Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Acesso à Atenção Especializada:
Câncer de mama como condição traçadora**

LUAN CUIABANO ARRUDA

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde

**Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina
Prado Louvison**

São Paulo

2019

Acesso à Atenção Especializada: Câncer de mama como condição traçadora

LUAN CUIABANO ARRUDA

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde

**Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina
Prado Louvison**

Versão revisada

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

ARRUDA, LUAN CUIABANO

ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA : CÂNCER DE MAMA COMO
CONDIÇÃO TRAÇADORA / LUAN CUIABANO ARRUDA; orientadora
MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON. -- São Paulo, 2019.
93 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2019.

1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. 2. DESIGUALDADES. 3.
ATENÇÃO ESPECIALIZADA. 4. ATENÇÃO BÁSICA. 5. INQUÉRITOS
EPIDEMIOLÓGICOS. I. LOUVISON, MARILIA CRISTINA PRADO,
orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

*À **Patricia dos Santos Arruda***

Em nome das pessoas que acompanharam minha trajetória acadêmica.

Desde quando, no ISC/UFMT me auxiliava enquanto bolsista de extensão e que ao concluir o Mestrado em Saúde Coletiva, passou a desempenhar a belíssima carreira de professora.

Ilustrando também as pessoas da minha trajetória profissional.

E que para minha grata surpresa, ao passar no processo seletivo do Ministério da Saúde, veio a fazer parte da equipe a qual eu estava inserido e teve grande contribuição no processo de trabalho, ajudando-me a ensinar e aprender a liderar um grupo.

Representando, infelizmente, as mulheres que contribuíram com este trabalho.

Àquelas que com os mais diversos itinerários terapêuticos, sofreram devido ao câncer de mama.

Dedico a você, Paty!

Que muito me fez aprender, rir, sonhar e alçar novos voos.

De Cuiabá pra Brasília e, mais tarde, São Paulo.

Que deu forças para eu fazer o mestrado, sem nem saber o tema.

Que, por ironia do destino, mudou e passou a ser o que te levou de nós.

Sei que onde você estiver, continua me apoiando e torcendo por mim.

Dedico para que novos estudos minimizem a perda e possibilitem ajudar na saúde de pessoas como você.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
por iluminar os caminhos que eu venho trilhando.

A minha orientadora, Profa. Dra. Marília Louvison,
pelo auxílio, compreensão, paciência, ensinamentos,
a quem serei eternamente grato por ter me orientado nesta trajetória.

Ao Prof. Dr. Oswaldo Tanaka,
que mais do que possibilitar a imersão em um grupo de estudos,
fez com que nos tornássemos parte de um grupo de pesquisas do mais alto nível.

Aos membros da minha banca,
Tereza Rosa, Regina Bernal, Lucieli Chaves e professores Tanaka, Marco Akerman e Arthur Chioro,
que entre titulares e suplentes, não mediram esforços e se disponibilizaram em tamanha contribuição.

A FSP/USP, especialmente Prof. Cleide Lavieri e Soninha,
representando o corpo docente e técnico, no auxílio e engrandecimento em diferentes momentos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),
por contribuir com a formação universitária deste país com a concessão de bolsas de estudos,
a qual tive a graça de ser beneficiado e reconhecimento como de extrema importância nesta realização.

As amigadas que a FSP me trouxe e estiveram comigo nesses dois (doidos) anos de São Paulo,
em especial: Fausto Soriano, Paula Etlinger e Georgia Romcy.

A minha família,
que sempre me ensinou que o maior aprendizado que poderia ser transmitido é o estudo.
E que, sempre, mesmo de longe, enviou boas energias.

Aos amigos,
que (quase) sempre entenderam as ausências.

E a todos que torceram para que chegasse o dia de celebrar a conclusão desta pesquisa.

RESUMO

ARRUDA, L. C. Acesso à atenção especializada: câncer de mama como condição traçadora. [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A oferta de serviços de saúde com qualidade e acesso universal se traduz em importante desafio em todo o mundo. Para além do fluxo assistencial, há uma série de fatores que podem facilitar o acesso ou servir como barreiras, que vão desde características socioeconômicas até a disposição de serviços de saúde. O objetivo da pesquisa foi analisar o acesso aos serviços de atenção especializada ao câncer de mama, no município de São Paulo. Trata-se de um estudo exploratório quantitativo com amostra intencional realizado a partir de um inquérito de serviços, desenvolvido no município de São Paulo, no ano de 2015. O método estatístico utilizado foi regressão de Poisson tendo como variável dependente dias de espera para realização de mastologia, para mamografia e para tratamento e como variáveis independentes, idade, escolaridade, raça/cor, plano privado de saúde, pagamento de consulta, tipo de unidade de Atenção Básica (AB), continuidade do atendimento na AB, palpação das mamas e solicitação de mamografia na AB. Participaram do estudo 353 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento na Atenção Especializada (AE), e que haviam sido encaminhadas a partir de serviços da AB, pelo município de São Paulo. A pesquisa identificou que 69,97% dessas mulheres apresentava idade igual ou superior a 50 anos, tendo 66,48% referido ser de raça/cor preta/parda e 50,99% tinham entre no mínimo 12 anos de estudo. Das mulheres entrevistadas, 86,12% informaram não possuir plano privado de saúde e 14,77% pagaram por consulta médica em algum momento do tratamento. Sobre os serviços no cuidado ao câncer, aproximadamente um terço (32,85%) das mulheres aguardaram até 30 dias para a primeira consulta com mastologista e 85,59% para a realização da mamografia. O tempo de espera para início do tratamento foi de até sete dias para mais da metade delas (53,03%), tendo sido a cirurgia oncológica a primeira opção realizada para 76,47% dessas mulheres. Foram identificadas facilidades de acesso na linha de cuidado ao câncer de mama no serviço especializado estudado. Entretanto, ter mais de 50 anos e menos de 4 anos de estudo são fatores que produzem barreiras de acesso aos serviços de câncer de mama, indicando desigualdades no acesso. Apesar do estudo ter sido desenvolvido em serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS) sob regulação da gestão municipal, a posse de plano privado de saúde foi identificada como fator capacitante facilitador de acesso. Outros fatores relacionados à organização dos serviços de saúde refletiram o distanciamento entre Atenção Básica e Atenção Especializada, indicando que a fragmentação do sistema de saúde pode produzir dificuldades de acesso aos serviços da rede de atenção.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Desigualdades; Atenção Básica; Atenção Especializada; Inquéritos Epidemiológicos; SUS.

ABSTRACT

ARRUDA, L. C. Specialized Care Access: Breast Cancer as a Tracing Condition.
[Master's Degree Dissertation] University of São Paulo, College of Public Health, São Paulo, 2019.

A quality healthcare offer and universal access translates into great complexity. Besides the healthcare flow, there are factors that can subserve or difficult the access, which ranges from socioeconomic characteristics to location of health units. Parting from that, a exploratory quantitative study with intentional sampling was performed from a service inquiry in São Paulo, in 2015. Poisson regression was performed, using dependent variables of queue time for Mastology referral, mammography and treatment within independent variables, such as: age, schooling, ethnicity, private healthcare, consultation charge, basic health unit (BHU) type, breast physical examination and mammography referral in the BHUs. 353 women diagnosed with breast cancer through São Paulo's BHUs, being followed-up through specialized healthcare were enrolled in this study. The results identified that 69,97% of the population had over 50 years old, being 66,48% considered black, and 50,99% with at least 12 years of schooling. With regards to private healthcare access, 86,12% did not have access to any, however, 14,77% relied on private practice charges during the treatment. Concerning services in cancer care, about a third of the analyzed women (32,85%) waited up to 30 days for a first appointment with surgical oncologista, such as mammography was performed within a month for 85,59%. The waiting time for treatment was up to seven days for more than the half of the group (53,03%), being surgical oncology the first option for 76,47% of them. The waiting time for breast cancer care in the studied specialized center in São Paulo were considered fast. Therefore, variables such as age over 50 years and schooling equal or less 4 years were predisposing factors which can make the access to breast cancer services harder. Besides that, despite the study has been developed from our Unified Healthcare System (SUS), access to private healthcare was identified as a factor that can grant easier acces to specialized breast cancer care, and the geographical distance between BHUs and specialized care might play a role in affecting the follow-up of underprivileged populations.

