, isto é, impotência desses mecanismos frente à morte.

Eu estou na pesquisa, eu sei que tem tido efeitos colaterais o que eu estou tomando, eu sei o que estou sofrendo eu sei o que estou passando, entende! Mas acho que é válido. Não é pra mim talvez, mas com certeza eu só tenho a ganhar como que estou fazendo. Eu estou sofrendo hoje pra colher louros amanhã, Para eu ter uma vitória. Se eu não tiver uma vitória, pelo menos eu tentei e não fiquei parada. Isso pra mim já é um salto. (SHIRLEY)

O relato abaixo retrata a concepção de SUS que a usuária tem, sobre o entendimento de que o SUS deve estar direcionado para os que “não podem pagar” um plano privado de saúde. O corolário dessa assertiva é que “os planos de saúde são imprescindíveis, na medida em que “desoneram” o SUS das despesas com a saúde dos mais aquinhoados” (BAHIA, 2005 p.11). O direito da saúde preconizado pela Constituição universalizada, aqui toma o lugar a seletividade, a quem mais precisa. A noção de universalização não é compreendido pela população entrevistada. Esta usuária reproduz a ideologia do SUS para os pobres e não como uma política universal conforme preconizado na Constituição de 1988.

Aqui dentro do INCA eu observo que muitas pessoas que estão aqui, mas não precisaria estar aqui, teria outros lugares pra estar. E tem gente que precisa muito estar aqui. Mas são pessoas que acho que perderam a oportunidade, estão cuidando de uma coisa muito tarde. (SHIRLEY)

Se por um lado, é de ciência de todas as entrevistadas nesta pesquisa de que quanto mais precoce se detecta a doença, mais fácil fica seu tratamento e controle. Não obstante por outro, elas sabem que quanto mais tarde se detecta a doença fica mais difícil seu controle e cura. Outras questões perpassam o universo do processo de adoecimento, a nação de finitude também faz parte das questões encontradas nas entrevistas. O tempo nesta fala também se mostra como fator importante nesta busca pelo atendimento.

Endendeu? Quando está pequenininho tudo tem solução rápida, quando cresce demais se torna uma coisa que você sabe que.. o câncer nessa fase, a morte é inevitável durante este processo. Já perdi duas amigas aqui, já chegaram tarde muito tarde, é o processo. (SHIRLEY)

Sara não mantinha os exames em dia. Para essa mulher, a informação sobre a doença era clara. Apesar de sentir todos os sintomas, preferiu protelar recorrer aos serviços de saúde. Talvez pelo fato de não querer encarar o próprio tratamento e preocupar seus familiares.

Eu já sabia mais ou menos o que eu tava, quando deu na mama que começou a estourar, eu já sabia o que eu tinha, tá entendendo.. por você ir à conferência, a certas reuniões, muita coisa. Que fosse maligno ou benigno, eu já sabia que era um câncer. Agora, eu fui saber certo mesmo na hora de fazer a biópsia e ver o resultado. Mas eu não contei pra ninguém dentro de casa, aí deixei passar pra ver se.. Assim que minha mãe faleceu fui pro médico me tratar. Não to dizendo que fiquei calada pra tratar dela, mais...a coisa foi mais assim. (SARA)

A conformidade com o tempo de espera por um exame está presente na fala de Sabrina. Apesar de reconhecer a gravidade da doença e a importância de se acessar os serviços em maior rapidez para uma detecção precoce, esta finaliza sua fala dizendo que devemos entregar na mão de deus. Não há uma consciência da necessidade de mobilização social por parte da sociedade com relação a estas questões da saúde. Minayo (2004) referindo-se as idéias de Gramsci sobre Marx, relata que Marx se preocupou com o senso comum e com a solidez das crenças das massas, mas não para se referir ao seu valor potencial de mudança, pelo contrário, chama atenção para a solidez dessas crenças, particularmente da religião, enquanto produtoras de conformismo (p. 167).

Diante do depoimento abaixo, percebemos que os serviços novamente aparecem distantes da assistência, do mesmo modo as usuárias recorrem ao setor privado para realização dos exames propostos.

Eu encontrei profissionais bons, é a demora que eu acho. Não é em qualquer posto de saúde, consulta só pro ano que vem, não tem mais vaga. Em determinados postos é com muita dificuldade de conseguir logo. Perto da minha casa mesmo, não tinha mais vaga. Só para o ano que vem ginecologista lá, só para o ano que vem. Foi então que eu descobri através de informações esse posto. Eu acho que a demora dos exames pode prejudicar os pacientes, isso demora demais. E eu paguei a minha ultra e a momografia por indicação da médica, devido a demora. Ela me indicou um local com um preço mais acessível. Mesmo assim vai demorar porque a procura é grande, demorou também, por conta disso. Eu acho que o problema maior dessa doença, deve existir outras, mas essa que eu estou vivendo acho que o tempo é muito importante, correr contra o tempo. Mas devemos entregar na mão de Deus, né! (SABRINA)

Maria relata que tem dois anos que percebeu “um carocinho, um nodoluzinho”, contudo, novamente a negação da doença aparece de forma latente. Neste depoimento percebemos que apesar de reconhecer o processo de adoecimento, esta mulher incorpora em seu discurso a representação social que a doença tem.

Naquele dia eu pensei de morrer, tive um descontrole sabe..., eu não queria saber daquilo. Agora eu tive que encarar né! Inchando e aparecendo uma feridinha. Levei um tombo ai explodiu para fora. Quando começou o caroço eu sabia que era. Eu sabia porque o médico falou que poderia ser hereditário. (MARIA)

Rose diz que pensou que fosse uma picada de mosquito, mas afirma que “Não foi a gente que ficou neste estado, o Estado que deixou a gente ficar neste estágio”. A fala desta entrevistada demonstra a insatisfação dos serviços prestados na rede pública. Parece ser uma fala conscientizada pelo direito à saúde e pelo dever do Estado em prover esse direito.

Nunca fiz mamografia e não sabia nem o que era isso. Mas exame ginecológico sim. Foi a primeira vez na minha vida (referindo-se ao exame de mamografia realizado recentemente). (ROSE)

Abaixo vemos um depoimento que demonstra a dificuldade que estas mulheres enfrentam para conseguir um atendimento na rede de saúde. Essa problemática não é novidade na saúde pública, diversas são as reportagens televisivas que mostram essa realidade. Muitas pessoas dormem em fila para conseguir um atendimento ou um especialista

que não encontram nos postos de saúde municipais. Nestes casos, a violência urbana é outro fator que implica nesta busca. Ao passar as noites em imensas filas, a população fica exposta à violência urbana e institucional.

Eu fui ao Pam, mas não consegui por várias vezes. Não consegui número, chegava lá de madrugada, mas são apenas 14 números, as pessoas dormiam na fila. Devido a área ser de risco, não queria dormir na fila, pra não levar um bala perdida. A pulsão eu fiz na rede pública, quando ficou pronto, veio o resultado estava escrito que o material colhido era insatisfatório. Tive que fazer tudo de novo. Daí o médico foi que falou que ia dar encaminhamento pro inca para ver se aceitava. Ai foi que aceitou aqui.

É de Rose, ainda, o seguinte depoimento:

Além de ser doloroso, é humilhante, o dinheiro parece que fala mais alto e não é por aí, a gente sem saúde não pode sobreviver. Eu fico desse jeito, choro, a dor é insuportável. Eles entraram de férias não sabia quando ia retornar, acho que ninguém é insubstituível né, pelo menos como o INCA não para os postos também não tinham que parar, tinham que continuar a cuidar da saúde do povo. E eu fiquei muito jogada, igual a uma peteca, pra lá pra cá...até que consegui esse médico que foi muito bom. Sete meses de espera. (ROSE)

O descaso da saúde é perceptível na fala desta mulher, apesar de ter conseguido acesso ao sistema, esta fala mulher sobre suas indignações acerca do tempo que as unidades param de prestar assistência por conta das datas festivas.

Patrícia é nossa entrevistada que está grávida. A gravidez é, muitas vezes, um dos poucos momentos que as mulheres buscam o ginecologista, além de ser a ocasião em que muitas mulheres têm um primeiro contato com este médico. Mas podemos observar neste depoimento que o sintoma relatado pela usuária era confundido com leite empedrado. A necessidade de se observar as reclamações da mulher seria um caminho para uma efetiva detecção precoce:

Eu fiquei grávida ganhei minha filha e estava amamentando, ai o médico tratou conforme fosse leite empedrado, mas eu vi que meu peito estava ficando estranho porque desceu a pele, ficou um caroço deu um entradinha no bico e foi aí que minha tia, me orientou a buscar um mastologista. (PATRÍCIA)

Em relação à classe trabalhadora, o conceito que está subjacente na definição social de saúde/doença, veiculado pela visão de mundo dominante, é a incapacidade para trabalhar.