Key words: Public Health; Health Services Accessibility; Health Inequalities; Primary Health Care; Specialized Care; Health Surveys; Unified Health System (SUS).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE.....	17
1.2 LINHA DE CUIDADO AO CÂNCER DE MAMA.....	25
2. OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1 UNIVERSO DO ESTUDO	32
3.2 COLETA DE DADOS.....	34
3.3 QUESTIONÁRIO.....	32
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	32
4. RESULTADOS	40
5. DISCUSSÃO	51
6. CONCLUSÃO.....	59
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
8. ANEXOS.....	68
8.1 QUESTIONÁRIO.....	68
8.2 APROVAÇÕES EM COMITÊ DE ÉTICA.....	75
8.2.1 APROVAÇÃO DO PROJETO MULTICÊNTRICO NO CEP DA UNICAMP	75
8.2.2 APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, JUNTO AO CEP DA SMS/SP	83
8.2.3 APROVAÇÃO PARA EXECUÇÃO DA TRAÇADORA CÂNCER DE MAMA NO CEP/HSL	88

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.....	33
TABELA 2.....	40
TABELA 3.....	42
TABELA 4.....	43
TABELA 5.....	44
TABELA 6.....	46
TABELA 7.....	48
TABELA 8.....	49
TABELA 9.....	50

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1.....	22
QUADRO 2.....	37
QUADRO 3.....	38
QUADRO 4.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AE – Atenção Especializada

APS – Atenção Primária à Saúde

BIRADS® – Breast Imaging Reporting and Data System

CACON - Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia

CEBAS – Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social

CE - Ceará

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

FSP – Faculdade de Saúde Pública

INCA – Instituto Nacional de Câncer

HAS –Hipertensão Arterial Sistêmica

HSL – Hospital Sírio Libanês

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IOM – Institute of Medicine

MS – Ministério da Saúde

OR – *Odds Ratio*

Pesquisa AcesSUS – Inquérito Multicêntrico sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RR – Risco Relativo

RS – Rio Grande do Sul

SIGA SAÚDE – Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SF – Saúde da Família

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Aos vinte e um de abril de 1992, no hospital Jardim Cuiabá, bairro Jardim Cuiabá, na cidade de Cuiabá - Mato Grosso, nascia Luan Cuiabano Arruda, eu. Cresci tendo a educação como a principal virtude a se ter e que deveríamos sempre pensar grande. Passados mais de 26 anos, posso dizer que acredito estar seguindo os ensinamentos do meu pai e minha mãe.

Após terminar o ensino médio, ainda com 16 anos, comecei a pensar de fato que estava chegando a hora da tão esperada entrada no Ensino Superior. Ela aconteceu em fevereiro de 2010 em um curso de bacharelado ainda recente no Brasil (início em 2008), na primeira turma do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (CGSC/UFMT).

Eis que aquele curso, ainda desconhecido para tantos, me transformou. Quando percebi já tinha criado o Centro Acadêmico de Saúde Coletiva (CASAco), me envolvido com o Diretório Central dos Estudantes (DCE), levado os estudantes da UFMT ao Pré-Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (Pré-ENESC), participado do I, II e III Encontro Nacional de Saúde Coletiva (ENESC), sendo que fui um dos organizadores do III Enesc e, ainda, membro do Colegiado Gestor do Fórum de Graduação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), bem como, das duas primeiras gestões da executiva de curso, a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC).

Enfim, o fim da graduação se aproximou e em julho de 2013 eu já não era apenas um universitário envolvido com o movimento estudantil. Eu havia me tornado um militante. Eu me fiz presente nas "Manifestações de Julho" e lutei pelas bandeiras da educação e da saúde pública, defendendo um país sem corrupção que possa proporcionar serviços de qualidade à população.

Em tão pouco tempo fui do micro ao macro. Arregacei as mangas e não só fiz os estágios obrigatórios nas Secretarias de Saúde de Cuiabá e Mato Grosso, como fui em busca de um aprendizado envolvendo ensino-pesquisa-extensão. Fui bolsista da "Rede de Observatório de Recursos Humanos" (ObservaRH - Estação Trabalho, Saúde e Sociedade) e do "Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que atuam com Usuários de Crack, Outras Drogas e Seus Familiares" (CRR/UFMT), vi a "Associação Brasileira de Saúde Coletiva" (Abrasco) incluir o CGSC em seu estatuto, levei o projeto de "Vivências e Estágios na Realidade

do Sistema Único de Saúde" (VER-SUS) para Mato Grosso, me envolvi em vários espaços de Participação Social, como a XIV e a XV Conferência Nacional de Saúde, e então, recebi minhas primeiras propostas de emprego na Saúde.

Depois de importante experiência profissional em Mato Grosso, em novembro de 2014 entrei para o “mundo da Pós-Graduação”. Com isso, mudei-me para Brasília devido à Especialização em Serviço da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), realizada no âmbito do Ministério da Saúde (MS). cursando essa especialização, fiquei imerso nos debates da qualificação da Atenção Básica, da Formação na Saúde e também do Provimento de Profissionais de Saúde. Após concluir a Especialização em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva, no final de 2015 e, ainda trabalhando na gestão federal, cursei a Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no ano de 2016.

Aos poucos, eu percebia que não só estava crescendo profissionalmente, mas também, os meus sonhos passavam a tomar formas. Apesar de ter aprendido muito no período em que permaneci na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sentia a necessidade de dar continuidade aos estudos. Foi então que, no primeiro semestre de 2017, me mudei de Brasília para São Paulo para cursar o Mestrado em Saúde Pública, onde continuo próximo da temática da Atenção Básica, mas agora expandindo os horizontes para o acesso da Atenção Especializada.

Se com este trabalho finalizo o mestrado na Universidade de São Paulo (USP), pretendo “no amanhã” conseguir contribuir na formação de novos estudantes da saúde, tal como, colaborar na saúde da população brasileira. Seja onde for, acredito que estarei colocando em prática a educação e a saúde em prol de uma sociedade mais educada, saudável, e portanto, feliz.

Agora, aquele cuiabano já não existe mais. O Cuiabano está em busca de se tornar sanitaria a cada dia mais e, mesmo sabendo que tem muito a se fazer, procura não esmorecer, pois sabe que é preciso (e possível) seguir em busca de uma sociedade melhor.

1. INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro tem como importante desafio assegurar saúde como direito para toda a população, de importante magnitude e distribuição desigual por todo o país.

A Constituição Brasileira, conhecida como Constituição Cidadã, garante que saúde é direito de todos e dever do Estado conforme promulgada na Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 196, ela estabelece que a saúde deva ser garantida “mediante políticas que visem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde considerando a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Isso foi obtido como uma conquista da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que incorporou conceitos, princípios e uma lógica mais democrática para organização da saúde brasileira.

Com a Lei 8.080/90 ficaram definidos como princípios e diretrizes do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade, princípios doutrinários que preconizam acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, na medida da necessidade, bem como, garantem que esse acesso ocorra de maneira articulada e contínua. Entre os princípios organizativos consta a participação social e a descentralização político-administrativa nas esferas de governo, com ênfase no processo de municipalização, e também, de regionalização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Só com tais elementos é possível deduzir a complexidade de prestar serviço de qualidade e acesso oportuno. Ademais, somam-se ainda outros agravantes assim como a dificuldade no fluxo assistencial entre serviços da atenção básica, urgência e emergência, atenção especializada e hospitalar,

bem como a necessidade de regulação sobre a oferta nos diferentes serviços de saúde, considerando também os diferentes entes federados envolvidos neste processo.

Cecílio et. al. (2014) defendem que existem vários “regimes de regulação”, uma vez que a regulação é uma produção social, podendo ter diferentes lógicas e processos, ou até mesmo um cruzamento tenso de múltiplos tipos de regulação. Cada contexto sócio-histórico-político específico pode ter seu arranjo regulado de acordo com o “agir profissional”, o “agir governamental”, o “agir político” ou o “agir leigo”. Para VILARINS et. al (2012), essa regulação do acesso pode ser realizada sob a ótica da demanda, que busca disponibilizar o serviço de saúde mais adequado e em momento oportuno, e sob a ótica da oferta, que disponibiliza serviços assistenciais de acordo com às necessidades da população baseada em critérios epidemiológicos.

Com vistas a assegurar o conjunto de ações e serviços ao usuário, no de ano de 2010, o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010). A implementação das RAS define a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do sistema em relação aos serviços de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio (como farmacêutico e diagnóstico e terapêutico) e sistemas logísticos (a exemplo das centrais de regulação).

As RAS contribuem no avanço do princípio da integralidade, mas deve-se levar em conta que, para além da organização dos serviços com foco na doença, que cada cidadão deve ser sempre considerado na centralidade da produção do cuidado e, portanto, reconhecer que ele produz redes vivas e

constrói mapas de cuidado, não somente relacionado a estrutura hierárquica do SUS. Como afirmam MEHRY et. al. (2014), os usuários são “redes vivas” de si mesmos, uma vez que produzem a todo momento movimentos e conexões, além de produzir e partilhar conhecimentos e cuidados.

As RAS se organizam em linhas de cuidado, considerando as várias necessidades da produção de cuidado, o acesso e uso dos vários pontos de atenção. As condições crônicas têm sido estudadas como agravos que podem se caracterizar como condições traçadoras para o estudo da integralidade nas redes de atenção.

Tendo em vista que o câncer de mama é um agravo possível de ser identificado precocemente na Atenção Básica (AB), mas que seu tratamento necessita também de cuidado com uso de tecnologias de alta complexidade disponíveis apenas na Atenção Especializada (AE), justifica-se a escolha do câncer de mama como condição traçadora. A partir de um referencial teórico acerca do acesso à atenção ao câncer de mama como condição traçadora é possível avaliar como ocorre o cuidado a este agravo na integralidade ao usuário, permitindo analisar se o acesso ao serviço ocorre em tempo oportuno do diagnóstico até o momento em que o paciente consegue dar início para seu tratamento no serviço de saúde específico para tal finalidade.

1.1 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de acesso e cobertura é polissêmico e nem sempre consensual. O Dicionário Priberam da Língua Portuguesa define acesso como substantivo masculino que transmite o significado do ato de chegar ou entrar,

da admissão ao trato ou do movimento de elevação em posto. Contudo, a palavra e os significados apresentados no dicionário não resumem as definições e necessidades de uma busca mais vasta sobre a conceituação deste termo no campo da Saúde, pelo contrário, a partir do visto anteriormente é possível observar mais dúvidas sobre o emprego deste termo e as limitações do seu uso.

De acordo com PAIM (2018), para se ter um SUS como direito, como um sistema universal de fato, é preciso garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e, para que isso ocorra, não pode haver insuficiência pública, comprometimento no planejamento, nem dificuldades na construção de redes regionalizadas. Segundo ele é preciso ainda que se tome cuidado para que não ocorra acesso a um “SUS reduzido”, em que uma população mais pobre tem acesso limitado na atuação típica de saúde pública apenas como prevenção, controle de riscos, danos e epidemias. Dessa forma, a realização de procedimentos de alto custo ficaria voltada para população com melhor poderio financeiro, distanciado do SUS com acesso universal e democrático, proposto pela Reforma Sanitária.

Para Thomas C. Ricketts e Laurie J. Goldsmith, há uma falha ao considerar acesso em sua amplitude, sem ponderar a importância de dimensões como tempo e experiência, que existem em qualquer sistema (Rickett & Goldsmith, 2015). Esses autores sinalizam como teoria dominante sobre acesso a originalmente desenvolvida por Ronald Max Andersen, chamada de “Modelo Comportamental de uso de Serviços de Saúde”.

Andersen (1995) prioriza o termo acesso como um dos principais elementos dos sistemas de saúde relacionados a organização dos serviços,

referindo-se tanto a entrada no serviço como a continuidade do tratamento. O autor define um modelo teórico que considera fatores predisponentes (fatores individuais), capacitantes (meios disponíveis para obter cuidados de saúde) e necessidades de saúde (condições de saúde).

Após a teoria dominante, Andersen continuou a trabalhar a temática junto a Jhon F. Newman em “Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States” (1973) e com Lu Ann Aday na publicação “A Framework for the study of access to medical care” (1974), obras estas que resultaram num conceito de acesso frequentemente utilizado para influenciar a elaboração de políticas, a partir de indicadores que enfocassem o processo e os resultados.

Desde então, a capacidade de obter uma consulta em tempo razoável e o tempo de espera passaram a ser exemplos de indicadores de processo, enquanto os indicadores de resultado enfocaram a utilização e, posteriormente, a satisfação do usuário, ênfase esta apoiada por sua referência a Donabedian (1973).

Como forma de enfatizar a utilização desses indicadores, o *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos publicou um estudo com foco nos indicadores para rastrear mudanças no acesso ao longo do prazo, definindo acesso como “uso oportuno de serviços de saúde para alcançar a melhor qualidade possível”, o que vai ao encontro da conceituação feita por Andersen.

Em um estudo de revisão sobre o conceito de acesso, Travassos e Martins (2004) concluem que apesar da diversidade geral do conceito, o mesmo possui um pilar que o caracteriza, sendo este a relação do serviço ofertado com o desempenho do mesmo, de modo a potencializar o ingresso do

usuário. Reforçam, ainda, duas dimensões de acessibilidade sendo uma mais sócio-organizativa e outra mais do ponto de vista geográfico, conforme descrito por Donabedian (1973).

Uma abordagem alternativa àquela conceituada por Andersen foi proposta por Roy Penchansky, que sugeriu o conceito de encaixe entre as necessidades do paciente e a capacidade de atender tais necessidades pelo sistema de saúde (Penchansky, 1977).

Penchansky e Thomas (1981) apresentaram a imprecisão deste conceito em sua utilização nas políticas e avaliações em saúde e definiram cinco dimensões para o emprego da palavra acesso no campo da saúde:

- Disponibilidade (volume de profissionais e serviços);
- Acessibilidade geográfica (relação espacial entre profissionais e usuários);
- Acomodação/Acolhimento (Organização do sistema de saúde, como horário disponível para atendimentos e o tempo de espera);
- Aceitabilidade (atitudes entre usuários e prestadores de cuidados de saúde);
- Capacidade de pagamento pelos serviços de cuidados prestados pelo sistema e percepção de valor por parte dos pacientes.