Esta relação está estritamente vinculada à economia, ao modo de produção capitalista. De acordo com Minayo (2004) para a classe trabalhadora, a representação de “estar doente” como sinônimo de inatividade tem marca na experiência existencial do sujeito, refletindo nas relações que estabelecem. Trata-se, portanto, de uma equivalência social e não natural.

Eu trabalho, então eu paguei uma clínica perto do meu trabalho porque público não dá, tem que marcar, o horário. Fiquei tão ansiosa com o problema que paguei mastologista particular, biópsia particular, tudo particular. No início eu fui ao Salgado Filho pra fazer a biópsia, ai chegando lá me falaram que eu ia ter que passar novamente pelo mastologista para fazer a biópsia, e era daqui há um mês. Um mês pra mim pode ser uma eternidade para o meu problema, daí eu tive que correr e ir pro particular. Infelizmente tive que ir pro particular. Quando a gente ta com problema a gente tem que correr, exames de rotina agente até espera, um mês, um mês e meio, mas esse caso eu não quis esperar (PATRÍCIA).

Tomamos de empréstimo a orientação de Marx, que são resgatadas por Minayo que nos lembra que “a consciência emana das relações sociais contraditórias entre as classes e pode ser captada empiricamente como produto da base material, nos indivíduos determinados, sob condições determinadas” (p. 171). Na sociedade capitalista onde as relações se fazem a partir das contradições entre as classes sociais, da desigualdade na distribuição renda, a concepção de saúde/doença está marcada por estas contradições. De acordo com a autora, esta história de luta de classes “é uma história de dominação perenemente contestada na precariedade no cotidiano” (p. 171).

Trabalho 12 horas por dia, meu trabalho é com público, caixa (a função que desenvolve no trabalho) não pode estar saindo toda hora, por causa disso dificultou mais ainda eu procurar uma tratamento mais rápido pra mim. E se não fosse ajuda da minha tia, me orientando, hoje eu estaria lá ainda e com um problema talvez até pior. (PATRÍCIA)

Vitória afirma que não costumava ir ao ginecologista. Vitória viveu um agravante a mais em seu processo de adoecimento e de busca de apoio. O depoimento desta mulher demonstra o dilema vivenciado por ela. Se num primeiro momento recebe a resposta de um diagnóstico de tumor benigno, em outro momento recebe a notícia de uma malignidade. Isso nos leva a crer que além dos problemas de acesso ao serviço de saúde, quando esses serviços são prestados eles podem demonstrar a falta de qualidade dos equipamentos. Conforme

discutido no capítulo anterior muitas vezes os equipamentos para a realização dos exames estão em péssimas condições de uso e isso pode influenciar na leitura do material colhido durante o procedimento do exame. Dando muitas vezes um falso diagnóstico as usuárias dos serviços de saúde.

A realização da quimioterapia é outro agravante com impactos também para o dia-a-dia das mulheres:

Fora da reação de quando eu faço a quimio, tem reagido bem. A parte pior foi o cabelo, a parte mais difícil no caso, entre a cirurgia e o cabelo, mexeu mais um pouquinho, mas.. Mesmo que a gente se prepara, a gente nunca está preparada. Depois que deus vai dando força a gente e a cada dia a gente vê gente pior, mais nova. Isso vai deixando a gente mais... assim, na minha família nunca teve ninguém com esse problema. (VITÓRIA)

Diante das entrevistas aqui analisadas, podemos perceber que vários são os dilemas enfrentados por estas mulheres. A condução de nossa análise neste capítulo foi feita com base em um estudo temático dos dados obtidos através do registro hospitalar da instituição, categorizando-os a partir das questões de interesse desta discussão. Para análise das entrevistas foram usadas transcrições literais das falas das entrevistadas, refletindo pensamentos e opiniões das mesmas sobre sua inserção no serviço de alta complexidade, assim como sobre sua concepção acerca do processo de saúde e doença.

Enfim, diante das diversas fontes de pesquisas consultadas e de posse das entrevistas realizadas, observamos que apesar da saúde ser definida como direito de todo cidadão, a concretização deste acesso parece ser um dos maiores desafios na atual conjuntura. Com base nas entrevistas, pode-se dizer que a maioria das mulheres percebe a importância de se ir ao ginecologista regularmente. No entanto, encontram dificuldades de concretizar essa peregrinação. Seja os motivos de ordem pública, na própria realização da política de saúde, seja nas ordens de cunho pessoal, que implicam questões de trabalho, educação, cultura entre outros fatores. Destarte pensar que os dilemas enfrentados por estas mulheres são reflexos da atual conjuntura imposta à saúde da população brasileira como um todo.

Considerações Finais

O interesse em desenvolver reflexões acerca do conhecimento sobre saúde e suas interfaces tem crescido nos últimos tempos, discussões esta cada vez mais presente no campo das ciências sociais aplicadas. A discussão de saúde era a área até pouco tempo restrita a alguns grupos acadêmicos.

O trabalho aqui foi apresentado contou com apoio da CAPES e com a contribuição do Ministério da Saúde, representado pelo Instituto Nacional do Câncer. Tendo por área de concentração o eixo da proteção social e processos interventivos, o fio condutor desta linha de pesquisa buscou desbravar um campo fértil para o debate sobre a saúde da população brasileira, em especial a discussão do câncer enquanto questão de saúde pública, no qual focamos a experiência das mulheres matriculadas no Instituto Nacional de Câncer - HCIII.

Trata-se, portanto, de um trabalho que buscou analisar através do cotidiano apresentado pelas mulheres entrevistadas, os condicionantes das condições de vida e trabalho da população que implicam processo de saúde/doença. A literatura marxista aponta que as diferenças históricas entre as classes sociais, têm, progressivamente, se expressado nas condições de vida da população e isso tem sido um norte para pensarmos como as políticas sociais, em especial a política de saúde, tendo como foco o estudo de como esta tem sido conduzida durante o processo histórico da formação da política de saúde no Brasil.

No primeiro capítulo trabalhamos questões da formação da política de saúde brasileira, abordando os principais momentos políticos que desencadearam a política de saúde da mulher e do Movimento de Reforma Sanitária. Neste universo, encontramos reflexões acerca da construção histórica do modelo de atenção à saúde, como também refletimos sobre a

conjuntura atual e como um adendo reiteramos a importância da política de atenção integral à saúde da mulher.

Observamos que no final da década de 70 houve um esgotamento e uma insatisfação em relação ao modelo médio-assistencial privatista. Nesta insatisfação é que o Movimento de Reforma Sanitária lutou pela definição da saúde não apenas como ausência de doenças, mas como resultante das condições de vida e trabalho da população. A partir da materialização desses pressupostos é que a Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde trouxe uma nova perspectiva de saúde. Entretanto, na atualidade, O SUS enquanto política social universal tem sido alvo das propostas de desmantelamento da perspectiva neoliberal, de contenção de gastos pelo Estado. Enquanto política pública, o SUS vislumbra garantir o acesso da população brasileira de forma universal, mas o que observamos no cotidiano dos serviços de saúde é que essa diretriz não vem se concretizando de forma equânime. Conforme Elias (2005), a saúde é “reuniversalizada”, agora por meio de uma vertente predominantemente economicista (p. 61) o que ilustra a figura do “cidadão consumidor”. Consumidores dos serviços privados, dos planos de saúde, dos serviços do setor privado que são prestados de forma isolada da assistência. O que o autor identifica como (des) organização do sistema de saúde. Se por um lado o SUS traduz em seu legado teórico um avanço, no que concerne à sua legislação enquanto política pública de referência mundial, por outro sua efetivação não se traduz conforme vislumbrado na Lei que o instituiu. Esses reflexos são sentidos quando nos deparamos com a situação do índice de mortalidade por câncer no Brasil. Debater a questão da saúde pública neste momento tão adverso, pressupõe perceber as mudanças ocorridas nos últimos tempos frente à redefinição do papel do Estado no campo das políticas sociais. O que alguns autores apontam como a redução da intervenção do Estado para os interesses da população e maximização para os interesses privados, isso é apenas a ponta do iceberg da crise instaurada no campo da saúde.

O Brasil é um país marcado por fortes desigualdades sociais. Diante das desigualdades sociais presenciadas em nosso país, a saúde tem refletido esses rebatimentos. Uma das muitas facetas dessa desigualdade está relacionada ao acesso aos serviços de saúde. A própria organização dos serviços - do tipo misto - já reflete essa desigualdade, conforme verificados nos estudos de Elias (2005). De um lado, há um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Serviço Único de Saúde (SUS). De outro, existe um sistema privado, constituído pela oferta de seguros de saúde e diferentes planos para as diversas

parcelas da população. As desigualdades em saúde são reflexos das condições de vida da população. Neste universo, ainda é grande a população com dificuldade de acesso à assistência médica, sobretudo quando se trata do segmento mais carente (SENNA, 2002). O que podemos entender que na prática, a política de saúde se materializa para muitos de forma incompleta. O acesso incompleto aos serviços de saúde é põe em xeque todo pressuposto da universalidade, integralidade e intersetorialidade assumidos legalmente pelo SUS.