Estendendo o trabalho de Penchansky e Thomas, Julio Frenk (1992), observou o problema de usar termos que não foram claramente definidos, como acesso, bem como, acessibilidade e disponibilidade, organizando uma série de domínios para tentar sanar este problema. Acessibilidade seria a capacidade de uma população receber cuidados quando necessário, enquanto disponibilidade seria a existência de recursos disponíveis de cuidados de

saúde. Haveria ainda uma diferença entre ambos, que seria definido como resistência, sendo esta a existência de obstáculos que surgem dos recursos e que impedem a busca para obtenção do cuidado.

Desta forma, acessibilidade, disponibilidade e resistência descreveriam o sistema de prestação de cuidados de saúde, que levariam ao acesso, conceito este reservado para a capacidade de a população obter cuidados, desde que seja da vontade da população e se necessário. Para entender esse conceito de acesso, Frenk usa o termo como sinônimo de “poder de utilização”, sendo este um contraste ao “poder de compra”.

Em uma revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde, Jesus e Assis (2010) apresentaram a multiplicidade de dimensões para a sua compreensão, considerando a relação da utilização deste conceito com a forma e o sentido com o qual está empregado, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Dimensões do acesso aos serviços de saúde.

Acesso aos serviços de saúde			
Dimensão econômica	Dimensão política	Dimensão simbólica	Dimensão técnica
Equidade; racionalização; relação entre oferta e demanda.	Políticas de saúde; Conformação histórica do modelo de atenção.	Percepções; Concepções e atuação dos sujeitos; Representações sociais do processo saúde-doença.	Planejamento; Organização; Regionalização; Hierarquização; Estabelecimento de fluxos; Resolubilidade dos serviços de saúde.
Totalidade concreta			
Buscar o equilíbrio na relação oferta/demanda.	Desenvolver consciência sanitária e organização popular.	Abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde.	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada
Universalização do acesso aos serviços de saúde			

Fonte: Adaptado de Jesus e Assis (2010)

Considerando as diversas limitações existentes na conceituação, acreditar que apenas o acesso é produtor de transformações, sem uma definição mais profunda do conceito ou avaliação a partir de alguma dimensão do acesso, não parece o caminho mais adequado para afirmações em definitivo.

Barbara Starfield emprega diferentes significados ao diferenciar os conceitos de acesso e de acessibilidade. O acesso segundo Starfield (2002) é a capacidade de possibilitar o uso oportuno dos serviços com foco na resolução

das necessidades dos usuários, já a acessibilidade seria o modo de disposição dos serviços que permitam o contato com o usuário, ou seja, que as pessoas cheguem aos serviços.

Alves et al. (2014) apontam que o conceito de acesso possui complexidade que é observada nas múltiplas definições do termo pelos mais diversos autores e optou, em seu estudo, por utilizar o acesso a partir de suas dimensões como a de disponibilidade e acolhimento.

Já para Souza et al. (2008) acesso e acolhimento são conceitos que se relacionam, se complementam na execução prática da implementação das ações de saúde, quando se busca a integralidade do cuidado, principalmente quando observada a perspectiva histórica do processo de construção e expansão do SUS. Em algumas situações, a multiplicidade de conceitos e a diversidade de entendimentos sobre um conceito utilizado, pode significar a ausência de exatidão ou levar a ignorar o mesmo em uma análise. Contudo, o termo acesso possui complexidade principalmente por ser tão relacionado a busca da integralidade.

Além disso, esta pesquisa, que é orientadora da definição do conceito e da dimensão que se utiliza dele, não pode ser confundida como sinônimo de cobertura. Leônidas (2014) afirma que cobertura é acesso potencial, ao afirmar que o cobrir se relaciona a organização e a disponibilidade da oferta, mas que não resulta necessariamente na sua utilização adequada. Porém, cobertura pode ser defendida como um caminho anterior a acessibilidade dita por Starfield (2002), pois a cobertura apresenta um sentido unilateral do serviço/política/ação de saúde ao usuário, e acessibilidade apresenta a equação bidirecional observando as limitações e necessidades dos usuários.

Malta et. al. (2015) afirmam, ainda, que acesso a serviços de atenção primária contribui não apenas na melhoria dos serviços de saúde e redução das taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades. Por isso, o acesso aos serviços especializados de saúde está relacionado a capacidade da AB, tendo em vista, que, apesar da evolução nos padrões de cobertura e do escopo para a promoção da equidade, muito ainda se ouve quanto à demora em conseguir atendimento nos serviços especializados e, em particular, no cuidado ao câncer.

Apesar dessas várias vertentes, a revisão crítica elaborada por Ricketts e Goldsmith (2015) identificou uma edição especial da Health Services Research, publicada em 1998, que resume o conceito de acesso a partir do preconizado por Andersen. Ela cita trabalhos dessa edição especial ilustrando como a estrutura conceituada por Andersen foi replicada por Gold (1998), que trabalhou o conceito a partir da relação de acesso com políticas e, também, Eden (1998), que descreveu sete medidas de acesso que permitiam pesquisar comparações nas populações. Em ambos os casos é possível fazer uma discussão mais acerca da realidade brasileira, relacionando o acesso à justiça social.

Logo a dificuldade em definir o termo acesso é resultado não só de sua polissemia, mas principalmente da complexidade em se construir integralidade nos sistemas de saúde e da busca da garantia de um cuidado responsivo e resolutivo centrado nas necessidades dos usuários.

Para tanto, o conceito de Andersen foi o escolhido como o que melhor apresenta elementos para nortear este trabalho, ao utilizar dos fatores capacitantes, predisponentes e de necessidade na defesa da diminuição das

barreiras de acesso, e ao torná-los essenciais para o cenário atual do Brasil ao colocá-los como potenciais provedores de equidades junto ao SUS, consolidando um sistema mais integral e universal.

1.2 LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas são variadas podendo ser externas, quando relacionadas a hábitos e ao meio ambiente, ou internas, se geneticamente pré-determinadas. Depois do câncer de pele, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres do Brasil. Entretanto, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), apesar de raro (incidência em torno de 1% dos casos comparativamente as mulheres), o câncer de mama também pode acometer homens, sendo mais prevalente entre obesos e etilistas. Felizmente, se diagnosticado precocemente, a chance de cura do câncer de mama é de 95% (INCA, 2016).

No intuito de aumentar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento de câncer no país, o MS instituiu em 2005, por meio da Portaria MS/GM nº 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica (Brasil, 2005). Devido ao seu foco na habilitação de serviços no terceiro nível de atenção à saúde, no ano de 2013, foi substituída pela Portaria MS/GM nº 874, que inseriu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Brasil, 2013a).

Segundo MAGALHÃES JR (2014), esta nova política passou a considerar o cuidado das condições crônicas em rede. Ela permitiu que a AB

tivesse papel mais relevante desde o diagnóstico precoce e mecanismos de prevenção e controle dos fatores de risco, até o encaminhamento responsável para serviços de referência e compartilhamento do cuidado contínuo.

Uma vez que o câncer de mama, assim como as demais doenças crônicas, também se caracteriza como de longa duração e com relação aos hábitos das pessoas, fez-se necessária nova organização do sistema, com capacidade de apoiar os indivíduos nas mudanças de vida. CHUEIRI et. al. (2014) reforça esta característica como determinante para o cuidado ser realizado pela APS, constituindo a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, uma vez que elas também necessitam de apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos de atenção especializados.