A situação do câncer na população brasileira é uma discussão que inicia no segundo capítulo deste trabalho. Partindo da análise macro-social, verificamos que esta doença é considerada mundialmente uma questão de saúde pública, principalmente pelo fato de exigir dos governantes intervenções a nível tecnológico para redução do alto índice de mortalidade. Conforme sinalizado e de acordo com o Ministério da Saúde, esta é a segunda causa de morte no país. Parece um paradoxo, mas se de um lado observamos um alto investimento no setor de alta complexidade, por outro verificamos uma rede de atenção primária e secundária estagnadas e precária na oferta de serviços públicos. Fazendo com que os usuários do sistema de saúde recorram para o setor privado para de alguma forma agilizar seu processo de atendimento na rede.

Neste íterim, o câncer de mama aparece como a grande questão a ser enfrentada pelas políticas de saúde. Com a criação da Política de Atenção Oncológica, cria-se diretrizes para uma maior eficácia da detecção precoce que antes fora afirmado pelo documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, no qual recomenda ações para o procedimento de rastreamento e diagnóstico, e algumas diretrizes para rastrear a doença em estágios iniciais em mulheres assintomáticas. A implantação desta política vem ao encontro das necessidades das mulheres brasileiras.

No terceiro capítulo, tratamos os dados sistematizados pelo setor de Registro Hospitalar do INCA que apontaram que o grande número de mulheres que descobrem a doença em estadiamento avançado concentra-se em camadas populares. Esta afirmativa pode ser justificada por diversos fatores de cunho estrutural. As informações sobre o índice de mortalidade hospitalar do SIM não permitem identificar que segmentos sociais são mais atingidos, pois não fornece dados de renda, escolaridade, ou seja, não oferece subsídios para que possamos traçar o perfil socioeconômico do usuário. Desta forma, buscamos através do registro hospitalar do INCA conhecer o perfil das mulheres matriculadas nesta unidade de saúde de alta complexidade. Para nossa pesquisa, esse dado é importante, pois partimos da

premissa que por conta do acesso incompleto na rede, as mulheres não conseguem detectar o câncer de mama em estádios iniciais. A sistematização destes dados por conta do governo seria pertinente para a elaboração de políticas de saúde mais próximas à realidade das usuárias do sistema. Compreender o perfil dessa população ajudaria, em muito, a redução do alto índice de mortalidade por câncer.

Verificamos com base nas entrevistas realizadas com as mulheres matriculadas no HC II, que a grande maioria percebe a importância de ir ao ginecologista regularmente; no entanto, encontram dificuldades de concretizar essa peregrinação no que tange ao acesso aos serviços que subsidiam a detecção precoce. Sejam os motivos de ordem pública, no que tange as questões da realização da política de saúde; sejam motivos de cunho pessoal, como questões de trabalhos, educação, cultura entre outras questões implícitas.

Desta forma, cabe ao governo criar condições de vida e trabalho para a população pensando a política de forma integrada e intersetorializada nas mais diversas esferas de atuação das políticas sociais, considerando os determinantes sociais do processo de saúde/doença. Um exemplo prático para essas ações seria o estímulo nas relações de trabalho para atenção à saúde da mulher como parte da rotina institucional dos órgãos empregatícios. Mobilizar e repolitizar a sociedade para esta questão, seria um salto qualitativo para a democratização da saúde. Uma saída imediata para esta questão seria a flexibilização de horários alternativos de trabalho para que essas mulheres conseguissem acessar o sistema com mais frequência. O investimento para a capacitação profissional também é um caminho apontado para uma ação mais imediata. Há de se considerar também, que o investimento em equipamentos de qualidade facilitaria uma intervenção mais concisa no combate ao câncer de mama. Essas e entre outras questões que essa reflexão buscou levantar. Pensar a saúde em suas múltiplas expressões, é considerá-la articulada aos processos sociais. Ter esse posicionamento como norte é abrir novos horizontes para uma melhor atenção à saúde da população usuária dos serviços de saúde.

Diante da temática da política de atenção oncológica e da política de atenção integral à saúde da mulher, encontramos na literatura uma abundante abordagem no aspecto predominantemente biológico da doença em si, pautadas muitas vezes numa visão reducionista da mulher. O exercício da entrevista nos possibilitou olhar esta mulher em sua amplitude e totalidade, principalmente entender as relações que estabelecem socialmente e como se relacionam com estas políticas. Percebemos que ainda há muito que se fazer para concretizarmos uma política estruturada e que estejam em consonância aos pressupostos estabelecidos pelos ideários da Reforma Sanitária.

Nossa crítica se constrói a partir da observação dos depoimentos que demonstram que há uma lacuna no sistema que não consegue contemplar a realidade da mulher em sua totalidade. A abundante literatura médica sobre o câncer de mama demonstra que o processo de adoecimento enfoca somente os dados epidemiológicos e estatísticos que priorizam os processos interventivos, como os processos medicamentosos e a intervenção cirúrgica, a mastectomia. A política de saúde deixa a desejar quando não incorpora aspectos subjetivos desta mulher. É preciso compreender que dentro deste universo encontramos além das relações distanciadas com o sistema de saúde, questões de cunho cultural, social e econômico que limitam essas mulheres a diagnosticarem precocemente o câncer de mama. Compreendemos através dos depoimentos dessas mulheres que elas vivem cotidianamente a luta pela sobrevivência, reflexos das suas condições de vida e trabalho. Conforme o artigo 3º da Constituição, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outras, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a renda, a educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social econômica do país. Esse é com certeza um dos caminhos para entender a situação do câncer na sociedade brasileira.

A saúde é um dos espelhos da abissal desigualdade social brasileira e recuperar/manter seu sentido mais amplo e sua dimensão coletiva constitui-se não somente como desafio, mas, principalmente, um compromisso do Estado com seus cidadãos. Esse compromisso se viabiliza na formulação de estratégias que busquem reforçar ou propor espaços nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, a partir do conhecimento da população usuária. Na necessidade de recuperar o sentido mais amplo de saúde em sua dimensão coletiva, é que se faz necessário formular estratégias que busquem reforçar ou propor espaços nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Enfim, é na contracorrente do modelo neoliberal e reafirmando os princípios do SUS que a sociedade deve exigir do Estado uma posição favorável a concretização do direito à saúde de forma pública, universal e de qualidade e que esta reflita na redução do índice de mortalidade por câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, A. Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventivista no Brasil. São Paulo: Editora UNESP, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. (cap. VI e VII), p. 209-264.

BAYER, Gustavo F.; LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, n. 22, p.108-125, São Paulo: Cortez, 1986.

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p.9-30, maio agosto, 2005.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. Gestão do SUS; o que fazer? In: Bravo, Maria Inês Souza et. al. (orgs). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFRRJ, 2008, p.42-45.

BEHRING, Elaine Rossetti. Políticas sociais no governo Lula: uma reflexão. **Revista Inscrita**. Conselho Federal de Serviço Social: CFESS, ano VI, n. IX, p. 10-14, novembro de 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. Trad. Virginia Gawryszewski. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.

_____. **Medicina e política**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1998.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Revista de Saúde Coletiva: PHYSIS**, vol 1 n. 1, 1991.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, Campos, 1992.

BORGES, João Bosco et al. Perfil das mulheres no município de Jundiaí quanto ao hábito do auto-exame das mamas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 54, v. (2), p. 113-122, Abril/Junho, INCA, Rio de Janeiro, 2008.

BORGES, Cássio. **Epidemiologia do câncer no Brasil**. In: Mastologia - informações sobre as doenças da mama. 17 Fevereiro, 2008. Disponível em: <http://mastologia.wordpress.com/2008/02/17/epidemiologia-do-cancer-de-mama-no-brasil/> Acesso em: 02/03/2009.

BRASIL. Lei n.8.662. In: **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de leis e resoluções. Rio de Janeiro: CRESS, 2005. p. 31-40.

_____. Lei 8142/1990. In: CRESS. **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. RJ. 4.ed. Abril, 2005. p.197-200.

_____. Constituição Federal 1988. Art.196. In: CRESS. **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. RJ. 4.ed. Abril, 2005. p.45.

_____. Lei 8080/1990. In: CRESS. **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. RJ. 4.ed. Abril, 2005. p.167-196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Conhecendo o Viva Mulher**. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 23 p.il.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Registro de câncer. **Relatório Anual 1994-1998**. INCA, 2000. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rhc/docs/HCIII_consolidados_94_98.pdf. Acesso em 04/11/2008.

_____. **Portaria n. 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **O que é o Câncer**. INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 9/11/2007.

_____. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível também em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Acesso em 6/10/2007

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência de câncer no Brasil**: estimativa 2006. Rio de Janeiro: INCA, 2005. 94 p.

_____. **Estimativas da Incidência de câncer no Brasil**: estimativa 2008. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em www.inca.gov.br. Acesso 17 de março de 2008.

_____. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. 120 p.

_____. **Programa de epidemiologia e vigilância do câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322. Acesso em 25/10/2007.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_faseI.pdf. Acesso em: 15/07/2008

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência de saúde de 1986**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 15/07/2008.

_____. Ministério da Saúde. **XI Conferência de saúde – 11ª CNS: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção á saúde com controle social.** Termos de referência para o desenvolvimento dos sub-temas. Outubro, Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 34 p.

_____. **Portaria 2.439/GM** de dezembro de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Disponível em: http://nwww.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0290_16_05_2008.html. Acesso em 15/07/2008.

BRASIL, s/d. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Acesso em 08/10/2008.

BRASIL, s/d2. **Deteção precoce de câncer de colo do útero e mama.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/detec_mama_colo.pdf. Acesso em 08/10/2008.

_____. **Plano de ação para controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007.** Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. **Mamografia: da prática ao controle.** Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 109 p. Disponível também em http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/qualidade_em_mamografia.pdf.

_____. **Parâmetros técnicos para programação de ações de deteção precoce do câncer de mama.** Recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 30p. : il.

_____. **TNM: classificação de tumores malignos /** traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996a. 286p.

_____. **Práticas profissionais na saúde: a medicina e o Serviço Social.** In: [Syn] **Thesis: Cadernos do Centro de Ciências Sociais.** vol 3, n. 1. p. 31-37, Rio de Janeiro: UERJ, CCS, 1998.

_____. **A saúde no Brasil na década de 90 - Projetos em disputa. Superando Desafios - Cadernos de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto,** n. 4. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

_____. Maria Inês Souza. **A política de saúde no governo Lula. Revista Inscrita.** Conselho Federal de Serviço Social: CFESS, ano VI, n. IX, p. 29-32, p. 35- 39, novembro de 2004.

_____. Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema de Saúde (SUS). **Revista Serviço Social e Sociedade** n. 88, 2006.

_____. Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. Capacitação para conselheiros de saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTTA, Elizabete Ana (et al. Ogs). **Serviço Social: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001 p. 197- 216.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 25-47

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de saúde no governo Lula. In: Bravo, Maria Inês Souza et. al. (orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFRJ, 2008, p. 17-21

CARVALHO, C.S.U. **Pobreza e câncer de colo de útero**: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo de útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. 2004.163f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e Serviço Social. IN: REZENDE, Ilma ; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006. p. 67- 82.

COHN, Amélia; et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002. 164 p.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviço**. 6 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005. p. 13-57

CORREA, Sônia. **Saúde integral da mulher**. Biblioteca virtual da mulher. Disponível em: <http://www4.prossiga.br/bvmulher/cedim/saude/conceito.htm>. s/d. Acesso em: 06/01/2009

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. n. 62, p. 35-72, São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, Ana Maria. **Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS?** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Tese de doutorado apresentada ao Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Brasília, 2004.

CRESS-7ª Região. **Assistente Social: ética e direitos** - Coletânea de Leis e Resoluções. 4. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro, 2005. 421 p.

CRUZ NETTO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Cecília (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.51-66.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária-avaliação da prática no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1995. p. 61- 90

DESLANDES, Suely; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.

DONANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. Medicina e Estrutura social. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviço**. 6 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005. 59-119 p.

ESCOREL, Sara. Saúde: uma questão nacional. IN: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995. p.181-192.

ESCOREL, Sara; et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et. al (orgs). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FREITAS, Rita de Cássia Santos. Serviço Social e gênero: um diálogo possível. Cadernos de Serviço Social - Revista da Escola de Serviço Social de Niterói, n. 2, p. 28-42. Niterói, Rio de Janeiro, UFF, 1996.

GAMA, Andréa de Sousa. Curso de extensão em gênero, saúde e reprodução - uma experiência de articulação entre capacitação profissional e assessoria. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. (orgs). **Assessoria, consultoria e Serviço social**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2006. p. 266-280.

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v. 28, n.6, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31884.pdf>. Acesso em 05/01/2009.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. IN: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. um manual prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 244-270.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Revista Radiologia Brasileira**. v.37, n.2, São Paulo, Mar./Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842004000200006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05/01/2009.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Cecília (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 67-80.

GRANEMAN, Sara. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: Bravo, Maria Inês Souza et. al. (orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUF RJ, 2008, p.36 -39.

_____. Necessidade da acumulação capitalista. **Revista Inscrita**. Conselho Federal de Serviço Social: CFESS, ano VI, n. IX, p. 29-32, novembro de 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, ano II, n. 3, janeiro a junho, p. 9-32, Brasília: ABEPSS, 2001.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. ; WALDOW, Vera R.. (orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes médicas. p. 9-18.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário - o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: ESS/UERJ, ABRASCO, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Cecília (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.9-29

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**. Jun 2003, v.49, n.2, p.185-190. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16215.pdf>. Acesso em 05/01/2009.

MORAES, M. F.,1998. A mortalidade por câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 44, n. 2, p. 95-98. Abr/Mai/Jun, INCA, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_44/v02/editorial.html. Acesso em 06/01/2009.

MOTTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 248 p.

_____. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTTA, Elizabete Ana (etl al. Orgs). **Serviço Social**: formação e trabalho profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007. p. 40-48

NETTO, José Paulo. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 79, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva**: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade 3(2) p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, Márcia Silva; SOUZA, Norma V. Dantas de. Dimensões subjetivas da doença. **Superando Desafios**. Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, ano. IV, n. 5, p. 43-51, 1996.

OLLITA, Ivete. O auto-exame das mamas como parte dos procedimentos recomendáveis para controle do câncer de mama. **Revista Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 72-78, Rio de Janeiro, 2007.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n.14, p. 25-32, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em 5/11/2008

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: Reinaldo Guimarães; Antonia Angulo-Tuesta. (Org.). **Saúde no Brasil**. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. , p. 15- 40.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998. 254 p.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: Bravo, Maria Inês Souza et. al. (orgs). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFRJ, 2008, p.25-35.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), p.203-211, 2002.

SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**, n.1, p.15-20, Conselho Regional de Serviço Social - CFESS, 1997.

SIMIONATTO, Ivete. Reforma do estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul. **Ser Social**, n. 7, p. 11-42, Revista do

Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Julho a dezembro 2000.

SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico: aspectos sócio-antropológicos do câncer de mama feminina.** Tese de Doutorado, FIOCRUZ, 2003. 118p.

TRUFELLI, Damila Cristina. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação de Medicina Brasileira.**, v.54, n.1, p.72-76, 2208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf>. Acesso em 06/01/2009.

VELOSO, Renato; BEZERRA, Vanessa. Gênero e sociedade: uma breve introdução à dimensão de gênero nas relações sociais. **Revista Teoria e Sociedade.** v. 1, n. 12, p. 106-125, Rio de Janeiro, 2004.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Rio de Janeiro: Renan, 1998. p. 131-215.

_____. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (org). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 173-195.

VIANNA, Sólton Magalhães; et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

VIDAL. Dolores Lima da Costa. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 94, p.133 -153. Cortez: São Paulo, 2008.

WÜNSCH FILHO et. al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.3, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a04.pdf>. Acesso em 06/01/2009.

Sites Consultados:

<http://www.redecancer.org.br>

<http://www.inca.gov.br>

<http://www.datasus.gov.br>

<http://www.saude.gov.br>

<http://www.bvs.gov.br>

<http://www.iarc.fr>

ANEXOS

ANEXO A

IDENTIFICAÇÃO:

Nome (Fictício):		Idade:	
Estado Civil:		Escolaridade:	
Profissão:		Ocupação Atual:	
Residência:	Naturalidade	Município	
Plano de Saúde	() Possui () Nunca possuiu () Já possuiu	Renda Familiar () s/renda () até 3 SM () 3 à 5 SM () acima de 5 SM	

ROTEIRO PRÉVIO DE ENTREVISTA:

1. Blocos temáticos
• Composição familiar
Com quem reside?
Recebe algum tipo de benefício do governo?
Quantas pessoas da família compõem a renda familiar?
• Inserção no mercado de trabalho
Possui vínculo empregatício (formal ou informal)?
Você possui vínculo previdenciário?
• Processo saúde-doença
Mantinha seus exames de mama e ginecológico em dia? Como?
Quando percebeu algum problema de saúde relacionado ao câncer?
O que fez? Que ajuda buscou?
Como chegou ao INCA.
Quanto tempo levou até ser encaminhada para esta Unidade - HCIII?
O que você sabe sobre seu diagnóstico de câncer de mama?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Modelo Nº 1 = Termo de Consentimento sem Intervenção com Drogas

Nome da Voluntária: _____

Você está sendo convidada a participar de um estudo que visa compreender as razões do diagnóstico tardio do câncer de mama. Portanto, pretendemos examinar as dificuldades encontradas na rede de saúde para uma efetiva detecção precoce, no que tange ao acesso do serviço de alta complexidade para o início do tratamento.