O acesso à AE, no caso do câncer de mama, pressupõe bom funcionamento da AB, assumindo a coordenação do cuidado e que, ao suspeitar do agravo, possa agilizar um encaminhamento ao serviço especializado o mais precocemente possível, impactando na sobrevida com qualidade. Nesta perspectiva, o câncer de mama pode ser considerado como uma condição traçadora que, segundo KESSNER et. al. (1973), deve ser uma condição com quadro clínico bem definido, possível diagnóstico, terapêutica bem definida e consensual, além de apresentar boa evolução.

No sentido de facilitar o acesso e construir a integralidade no SUS, as redes de atenção ao câncer se organizam em linhas de cuidado identificando os vários pontos de atenção necessários para favorecer a resposta certa, no lugar certo, no tempo certo. Seguindo essa lógica, foi instituída a Portaria 4.279 (BRASIL, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, considerando a disposição de serviços de saúde de forma

regionalizada, suas necessidades de implantação e operação como estratégia de superar a fragmentação da atenção e da gestão.

Para tanto, o MS recomenda que o diagnóstico precoce seja realizado a partir do rastreio por mamografia bienal entre mulheres de 50 a 69 anos. Para que essa estratégia funcione é preciso de que a população esteja alerta para os sinais e sintomas suspeitos, os profissionais de saúde precisam estar atentos e capacitados perante casos suspeitos; e ainda, os serviços de saúde estejam aptos para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade para culminar no possível tratamento ideal (INCA, 2015a).

Essa estratégia utiliza classificação de *Breast Imaging Reporting and Data System (Birads®)*, que estima a chance de determinada imagem de mamografia ser câncer numa escala de 0 a 6, onde os níveis são interpretados da seguinte forma: 0 equivale a não capacidade do exame avaliar corretamente a mama, ou seja, exame inconclusivo; 1 = sem achados e, portanto, normal; 2 = achado benigno, 3 = provavelmente normal; 4 = achado suspeito, com risco de câncer (4A = risco baixo; 4B = risco moderado; 4C = risco alto); 5 = achado com risco alto de câncer, indicando realizar biópsia da mama e; 6 = paciente já tem câncer comprovado por biópsia (TOMAZELLI et. al., 2017).

Essa estratégia de rastreamento precoce é tida como efetiva quando aumenta a detecção em casos com estadiamento precoce. Para TOMAZELLI & SILVA (2017), em princípio, não há dificuldade no acesso ao diagnóstico de câncer de mama, mas relatam que a regulação do acesso a serviços de atenção ao câncer de mama precisa considerar a capacidade tecnológica instalada, bem como descompasso entre estruturas em diferentes localidades, seja pela cobertura ou pela capacitação profissional, visto que ainda existe um

desequilíbrio entre os procedimentos de detecção precoce do câncer de mama, quando consideradas mamografias, ultrassonografias, punção aspirativa por agulha fina e punção por agulha grossa.

O câncer de mama sendo uma doença que causa muita comoção em si, foi protagonista da Lei nº 12.732/2012, conhecida como “Lei dos 60 dias”, com vantagens e desvantagens, pois legaliza a agilidade necessária, mas não interfere necessariamente na dinâmica dos serviços e efetiva ampliação do acesso. Além disso, trata igualmente a totalidade dos cânceres, com toda sua especificidade, gravidade e distintas evoluções. Apesar de essa lei evidenciar a necessidade de se ter efetivo início de tratamento, considerando as dificuldades de registros e controle, ela acabou sendo alterada no ano seguinte para que a contagem dos 60 dias passasse a ser entre o diagnóstico do laudo patológico e não mais no registro do prontuário do paciente, como anteriormente (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b).

O aumento das taxas de incidência e mortalidade de câncer, em geral, vem sendo observadas principalmente em áreas essencialmente urbanas, como as regiões metropolitanas, ao redor do mundo. No Brasil não é diferente, a exemplo do estado de São Paulo que apresenta o câncer como segunda causa de óbito mais frequente (INCA, 2015a).

No estado de São Paulo, em 2013, foi organizada “Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer”, pressupondo regulação oncológica visando fortalecer a regionalização, ao integrar as unidades que compõem a rede com um registro eletrônico dos atendimentos no estado. Em nível municipal, desde 2009, foi criado o Programa de Atenção Integral à Oncologia, conhecido como Programa Oncologia Paulistana, o qual propõe estratégias e ações para o atendimento

integral aos portadores de câncer no município, a partir da capacitação dos profissionais, da ampliação da oferta de tratamentos em parceria com o governo do estado, do estabelecimento da rede oncológica do município e da pactuação de regulação compartilhada na região metropolitana de São Paulo (SITONIO, 2016).

A regulação governamental enfrenta barreiras para produzir integralidade e equidade, de acordo com as necessidades e singularidade dos usuários. Para SANTOS & MERHY (2006) os processos regulatórios podem ser divididos em marcorregulação, quando realizada por meio de políticas, e microrregulação, quando realizada do ponto de vista do cotidiano das pessoas.

A Política Nacional de Regulação define as dimensões de Regulação como sendo a Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso (BRASIL, 2008). A regulação assistencial pode ser entendida como potencializadora ao integrá-la às necessidades sociais e coletivas, uma vez que regular o acesso com base em protocolos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais, pode facilitar a entrada do usuário nos diferentes níveis de atenção e, conseqüentemente, no sistema de saúde.

Desta forma, é necessário que se estabeleçam mecanismos de regulação de acesso tanto nos complexos reguladores quanto nos vários pontos de atenção na linha de cuidado ao câncer de mama. Por fim, o desafio de organizar sistemas de saúde que garantam acesso qualificado aos serviços especializados ao câncer pressupõe uma Atenção Básica fortalecida, sistema de regulação ágil e serviços de atenção secundários e terciários inseridos efetivamente em RAS.

Justifica-se o presente estudo na contribuição à contribuição para o enfrentamento desse desafio, identificando desigualdades aos serviços especializados na atenção ao câncer de mama, no município de São Paulo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso aos serviços de atenção especializada ao câncer de mama, no município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Descrever a distribuição dos tempos de espera para realizar serviços especializados de atenção ao câncer de mama.

2.2.2. Associar os dias de espera para realizar serviços especializados de atenção ao câncer de mama com fatores de necessidade, predisposição e capacitantes para o uso de serviços.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo, que se refere à traçadora câncer de mama, é parte da pesquisa multicêntrica AceSSUS: “INQUÉRITO MULTICÊNTRICO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS”.

A Pesquisa AcesSUS analisou o funcionamento e a utilização da Atenção Especializada, a partir do acesso pela Atenção Básica, para quatro condições traçadoras (hipertensão arterial grave, gravidez de alto risco, câncer de mama e transtorno grave de saúde mental) em quatro grandes cidades brasileiras: Fortaleza (CE), Porto Alegre (RS), Campinas (SP) e São Paulo (SP). O inquérito foi coordenado pela Universidade de Campinas (UNICAMP) e desenvolvido no município de São Paulo pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

3.1 UNIVERSO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo com amostra intencional a partir de pacientes com diagnóstico de câncer de mama em tratamento no município de São Paulo.

Para analisar o funcionamento da AB e o acesso à AE do câncer de mama, optou-se por entrevistar mulheres que já haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama e que foram reguladas para o serviço oncológico para tratamento, a partir da AB.

A população de estudo foi então definida como o conjunto de mulheres com câncer de mama atendidas em consulta médica em serviço especializado de São Paulo, desde que encaminhadas por serviços de AB, por meio da regulação municipal, realizada via SIGA Saúde (Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP). Por este motivo, não foram incluídas mulheres em tratamento em Centros de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) sob gestão estadual.

Para dimensionar a população de estudo, foi utilizado o número estimado de consultas médicas semanais a mulheres com câncer de mama em serviços de saúde de atenção especializada, reguladas e encaminhadas pela AB, e residentes no município de São Paulo, conforme tabela 1. O cálculo foi realizado mediante levantamento de consultas realizadas no período de janeiro a outubro de 2015 por meio do SIGA Saúde.

Tabela 1. Número médio estimado de consultas médicas semanais a mulheres com câncer de mama em serviços de saúde de atenção especializada, encaminhadas pela Atenção Básica. São Paulo, janeiro a outubro de 2015.

Município	Serviço de Saúde	N médio	%
São Paulo ¹	AC Camargo Câncer Center	3,0	3,4
	Ambulatório Filantropia – Hospital Sírio Libanês	24,2	27,7
	Inst. Bras. Controle do Câncer – IBCC	54,0	61,8
	Inst. do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho	6,2	7,1
	Total	87,4	100,0

Fonte: Autoria própria

Dos quatro serviços oncológicos com regulação municipal, relacionados na tabela 1, inicialmente foi realizada uma entrevista com o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), responsável por mais de 60% das consultas, o qual não viabilizou a realização do estudo nos tempos necessários para a execução do cronograma da pesquisa. Nesse sentido, optou-se por realizar as

entrevistas no segundo maior produtor de consultas especializadas em câncer de mama, o Hospital Sírio Libanês (HSL).

O HSL é um hospital sem fins lucrativos na cidade de São Paulo que, na época, apresentava 263 leitos, sendo 31 de oncologia, considerado pelo MS como Hospital de Excelência, possuidor do Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e com plano trienal de cooperação, entre os anos de 2015 e 2017, mediante Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), estando dessa maneira conveniado ao SUS por meio do MS, e com vagas oncológicas reguladas pela SMS/SP.

3.2 COLETA DE DADOS

O número de entrevistas a serem realizadas foi calculado pela expressão algébrica que determina o tamanho de amostras para estimação de proporções: $n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2}$, onde P é a proporção a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança e d é o erro de amostragem.

Em São Paulo, o tamanho da amostra planejada precisou sofrer ajuste devido a existência de três domínios de estudo definidos segundo o tipo de serviço de AB que encaminhou o paciente, sendo: Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, unidade mista (equipes tradicionais e equipes com estratégia de Saúde da Família na mesma unidade) ou Unidade de Saúde da Família (USF). Isso significa que o cálculo do tamanho de amostra levou em consideração a intenção de desagregar os dados segundo essa perspectiva de análise.

Foram realizadas entrevistas estruturadas fechadas com usuárias do serviço especializado, no município de São Paulo, diagnosticadas com câncer de mama, que haviam passado em momento anterior em algum tipo de serviço da AB.

Com base no número de pacientes a serem incluídas na amostra e no número de pacientes atendidas semanalmente, estimou-se o tempo de permanência em campo. Caso o número de entrevistas não fosse alcançado, o número de dias deveria ser aumentado em todos os serviços. Das 166 entrevistas previstas no HSL, atingiu-se o número de 353 no período de aproximadamente 45 dias, realizadas de 6 de setembro a 31 de outubro de 2016, estando adequado ao plano amostral ajustado.

3.3 QUESTIONÁRIO

O questionário (Anexo 1), composto por um total de 52 questões, iniciava referindo-se aos critérios de inclusão, termo de consentimento e identificação da paciente. As demais questões foram divididas em categorias para coletar informações sobre a Atenção Especializada; Atenção Básica; Medicação, Exames Complementares e Orientações; Quadro de Tratamento; e, Urgência e Emergência.

As entrevistas foram realizadas por equipe preparada com experiência acumulada, a qual digitava as informações coletadas em tablet.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram transformadas em dados primários, os quais foram analisados por meio de análise multi e univariada, através do programa STATA® Statistics/Data Analysis versão 14. Foi inicialmente identificado e analisado um perfil das entrevistas, utilizando as seguintes variáveis:

- Idade
- Raça/Cor
- Escolaridade – Anos de estudo
- Posse de plano privado de saúde
- Tempo de diagnóstico

Para analisar o funcionamento da AB utilizou-se o tipo de unidade de saúde de origem de encaminhamento da paciente: UBS tradicional, mista ou USF. Foram ainda identificadas nas entrevistas, variáveis relacionadas ao modo de cuidado e produção de vínculo na AB com relação ao câncer de mama, como: continuidade do cuidado na AB, se a mulher teve as mamas examinadas na AB e se a solicitação da mamografia foi na AB. Para analisar o acesso, considerou-se a linha de cuidado do câncer de mama, identificando os procedimentos esperados em cada ponto de atenção, conforme o quadro 2, que ilustra os atendimentos na AB e AE, tanto diagnósticos como tratamentos em serviços de alta complexidade.

Quadro 2. Variáveis segundo linha de cuidado.

Fonte: Autoria própria

A matriz de análise elaborada parte das variáveis divididas em dimensões, em conformidade aos fatores elaborados por Andersen (1995): predisponentes, de necessidade e capacitantes. O acesso é determinado a princípio pelos fatores predisponentes e de necessidade, indicando a existência de desigualdades quando determinado pelos capacitantes. As variáveis independentes foram identificadas e organizadas de acordo com as categorias de Andersen, as quais são possíveis de responder o que se busca, sem a necessidade de relacionar a outros fatores.

Os tempos de acesso foram analisados mediante as seguintes variáveis:

- Realização de primeira consulta com mastologista
- Realização de mamografia
- Início do primeiro tratamento no serviço especializado

Os tempos de espera foram definidos em função da linha de cuidado optando-se em utilizar como variável dependente, inicialmente, o tempo de espera para

realização de mamografia e consulta com mastologista, conforme matriz de análise no quadro 3.

Quadro 3. Matriz de Análise para o tempo de espera referente a mamografia e mastologista.

Fonte: Autoria própria.

Para análise do acesso ao tratamento foi utilizado o tempo de acesso do 1º tratamento como variável dependente definido na matriz de análise, conforme o quadro 4. Nesta análise foram incluídos os tempos de espera para mamografia e mastologista como variáveis independentes, considerando a linha de cuidado.

Quadro 4. Matriz de análise para o tempo de espera referente ao início do tratamento.

Fonte: Autoria própria.

Foram realizadas análises de proporções por meio do aplicativo Stata® e análise múltipla por regressão de Poisson. Para as proporções foram analisados os tempos de espera em dias de mulheres que aguardavam por consulta com mastologista por tempo superior a 15 dias, mamografia por mais de 30 dias e início de tratamento com mais de 07 dias. A escolha desses cortes temporais para análise de desigualdades se deu mais em função da distribuição dos tempos de espera da

amostra, que no seu conjunto indicavam um acesso facilitado, do que em função dos parâmetros esperados pelos protocolos. Segundo estes, consultas e exames especializados poderiam ocorrer até 30 dias e o início de tratamento até 60 dias após o diagnóstico. Nesse sentido, cabe considerar que o maior tempo de espera para o início de tratamento no presente estudo foi de 45 dias.

Optou-se pela realização da regressão de Poisson devido à disposição que mais se ajustava ao banco em questão, considerando-se a distribuição das variáveis de tempo de espera. Desta forma, corroborando com COUTINHO et.al. (2008), que defendem para estudos com cortes transversais com variância robusta, o modelo de Poisson pode ser melhor alternativa que a regressão logística.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Para sua realização, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, coordenadora do projeto, sob o número 1.100.984. Em São Paulo, o projeto foi aprovado pelo CEP da SMS/SP sob o número 1.240.825. Especificamente sobre o estudo da traçadora câncer de mama em São Paulo, submeteu-se também ao CEP do HSL/Sociedade Beneficente de Senhoras, tendo obtido parecer do CEP local sob número 1.695.243. No Anexo 2 constam as três aprovações.