Se você concordar em participar deste estudo serão coletados dados através de entrevista com roteiro pré-definido para atender ao objetivo deste estudo. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente. Após a transcrição, a gravação será apagada. Será mantido o sigilo sobre sua identidade, sendo utilizado um pseudônimo a sua escolha.

Ressaltamos que a sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Se quiser não precisa responder todas as perguntas. Você também pode desistir de continuar a entrevista em qualquer momento sem implicações no tratamento. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte que tentarei esclarecer.

Cabe ressaltar que será levada em consideração toda desistência, tendo você a liberdade de retirar sua participação nesta pesquisa, mesmo que ela já tenha sido iniciada (após assinatura do Termo), não havendo qualquer restrição ou punição quanto a esta decisão, respeitando assim seus argumentos para a desistência. (Cap. IV, cláusula f da Resolução 196/96)

O local da entrevista, Instituto Nacional do Câncer, nos permitirá um ambiente favorável para que você possa se sentir mais confortável para tratar de assuntos relativos ao seu problema. Haverá um cuidado profissional e ético principalmente junto a você e sua família durante as entrevistas.

Quaisquer outras informações adicionais que julgar importante para compreensão do desenvolvimento deste estudo e sua participação poderão ser obtidas através do setor de Serviço Social desta Unidade.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação.

Declaro que li o texto acima e entendo os objetivos e condições de participação no respectivo estudo e aceito dele participar, de forma livre e esclarecida.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura da usuária) dia mês ano

(Nome da usuária – letra de forma)

_____ / ____ / ____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo a usuária indicada acima.

_____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano



DECLARAÇÃO

Registro CEP nº 118/08 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)

Título do Estudo: Política de saúde e seus desdobramentos na área de oncologia: Um estudo sobre as mulheres matriculadas no INCA III

Declaro que o Comitê de Ética em Pesquisa do INCA concorda com as normas de Boas Práticas Clínicas (Good Clinical Practices – GCP/ICH) e cumpre os termos da Resolução 196 de outubro de 1996 e da Resolução 251 de agosto de 1997.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2009

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA



IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares, sobre:

- A estrutura do estudo: De acordo
O financiamento do estudo: De acordo
Outros centros no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica

Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e forma de obtê-lo:
De acordo com a Resolução CNS 196/96

V – Parecer do CEP:

Os membros do CEP-INCA abaixo relacionados decidem que o presente estudo está:

Aprovado na íntegra Com pendências Não aprovado

MEMBROS DO CEP/INCA QUE PARTICIPARAM DO JULGAMENTO:	
Adriana Scheliga	Maria Beatriz Kneipp Dias
André Marcelo Machado Soares	Maria de Fátima Batalha de Menezes
Carlos Henrique D Silva	Martin H Bonamino
Célia Helena Fernandes Costa	Miguel Ângelo Martins Moreira
Ivan da Costa Marques	Valeska Figueiredo
José Bines	Virginia Pires
José Cláudio Casali	Walter Esteves Piñeiro
Marcelle Coelho de Rosário	Wilza Barbosa Felipe

VI – Data e assinatura:

Rio de Janeiro, 16 de fevereiro de 2009.

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

- () O estudo será enviado à CONEP para registro.
() O estudo será enviado à CONEP para apreciação.
() Não será necessário o envio do mesmo à CONEP tendo em vista a Resolução 346/05.

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE ESTUDOS DE PESQUISA NO INCA

1) Uso Exclusivo Comitê de Ética/INCA

Recebido Por:	Em:	Nº de registro no CEP:
---------------	-----	------------------------

2) **Pesquisador:** certifique se todos estes itens e documentos estão presentes:

Obs.: O Projeto e os formulários deverão ser digitados e entregues com as respectivas assinaturas e os mesmos deverão ser salvos em disquete ou CD com os itens a seguir:

- Título e Autor(es)
- Assinatura de todos os colaboradores
- Local de Origem e Local de Realização
- Introdução, Objetivo e Método
- Cronograma e Orçamento (especificar a fonte de financiamento)
- Referências Bibliográficas
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Compromisso para Uso de Dados
- Autorização dos serviços que serão requisitados para realização de exames e/ou procedimentos
- Curriculum Vitae* atualizado do Investigador Principal e dos demais colaboradores (observação: Preferimos o *Curriculo Lattes*). **Se o currículo não for no formato lattes deverá estar datado e assinado pelo pesquisador.**
- Folha de Rosto da CONEP
- Projeto, TCLE e demais formulários salvos em disquete ou CD

3) Título do Projeto

4) Tipo de Estudo

- Ensaio Clínico Epidemiológico Técnico diagnóstico Planejamento e Gestão
 Monografia de especialização Tese de Mestrado Tese de Doutorado
 Outros (especificar) _____

Observação: em caso de teses de mestrado e/ou doutorado especificar:

Nome do aluno:

Curso e Instituição onde está cursando o mestrado e/ou doutorado:

Nome do orientador da tese e Instituição:

5) Pesquisador Responsável no INCA

Nome:	Declaro estar ciente que para a avaliação do projeto a documentação deve estar completa.
Carteira de Identidade:	Assinatura:
CPF:	Vínculo: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> Outra Instituição _____

Endereço:		Setor no INCA –	
Cidade:		Telefone	Celular:
		E-mail:	
5) Área de Conhecimento (utilize os códigos do CNPq)		7) Cronograma do Projeto	
		Início:	
		Término:	
3) Colaboradores do Projeto (listar todos os participantes que preencham os critérios de autorias)			
Nome		Assinatura	
Telefone			
CPF	RG	Vínculo: () Prof. () Contratado () Aluno () Residente () Outros () INCA () Outra Instituição	
Nome		Assinatura	
Telefone			
CPF	RG	Vínculo: () Prof. () Contratado () Aluno () Residente () Outros () INCA () Outra Instituição	
Nome		Assinatura	
Telefone			
CPF	RG	Vínculo: () Prof. () Contratado () Aluno () Residente () Outros () INCA () Outra Instituição	
Nome		Assinatura	
Telefone			
CPF	RG	Vínculo: () Prof. () Contratado () Aluno () Residente () Outros () INCA () Outra Instituição	
Nome		Assinatura	
Telefone			
CPF	RG	Vínculo: () Prof. () Contratado () Aluno () Residente () Outros () INCA () Outra Instituição	
9) Local de Origem (Serviço ou Departamento que chancela o projeto)			
		Assinatura e Carimbo da Chefia	
10) Local de Realização (Serviço do INCA ou de outra Instituição onde o projeto será efetivamente realizado)			
		Assinatura e Carimbo da Chefia	
11) Autorização dos Serviços que serão requisitados para realização de exames e ou procedimentos específicos			
Nome do Serviço		Assinatura e Carimbo do Chefe do Serviço	

Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo do Chefe do Serviço
Registro Hospitalar de Câncer	
12) FONTES DE FINANCIAMENTO (institucionais e externas)	
Não existe fonte de financiamento para esta pesquisa.	
13) RESUMO (use, no máximo, 2 páginas, referindo-se aos itens relacionados abaixo)	
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Objetivo principal e objetivos secundários • Revisão sumária dos dados da literatura relativos ao estudo (“background”) • Tipo de estudo • Desenho do protocolo experimental • Número de pacientes em cada braço do protocolo • Cálculo da amostra (detalhamento) • Riscos e benefícios potenciais para os pacientes 	
14) RELEVÂNCIA E IMPACTO DO PROJETO	
15) TERMO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL	
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e aceito as responsabilidades pela condução científica do estudo acima.	
Local: Rio de Janeiro	Data
Assinatura:	

Concordância do Serviço

Data: 05/ 11/ 2008

Assinatura e carimbo do Chefe do Serviço*

**OBSERVAÇÃO: em protocolos em que o Investigador Principal é também chefe de Unidade ou Serviço da Instituição, a Chefia Imediata ou o Substituto do Chefe da Unidade e/ou Serviço é quem irá assinar neste campo.*

Rio de Janeiro, de ____ de ____.

A Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA

Informo que a proposta de estudo intitulada: _____ foi aprovada pelo Setor de _____ e da Divisão de Apoio Técnico, com base na justificativa abaixo.

Este Serviço indica _____ como Investigador Principal deste estudo.