4. RESULTADOS

Os resultados consideraram o total da amostra de 353 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento na AE, reguladas a partir da AB do município de São Paulo. Ressalta-se que para algumas questões da entrevista semiestruturada, o total da amostra apresenta um número menor de respostas, considerando que em alguns casos as perguntas somente eram realizadas a quem havia respondido positivamente à questão indagada anteriormente. Nessas situações, o total de respostas por variável analisada está identificado, conforme se verifica na Tabela 2. Além disso, há questões que as participantes não souberam e/ou não quiseram responder, tendo sido consideradas como não respostas (*“missing”*).

Tabela 2. Condições socioeconômicas das mulheres com câncer de mama entrevistadas. São Paulo. 2015.

Variável	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	353	100%
Faixa Etária		
19 a 39 anos	33	9,35%
40 a 49 anos	73	20,68%
50 a 98 anos	247	69,97%
Total	353	100,00%
Raça/Cor		
Preta/Parda	234	66,48%
Outras	118	33,52%
Total	352	100,00%
Escolaridade		
1 a 4 anos	39	11,05%
5 a 8 anos	79	22,38%
9 a 11 anos	55	15,58%
12 a 15 anos	180	50,99%
Total	353	100,00%
Possuir Plano Privado de Saúde		
Não	304	86,12%
Sim e não usou	36	10,19%
Sim e usou	13	3,69%
Total	353	100,00%
Pagou Consulta		
Não	300	85,23%
Sim	52	14,77%
Total	352	100,00%

Fonte: Projeto AcesSUS

Das 353 mulheres, a pesquisa identificou 247 (69,97%) com idade igual ou superior a 50 anos, sendo que 33 (9,35%) tinham menos de 40 anos (Tabela 2). Outras características encontradas relacionadas ao perfil dessas mulheres foram avaliadas. Conforme Tabela 2, 234 (66,48%) referiram raça/cor preta ou parda e 180 (50,99%) estudaram de 12 a 15 anos.

Com relação à posse de plano privado de saúde, 304 (86,12%) referiram não possuir, sendo que 52 (14,77%) pagaram por consulta médica em algum momento durante o tratamento.

As mulheres entrevistadas, em sua maioria, tinham mais de dois anos de diagnóstico (43,21%), sendo que 25,62% das mulheres referiam diagnóstico de câncer de mama há menos de seis meses (Tabela 3). Para 60,51% a suspeita ou o diagnóstico ocorreu em serviços da AB, sendo que 65,73% tiveram a mama examinada. No entanto, 89,77% das mulheres referiram não realizar acompanhamento em unidades de AB, sendo que 23,39% delas realizou exame de mamografia utilizando convênio de saúde ou serviço particular.

O exame de mamografia foi solicitado por serviço da AB em 48,13% mulheres. Das UBS que encaminharam pacientes para o serviço especializado, 40,97% eram de caráter tradicional, 32,10% de unidades mistas e, 26,93% de unidades exclusivamente de ESF (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores relacionados às características da doença e do uso de serviços. São Paulo. 2015

Variável	Frequência	Porcentagem
<i>Tempo de Diagnóstico</i>		
Menor que 6 meses	83	25,62%
7 a 24 meses	101	31,17%
25 meses ou mais	140	43,21%
Total	324	100,00%
<i>Suspeita/Diagnóstico na AB</i>		
Sim	213	60,51%
Não	139	39,49%
Total	352	100,00%
<i>Mama examinada na AB</i>		
Sim	211	65,73%
Não	110	34,27%
Total	352	100,00%
<i>Continua sendo atendida na AB</i>		
Não	316	89,77%
Sim	36	10,23%
Total	352	100,00%
<i>Mamografia solicitada na AB</i>		
Não	180	51,87%
Sim	167	48,13%
Total	347	100,00%
<i>Serviço onde realizou mamografia</i>		
SUS	262	76,61%
Convênio ou Particular	80	23,39%
Total	342	100,00%
<i>Tipo de Unidade</i>		
ESF Exclusiva	94	26,93%
Mista	112	32,10%
Tradicional	143	40,97%
Total	349	100,00%

Fonte: Projeto AcesSUS.

Identificou-se que o tempo de espera para consulta com o mastologista apresentou tempo médio de 18,29 dias e para realização de mamografia foi de 26,44 dias. Conforme Tabela 4, a realização de consultas e exames em menos de 7 dias foi referida por 32,85% das mulheres, sendo que 31,99% aguardaram de oito a 15 dias e 26,51% de 16 a 30 dias.

A espera para exames específicos em dias é apresentada na Tabela 4, que demonstra a mamografia ter sido realizada em menos de 7 dias para 39,34% das mulheres, enquanto a realização da ultrassonografia em até 7 dias foi referida por 55,42% delas. Ou seja, apenas 1,92% das pacientes aguardaram por mais de um mês

para realizar a ultrassonografia, sendo apenas 14,41% que aguardaram por mais de um mês para realização da mamografia.

Tabela 4. Tempos de espera (em dias) para realização de consultas e exames relacionados a linha de cuidado de atenção ao câncer de mama. São Paulo. 2015

Variável	Frequência	Porcentagem
<i>Tempo de espera para o mastologista</i>		
0 a 7 dias	114	32,85%
8 a 15 dias	111	31,99%
16 a 30 dias	92	26,51%
Mais de 30 dias	30	8,65%
Total	347	100,00%
<i>Tempo de espera da mamografia</i>		
0 a 7 dias	131	39,34%
8 a 15 dias	73	21,92%
16 a 30 dias	81	24,32%
Mais de 30 dias	48	14,41%
Total	333	100,00%
<i>Tempo de espera US</i>		
0 a 7 dias	184	55,42%
8 a 15 dias	94	28,31%
16 a 30 dias	41	12,35%
Mais de 30 dias	13	3,92%
Total	332	100,00%
<i>Tempo para tratamento</i>		
0 a 7 dias	184	70,77%
8 a 15 dias	32	12,31%
16 a 30 dias	39	15,0%
Mais de 30 dias	5	1,92%
Total	347	100,00%

Fonte: Projeto AcesSUS.

De 260 mulheres que responderam sobre o tempo que levaram nos seus tratamentos, quase $\frac{3}{4}$ delas (184 = 70,76%) iniciou com até sete dias, apresentando tempo de espera médio de 7,44 dias. Apenas 5 (0,52%) mulheres relataram uma espera maior do que trinta dias para iniciar o tratamento. Neste caso, a maior espera relatada foi de 45 dias, para as mulheres que já haviam iniciado tratamento. Observou-se, no entanto, que grande parte (78,1%) das 87 mulheres que ainda não haviam iniciado tratamento estavam em acompanhamento no serviço há mais de dois meses, o que não foi analisado neste estudo.

Foram realizadas associações entre o tempo de espera para o mastologista e as condições socioeconômicas, conforme apresentadas na Tabela 5. Com relação à

faixa etária, observou-se que 63,46% das mulheres com idade de até 49 anos esperaram até 15 dias enquanto nas mulheres com 50 anos ou mais, o atendimento com mastologista em até 15 dias ocorreu para 65,43%. O tempo de espera para início de tratamento foi menor para mulheres com 50 anos e mais ($p=0,042$).

Tabela 5. Proporções dos tempos de espera definidos para realização de consultas e exames associados aos fatores predisponentes e capacitantes relacionados ao uso de serviços. São Paulo. 2015.