Justificativa:

Atenciosamente,

Carimbo e assinatura – Chefe do Serviço*

**OBSERVAÇÃO: em protocolos em que o Investigador Principal é também chefe de Unidade ou Serviço da Instituição, a Chefia Imediata ou o Substituto do Chefe da Unidade e/ou Serviço é quem irá assinar neste campo.*

A Direção da Unidade do HCIII está ciente e aprova o encaminhamento do projeto de pesquisa em anexo para avaliação pelo CEP.

Rio de Janeiro ____/____/____

Carimbo e assinatura – Direção da Unidade*

**OBSERVAÇÃO: em protocolos em que o Investigador Principal é também chefe de Unidade ou Serviço da Instituição, a Chefia Imediata ou o Substituto do Chefe da Unidade e/ou Serviço é quem irá assinar neste campo.*



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:					
2. Área do Conhecimento (conforme relação no verso):		3. Código :		4. Nível (para área	
5. Área Temática (conforme relação no verso):		6. Código:		7. Fase (para área 3)	
8. Unitermos ()					
SUJEITOS DA PESQUISA					
9. Número de Sujeitos 20 No Centro: Total:		10. Grupos Especiais: < 18 anos () Portador de Deficiência mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (estudantes, militares, presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL					
11. Nome:					
12. Identidade		13. C.P.F.	19. Endereço (Rua, nº)		
14. Nacionalidade		15. Profissão	20. CEP 2530-001	21. Cidade:	22. U.F.
16. Maior Titulação		17. Cargo	23. Fone	24. Fax	
18. Instituição a que pertence :				25. E-mail:	
Termo de compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 04/11/2008 Assinatura					
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO					
26. Nome: Hospital do Câncer III		29. Endereço (Rua, nº) Rua Visconde de Santa Isabel, 274 Vila Isabel			
27. Unidade/Órgão HCIII		30. CEP 20560-120	31. Cidade Rio de Janeiro	32. U.F. RJ	
28. Participação estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone 3879 6000	34. Fax		
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () Anexar a lista de todos os centros participantes no Brasil					
Termo de compromisso: (do responsável pela Instituição) Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Data: 04/11/2008 Assinatura					
PATROCINADOR Não se aplica (x)					
36. Nome:		39. Endereço (Rua, nº)			
37. Responsável		40. CEP	41. Cidade	42. U.F.	
38. Cargo/Função		43. Fone	44. Fax		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP					
45. Data de Entrada ____/____/____	46. Protocolo	47. Conclusão: Aprovado () Data ____/____/____	48. Não Aprovado () Data ____/____/____		
49. Relatório(s) do Pesquisador Responsável previsto(s) para: ____/____/____					
Encaminhamento ao CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O Projeto para apreciação () 53. Data: ____/____/____		52. Coordenador/Nome Assinatura		Anexar o parecer substanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP					
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:			
55. Processo:					
58. Observações:					

CÓDIGO – ÁREAS DO CONHECIMENTO

1 - CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA

- 1.01 - MATEMÁTICA
- 1.02 - PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA
- 1.03 - CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO
- 1.04 - ASTRONOMIA
- 1.05 - FÍSICA
- 1.06 - QUÍMICA
- 1.07 - GEOCIÊNCIAS
- 1.08 - OCEANOGRAFIA

2 - CIÊNCIAS BIOLÓGICAS (*)

- 2.01 - BIOLOGIA GERAL
- 2.02 - GENÉTICA
- 2.03 - BOTANICA
- 2.04 - ZOOLOGIA
- 2.05 - ECOLOGIA
- 2.06 - MORFOLOGIA
- 2.07 - FISILOGIA
- 2.08 - BIOQUÍMICA
- 2.09 - BIOFÍSICA
- 2.10 - FARMACOLOGIA
- 2.11 - IMUNOLOGIA
- 2.12 - MICROBIOLOGIA
- 2.13 - PARASITOLOGIA
- 2.14 - TOXICOLOGIA

3 - ENGENHARIAS

- 3.01 - ENGENHARIA CIVIL
- 3.02 - ENGENHARIA DE MINAS
- 3.03 - ENGENHARIA DE MATERIAIS E METALÚRGICA
- 3.04 - ENGENHARIA ELÉTRICA
- 3.05 - ENGENHARIA MECÂNICA
- 3.06 - ENGENHARIA QUÍMICA
- 3.07 - ENGENHARIA SANITÁRIA
- 3.08 - ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
- 3.09 - ENGENHARIA NUCLEAR
- 3.10 - ENGENHARIA DE TRANSPORTES
- 3.11 - ENGENHARIA NAVAL E OCEÂNICA
- 3.12 - ENGENHARIA AEROESPACIAL
- 3.13 - ENGENHARIA BIOMÉDICA

4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE (*)

- 4.01 - MEDICINA
- 4.02 - ODONTOLOGIA
- 4.03 - FARMÁCIA
- 4.04 - ENFERMAGEM
- 4.05 - NUTRIÇÃO
- 4.06 - SAÚDE COLETIVA
- 4.07 - FONOAUDIOLOGIA
- 4.08 - FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
- 4.09 - EDUCAÇÃO FÍSICA

5 - CIÊNCIAS AGRÁRIAS

- 5.01 - AGRONOMIA
- 5.02 - RECURSOS FLORESTAIS E ENGENHARIA FLORESTAL
- 5.03 - ENGENHARIA AGRÍCOLA
- 5.04 - ZOOTECNIA
- 5.05 - MEDICINA VETERINÁRIA
- 5.06 - RECURSOS PESQUEIROS E ENGENHARIA DE PESCA
- 5.07 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS

6 - CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

- 6.01 - DIREITO
- 6.02 - ADMINISTRAÇÃO
- 6.03 - ECONOMIA
- 6.04 - ARQUITETURA E URBANISMO
- 6.05 - PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL
- 6.06 - DEMOGRAFIA
- 6.07 - CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
- 6.08 - MUSEOLOGIA
- 6.09 - COMUNICAÇÃO
- 6.10 - SERVIÇO SOCIAL
- 6.11 - ECONOMIA DOMÉSTICA
- 6.12 - DESENHO INDUSTRIAL
- 6.13 - TURISMO

7 - CIÊNCIAS HUMANAS

- 7.01 - FILOSOFIA
- 7.02 - SOCIOLOGIA
- 7.03 - ANTROPOLOGIA
- 7.04 - ARQUEOLOGIA
- 7.05 - HISTÓRIA
- 7.06 - GEOGRAFIA
- 7.07 - PSICOLOGIA
- 7.08 - EDUCAÇÃO
- 7.09 - CIÊNCIA POLÍTICA
- 7.10 - TEOLOGIA

8 - LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES

- 8.01 - LINGÜÍSTICA
- 8.02 - LETRAS
- 8.03 - ARTES

(*) NÍVEL : (P) Prevenção (D) Diagnóstico (T) Terapêutico (E) Epidemiológico
(N) Não se aplica

Comitê de Ética em Pesquisa - INCA

Declaração de Responsabilidade do(a) Pesquisador(a)

Eu, _____(a) responsável pela pesquisa denominada _____, declaro que:

- assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) na pesquisa;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do(a) Instituto Nacional de Câncer (Instituição);
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- o CEP-INCA será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa; assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, conseqüente à mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

CPF

05/072009 09:47:28

Distribuição de casos de câncer segundo a procedência.

Casos Analíticos e Não Analíticos – INCA – HOSPITAL DO CÂNCER III – 2006 até 2007

PROCEDÊNCIA	f	%
1200013- ACRELANDIA	1	0,0
3101508- ALEM PARAIBA	2	0,1
3300100- ANGRA DOS REIS	20	0,6
3300159- APERIBE	3	0,1
3300209- ARARUAMA	31	0,9
3300225- AREAL	4	0,1
1100023- ARIQUEMES	1	0,0
3300233- ARMAÇÃO DE BÚZIOS	2	0,1
3300258- ARRAIAL DO CABO	10	0,3
3105608- BARBACENA	1	0,0
3300308- BARRA DO PIRAI	21	0,6
3300407- BARRA MANSA	8	0,2
3300456- BELFORD ROXO	75	2,3
2903409- BELMONTE	1	0,0
3300506- BOM JARDIM	3	0,1
3300605- BOM JESUS DO ITABAPOANA	2	0,1
5300108- BRASILIA	1	0,0
3300704- CABO FRIO	31	0,9
3300803- CACHOEIRAS DE MACACU	15	0,5
3300902- CAMBUCI	3	0,1
2504009- CAMPINA GRANDE	2	0,1
3301009- CAMPOS DOS GOYTACAZES	3	0,1
3301108- CANTAGALO	8	0,2
3301207- CARMO	1	0,0
3301306- CASIMIRO DE ABREU	9	0,3
3201407- CASTELO	1	0,0
3300951- COMENDADOR LEVY GASPARIAN	1	0,0
3301405- CONCEIÇÃO DE MACABU	6	0,2
3301504- CORDEIRO	5	0,2
3301603- DUAS BARRAS	3	0,1

PROCEDENCIA	f	%
3301702- DUQUE DE CAXIAS	122	3,7
3301801- ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	4	0,1
3301850- GUAPIMIRIM	5	0,2
3301876- IGUABA GRANDE	8	0,2
3301900- ITABORAI	67	2,0
3302007- ITAGUAI	25	0,8
3133006- ITAMONTE	1	0,0
3302106- ITAOCARA	5	0,2
3302254- ITATIAIA	3	0,1
3302270- JAPERI	12	0,4
3137809- LAMBARI	1	0,0
3302403- MACAE	8	0,2
3302452- MACUCO	4	0,1
3302502- MAGE	48	1,5
3302601- MANGARATIBA	8	0,2
3302700- MARICA	42	1,3
3302809- MENDES	9	0,3
3302858- MESQUITA	27	0,8
3302908- MIGUEL PEREIRA	4	0,1
3303005- MIRACEMA	7	0,2
3303203- NILOPOLIS	48	1,5
3303302- NITEROI	104	3,2
3303401- NOVA FRIBURGO	55	1,7
3303500- NOVA IGUAÇU	134	4,1
2923001- NOVA VICOSA	1	0,0

PROCEDENCIA	f	%
3304144- QUEIMADOS	38	1,2
3304151- QUISSAMA	1	0,0
3304201- RESENDE	23	0,7
3304300- RIO BONITO	12	0,4
3304409- RIO CLARO	4	0,1
3304508- RIO DAS FLORES	3	0,1
3304524- RIO DAS OSTRAS	24	0,7
3304557- RIO DE JANEIRO	1586	48,5
3304607- SANTA MARIA MADALENA	1	0,0
3304706- SANTO ANTONIO DE PADUA	7	0,2
3304805- SÃO FIDELIS	4	0,1
3304904- SÃO GONÇALO	217	6,6
3305109- SÃO JOAO DE MERITI	97	3,0
3305158- SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO	4	0,1
2111300- SÃO LUIS	1	0,0
3550308- SÃO PAULO	1	0,0
3305208- SÃO PEDRO DA ALDEIA	13	0,4
3305307- SÃO SEBASTIAO DO ALTO	3	0,1
3305406- SAPUCAIA	6	0,2
3305505- SAQUAREMA	24	0,7
3305554- SEROPEDICA	7	0,2
3305604- SILVA JARDIM	2	0,1
3305752- TANGUA	3	0,1
3305802- TERESOPOLIS	8	0,2
3305901- TRAJANO MORAIS	1	0,0
3306008- TRES RIOS	23	0,7
3306107- VALENÇA	28	0,9
3306206- VASSOURAS	12	0,4
3306305- VOLTA REDONDA	31	0,9
Total	3270	100,0

PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005.

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

Considerando o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;

Considerando a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1ª Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2ª Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

I - desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização

das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 3^ª Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4^ª Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de

2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 5^º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

Art. 6^º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

PORTARIA Nº 741 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS;

Considerando a necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica;

Considerando a determinação de conceituar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de garantir, de forma complementar e, por decisão e regulação do respectivo Gestor do SUS, o acesso a consultas e exames para o diagnóstico diferencial do câncer nas Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população a assistência oncológica; e

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica; resolve:

Art. 1º - Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades:

§1º - Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades hospitalares, compostas pelos serviços discriminados no Art. 2º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§2º - Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes centros hospitalares, compostos pelos serviços discriminados no Art. 3º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§3º - Entende-se por Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia um CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos:

I. ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004;

II. ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros:

01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais

02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais

03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais

04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais

05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais;

III. participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;

IV. ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

V. ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

VI. subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; e

VII. participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

Art. 2º - As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos:

- I. Serviço de Cirurgia Oncológica;
- II. Serviço de Oncologia Clínica;
- III. Serviço de Radioterapia;
- IV. Serviço de Hematologia;
- V. Serviço de Oncologia Pediátrica.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com, no mínimo, Serviço de Cirurgia Oncológica e Serviço de Oncologia Clínica, para o que precisa de:

- a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2, 4.3.1 e 4.3.2 do Anexo I;
- b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§2º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Hematologia ou um hospital geral com Serviço de Hematologia estruturado podem ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos, para o que precisa de:

- a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2 e 4.3.4 do Anexo I;
- b) comprometer-se formalmente com o atendimento hospitalar e ambulatorial de casos de todos os tipos de hemopatias malignas, inclusive Leucemias Agudas; e
- c) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§3º - Por decisão do respectivo Gestor do SUS, com base em parâmetros de necessidade, um hospital exclusivo de Pediatria pode ser credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia exclusivamente para o diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas de crianças/adolescentes, para o que precisa de:

- a) atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, no §1º do Art. 1º e nos sub-itens 4.1, 4.2, 4.3.4 e 4.3.5 do Anexo I; e
- b) estabelecer em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Radioterapia.

§4º - Poderá ser autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, a partir da solicitação do respectivo Gestor do SUS, com base no planejamento da rede regionalizada de atenção oncológica e sob regulação do Gestor, a realização de cirurgias oncológicas em Hospitais Gerais, pelo prazo de doze meses, desde que:

- a) atuem de forma complementar às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e aos CACON;
- b) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;
- c) atenda os respectivos requisitos especificados nos sub-itens 4.1, 4.2 e 4.3.1 do Anexo I;
- d) esteja vinculado, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos; e
- e) estabeleça em conjunto com o respectivo Gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em Oncologia Clínica, Radioterapia e, se indisponíveis na própria estrutura hospitalar, Cuidados Paliativos.
- f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos sejam cumpridos.

Art. 3º - Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem prestar atendimento em todos os serviços abaixo descritos:

- I. Serviço de Cirurgia Oncológica;
- II. Serviço de Oncologia Clínica;
- III. Serviço de Radioterapia; e
- IV. Serviço de Hematologia.

§1º - Um hospital, para ser credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com atendimento em todos os serviços descritos acima e atender os respectivos requisitos especificados nesta Portaria, quais sejam o §2º do Art. 1º, o sub-item 4.4 e os itens 5 e 6 do Anexo I.

§2º - Além desses serviços, o hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia poderá, de acordo com a necessidade estabelecida pelo respectivo Gestor do SUS, contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica.

Art. 4º - Nenhum Serviço constante dos artigos 2º e 3º, acima, será credenciado isoladamente.

§1º - Os serviços credenciados à data da publicação desta Portaria, como isolados de radioterapia e/ou de quimioterapia, poderão manter o credenciamento, pelo prazo de doze meses, desde que:

a) seja julgado necessário pelo respectivo Gestor do SUS e possuam autorização específica da Secretaria de Atenção à Saúde;

b) atuem de forma complementar, atendendo, exclusivamente, pacientes encaminhados sob autorização e regulação do respectivo Gestor do SUS;

c) a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros publicados no Anexo III;

d) cumpram os requisitos das respectivas normas de credenciamento constantes do Anexo II desta Portaria; e

e) estejam vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos.

f) após o prazo estabelecido, poderá ser renovada a autorização desde que os pré-requisitos se mantenham.

§2º - Para os serviços isolados já credenciados ao SUS, localizados em hospitais que, no mínimo possam ser credenciados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, deverão ser adotadas medidas de adequação a esta Portaria, neste sentido, no prazo máximo de doze meses.

Art. 5º - Estabelecer que as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia implantem, em doze meses a partir da publicação desta Portaria, o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado, se inexistente no hospital.

Parágrafo Único - Arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados deverão, no mês de setembro de cada ano, a partir de 2007, ser encaminhados para o Instituto Nacional de Câncer, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica.

Art. 6º - Disponibilizar no Anexo III desta Portaria os parâmetros de distribuição demográfica e de produção das Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia e os indicadores de avaliação dos serviços de alta complexidade prestados, para o planejamento e organização da atenção oncológica em rede.

Art. 7º - Estabelecer que na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS no Anexo III desta Portaria:

I. população a ser atendida;

II. necessidade de cobertura assistencial;

III. mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;

IV. capacidade técnica e operacional dos serviços;

V. série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; e

VI. integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - que compõem a rede de atenção oncológica no estado.

Art. 8º - Determinar à Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada, que, em articulação com o Instituto Nacional do Câncer – INCA, seja formalizado um grupo técnico de assessoramento aos Estados e Municípios para o planejamento, avaliação e aprovação da rede de atenção oncológica dos Estados, inclusive com a atribuição de auxiliar as secretarias de saúde nesse planejamento.

Parágrafo Único - O grupo técnico de que trata este artigo deverá contar com representantes do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Art. 9º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no inciso VI do Art. 7º, acima.

Art. 10 - Na situação de ausência de prestação de serviço de alta complexidade oncológica em sua área de gestão, o respectivo Gestor do SUS deverá garantir, através dos mecanismos de regulação, o acesso da população ao atendimento integral.

Art. 11 - As Secretarias de Estado da Saúde encaminharão a relação dos Centros de Referência, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde / MS, ficando a autorização a cargo desta.

Parágrafo Único - Preferencialmente, deverão ser autorizados como Centros de Referência os hospitais públicos, filantrópicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos, nesta ordem.

Art. 12 - O Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alta Complexidade e do Instituto Nacional de Câncer, que é o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia do Ministério da Saúde, deverá adotar medidas para articular e integrar tecnicamente, os Centros de Referência.

Parágrafo Único - O CONSINCA - Conselho Consultivo do INCA é o órgão de apoio técnico na execução das ações desta Portaria.

Art 13 - A integração hierarquizada das unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais em oncologia deve ser articulada pelo respectivo Gestor do SUS, conforme a rede de atenção planejada.

Art. 14 - As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art 15 - As Unidades e os Centros de Assistência e os Centros de Referência que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta Portaria serão desabilitados pela SAS.

Art. 16 - Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais.

Art. 17 - Aprovar, na forma de anexos a esta Portaria, o que se segue:

Anexo I: "Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia";

Anexo II: "Normas para Manutenção do Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia";

Anexo III: "Parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para organização da Atenção Oncológica em rede";

Anexo IV: "Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia"; e

Anexo V: "Formulário de Vistoria do Gestor para Manutenção de Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia".

Art. 18 - Estabelecer que todos os estabelecimentos de saúde que tenham sido credenciados em conformidade com portarias anteriores deverão ser credenciados novamente de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

§1º - O prazo para o credenciamento dos serviços de que trata o caput deste Artigo é de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria;

§2º - Os serviços que, findo prazo estabelecido no §1º, acima, não obtiverem o credenciamento, serão excluídos do sistema.

Art. 19 - Estabelecer que, no prazo de 12 (doze) meses da publicação desta Portaria, a Secretaria de Atenção à Saúde publique e divulgue as Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica que deverão ser elaboradas sob coordenação do INCA, que contemplem as neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil, a serem observadas pelas Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Parágrafo Único - As Diretrizes Nacionais publicadas devem ser atualizadas, pelo menos, a cada 04 (quatro) anos.

Art. 20 - Esta Portaria revoga a Portaria SAS/MS nº 113, de 31 de março de 1999, e entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário

28/04/2009 - Lei garante atenção integral à mulher


Prioridade do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, as ações de controle do câncer de mama e de colo do útero no Sistema

Único de Saúde (SUS) passarão a ser asseguradas pela Lei 11.664/2008, que entra em vigor nesta quarta-feira, 29 de abril. A legislação dispõe sobre a atenção integral à mulher e trata da efetivação das ações de prevenção, detecção e tratamento dos cânceres de colo do útero e de mama estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Oncológica e pelo Programa Nacional de controle da doença.

Hoje, toda mulher brasileira, de qualquer idade, tem garantido acesso gratuito à mamografia para diagnóstico de câncer de mama no Sistema Único de Saúde quando houver indicação médica. Para rastreamento populacional do câncer de mama, ou seja, o monitoramento das mulheres sem sintomas, as recomendações do Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama são exames clínico anual das mamas na faixa de 40 a 49 anos e mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, com intervalo de dois anos.

Ao estabelecer que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos, a nova legislação suscitou dúvidas em relação à possível mudança da faixa etária para rastreamento. Para discutir o tema e dar subsídios técnico-científicos ao debate, o Instituto Nacional de Câncer promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama, realizado nos dias 16 e 17 de abril, no Rio de Janeiro. Durante dois dias, especialistas da Europa, Estados Unidos, Chile e Canadá apresentaram as experiências bem-sucedidas implementados em seus países.

 Busca 

ok

 Fale conosco 

 Imprimir 

INCA

Câncer

Prevenção e Detecção

Ensino

Pesquisa

Publicações

Eventos

Agência INCA de Notícias

Divulgação Técnico-Científica

O documento final do encontro, em fase de conclusão, indica parâmetros importantes para direcionar a implementação de um programa efetivo de rastreamento no Brasil. A experiência internacional indica que a faixa etária de melhor custo-efetividade para rastreamento de câncer de mama por mamografia é de 50 a 69 anos. Também aponta a importância de garantir e constantemente melhorar a qualidade em todas as etapas do processo de rastreamento, desde a informação e convocação individual para os exames, até a avaliação das anormalidades, diagnóstico e tratamento subsequentes.

Durante o encontro, quer reuniu representantes da sociedade civil, profissionais da saúde, ONGs e demais instituições ligadas ao controle do câncer de mama, foi comum o discurso sobre a necessidade de efetivação de um programa de rastreamento no país. Os especialistas mostraram a necessidade de ações estruturadas a partir de projetos-piloto, controle permanente da qualidade e definição de atribuições para implementação, supervisão e monitoramento de resultados. "Ampliar a discussão para a questão do rastreamento é um desserviço, visto que não há evidências científicas que justifiquem essa ampliação", alertou o diretor geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

Informações atualizadas e qualidade das mamografias

Para garantir ações efetivas no controle do câncer de mama, o Ministério da Saúde vai contar, ainda este ano, com um banco de dados que permitirá traçar um mapeamento inédito da doença no país. O Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama), instituído pela portaria 779 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em 31 de dezembro de 2008, vai registrar e centralizar informações de todas as pacientes que realizarem mamografia no Sistema Único de Saúde.

O banco de dados terá desde nome e idade da paciente e local de realização do exame, até tempo de espera. Dessa forma, os gestores de saúde terão dados precisos sobre incidência, indicações dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento, além de indicadores sobre necessidade de auditorias e de capacitações locais.

O INCA já realizou o treinamento dos profissionais dos 27 estados para o uso do sistema. Para garantir o funcionamento da ferramenta, o repasse do pagamento dos exames aos prestadores de serviço pelo SUS será condicionado à atualização de dados do sistema. Hoje, estão em operação no SUS 1.246 mamógrafos, que realizaram em 2008 um total de 2.946.328.

Também este ano será lançado o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (leia mais no site da Rede de Atenção Oncológica). A iniciativa tem como objetivo garantir a qualidade da imagem, a dose de radiação correta e a interpretação adequada das mamografias realizados no SUS em todo o país. A minuta da portaria que instituirá o programa será concluída este mês pela equipe técnica do INCA, e passará pela avaliação de instâncias do Ministério da Saúde e dos conselhos nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além de parceiros do programa.

estudos internacionais, e são adotadas em países com políticas públicas de rastreamento populacional implementadas, como Reino Unido, Holanda, Canadá e Austrália. De acordo com a *Cochrane Colaboration*, uma rede mundial sem fins lucrativos que busca subsidiar as tomadas de decisão na área da saúde, os programas de rastreamento mamográfico resultam em benefícios para a população feminina, tanto para redução da mortalidade quanto para a da morbidade.

Em sua última análise sistemática (metanálise) do rastreamento, a ONG avaliou os resultados e a metodologia de sete estudos de diferentes países que envolveram ao todo meio milhão de mulheres. As evidências indicam uma redução na mortalidade de até 20% para a faixa entre 50 e 60 anos, quando a mamografia é realizada periodicamente em 70% da população-alvo por um período de dez anos. Entretanto, os autores ressaltam que não está claro se o rastreamento resulta mais em benefícios ou danos. A mesma metanálise também confirmou alguns possíveis efeitos adversos do rastreamento, como o excesso de diagnóstico (*over-diagnosis*) e tratamento (*over-treatment*) com aumento estimado de até 30%.

Isto significa que, para cada 2.000 mulheres convidadas para o rastreamento ao longo de dez anos de programa, dez mulheres saudáveis, que não teriam sido diagnosticadas se não tivessem participado, terão o diagnóstico confirmado e serão tratadas desnecessariamente - seja no caso de falso-positivo ou no de lesões que jamais se desenvolveriam. Por isso, uma das recomendações comuns à maioria dos programas implementados no mundo é que as mulheres convidadas sejam plenamente informadas dos benefícios e dos prejuízos do exame.

Em abril, o Instituto Nacional de Câncer promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama, que reuniu alguns dos maiores especialistas do mundo, gestores de todas as esferas de poder, representantes da sociedade civil, profissionais da saúde, ONGs e demais instituições ligadas à abordagem deste tipo de câncer. Durante o evento, foram amplamente discutidas as recomendações e a sua adequação à realidade do sistema de saúde e ao perfil da população brasileira para, a partir daí, elaborar um documento que subsidiará o Ministério da Saúde na regulamentação da lei e na implementação do rastreamento efetivo em todo país.

Divisão de Comunicação Social • tel: (21) 2506-6103 • imprensa@inca.gov.br