Variável	Proporção masto. até 15 dias	P valor	Proporção mamog. até 30 dias	P valor	Proporção trat. até 07 dias	P valor
Faixa Etária						
50 anos ou mais	65,43		85,34		56,61	
Até 49 anos	63,46	0,725	86,14	0,850	44,76	0,042
Raça/Cor						
Preta/Parda	64,66		86,43		43,59	
Branca/Amarela	64,78	0,981	83,78	0,518	58,08	0,011
Escolaridade						
12 anos ou mais	65,34		85,88		54,55	
9 a 11 anos	58,18	0,697	83,02	0,093	52,73	0,366
5 a 8 anos	67,95		92,00		45,57	
Até 4 anos	65,79		74,29		62,16	
Possuir plano privado saúde						
Não	64,09		84,54		50,17	
Sim	69,39	0,472	92,86	0,151	71,74	0,006
Pagou consulta						
Sim	65,42		93,75		52,94	
Não	60,78	0,522	84,15	0,080	52,88	0,994
Tipo de unidade						
ESF Exclusiva	64,89		88,37		54,35	
Mista	65,14	0,989	87,62	0,315	57,66	0,375
Tradicional	64,29		82,01		48,94	
Continuidade na AB						
Não	73,53		75,76		52,58	
Sim	64,10	0,274	86,67	0,090	55,26	0,735
Palpou mama na AB						
Não	67,15		85,50		53,27	
Sim	63,30	0,493	84,47	0,811	53,37	0,987

Fonte: Projeto AcesSUS

Conforme tabela 5, o tempo de espera para consulta com o mastologista e realização da mamografia para raça/cor não indicou diferença para as raças preta/parda com relação à branca/amarela, o que não ocorreu para início do 1º tratamento ($p=0,011$), com período aguardado de até 07 dias para 58,08% de mulheres com raça/cor branca/amarela e 43,59% para as de raça preta/parda.

No que se refere à escolaridade, chama atenção que um menor percentual das mulheres com 9 a 11 anos de estudo (58,18% em comparação aos 67,95% entre 5 e 8 anos de estudo e 65,79% de até 4 anos) teve uma espera de até 15 dias para consulta de mastologista.

As mulheres com plano privado de saúde referiram em 69,39% dos casos ter esperado menos de 15 dias para mastologista, diferindo ligeiramente em relação às mulheres sem plano privado, as quais 64,09% relataram ter aguardado pelo mesmo período. De acordo com a tabela 5 verifica-se que 92,86% das mulheres com plano privado de saúde levarem até 30 dias para realização da mamografia. Chama atenção 93,75% que pagaram consulta realizaram a mamografia em até 30 dias, maior proporção que os que não pagaram, mas não significativa ($p=0,08$).

Foram consideradas significativas para as proporções de menores tempos de espera para início de tratamento oncológico: ter 50 anos ou mais ($p=0,042$); raça branca ou amarela ($p=0,011$) e ter plano de saúde ($p=0,006$).

Com relação ao cuidado, observa-se que o tipo de unidade não indicou desigualdades no acesso pois não há diferenças significativas para esperas de menor tempo para mastologista ($p= 0,989$), mamografia (0,315) ou início de tratamento ($p=0,375$).

Apesar da continuidade do cuidado na AB ser referida como facilitadora de um menor tempo de espera para a consulta com o mastologista, pois 73,53% das mulheres referiram tempo de espera menor que 15 dias, não apresentou significância estatística. O mesmo ocorreu com relação a palpação de mama na AB na associação com os tempos de espera estudados.

Quando se utilizou a análise de Poisson para dias de espera para a mastologia, segundo condições socioeconômicas e uso de serviços, descrita na tabela 6, foram encontradas associações com significância estatística para um número significativo de variáveis, analisadas no modelo múltiplo ajustado.

Tabela 6. Regressão de Poisson de dias de espera para consulta com mastologista segundo condições socioeconômicas e uso de serviços. São Paulo. 2015.

Variável	RR Bruto	IC 95%	P valor	RR Ajust.	IC 95%	P valor
Faixa Etária						
Até 49 anos	1			1		
50 anos ou mais	0,956	0,906 – 1,008	0,102	0,938	0,885 – 0,993	0,030
Raça/Cor						
Branca/Amarela	1			1		
Preta/Parda	0,951	0,902 – 1,002	0,063	0,900	0,849 – 0,954	0,000
Escolaridade						
12 anos ou mais	1			1	-	-
9 a 11 anos	1,044	0,974 – 1,119	0,218	0,992	0,918 – 1,072	0,850
5 a 8 anos	0,891	0,835 – 0,950	0,000	0,904	0,841 – 0,971	0,006
Até 4 anos	1,097	1,014 – 1,187	0,020	1,192	1,097 – 1,295	0,006
Possuir plano privado saúde						
Sim	1			1		
Não	1,183	1,098 – 1,276	0,000	1,113	1,025 – 1,209	0,011
Pagou consulta						
Não	1			1		
Sim	0,999	0,932 – 1,071	0,986	0,895	0,828 – 0,967	0,005
Tipo de Unidade						
ESF Exclusiva	1			1	-	-
Mista	1,022	0,958 – 1,090	0,499	1,040	0,969 – 1,116	0,270
Tradicional	1,015	0,955 – 1,079	0,624	1,063	0,993 – 1,137	0,077
Continuidade na AB						
Sim	1			1		
Não	1,118	1,025 – 1,219	0,012	1,165	1,062 – 1,278	0,000
Palpou mama na AB						
Sim	1			1		
Não	0,845	0,799 – 0,894	0,000	0,850	0,803 – 0,900	0,000

Fonte: Projeto AcesSUS.

Não apresentaram associação com dias de espera para consulta com mastologista apenas as variáveis de escolaridade entre 9 e 11 anos e tipo de unidade mista como UBS de encaminhamento.

Chama a atenção que ter 50 anos ou mais, ser de raça preta ou parda, ter de cinco a oito anos de escolaridade, ter pago consulta e não ter tido a mama examinada

na AB indicou uma diminuição relativa no tempo médio de espera, enquanto ter até quatro anos de estudo, não ter plano de saúde, ter sido encaminhado de UBS tradicional e não ter continuado acompanhamento na AB indicou um aumento relativo no tempo médio de espera.

Com relação à análise de regressão de Poisson para dias de espera de mamografia, conforme tabela 7, destaca-se que apenas raça/cor, das variáveis estudadas, não apresentou significância estatística na análise múltipla.

Ter cinquenta anos ou mais indicou um aumento relativo no tempo médio de espera em dias para a mamografia, assim como até 4 anos de estudo e 9 a 11 anos de estudo também. Salienta-se que essas duas categorias de escolaridade distintas indicaram maior RR quando relacionadas a 12 anos e mais. Ter plano privado e ter sido encaminhada de UBS mista ou tradicional indicou um aumento relativo no tempo médio de espera enquanto ter pago consulta, ter continuado acompanhando na AB e não ter tido a mama examinada indicaram uma diminuição relativa no tempo médio de espera para realizar mamografia. A maior espera de dias para mastologista se associou a maior espera também para a mamografia.

Tabela 7. Regressão de Poisson de dias de espera para mamografia com até 30 dias, por condições socioeconômicas e uso de serviços. São Paulo, 2015.

Variável	RR Bruto	IC 95%	P valor	RR Ajust.	IC 95%	P valor
Faixa Etária						
Até 49 anos	1			1		
50 anos ou mais	1,167	1,113 – 1,223	0,000	1,207	1,147 – 1,271	0,000
Raça/Cor						
Branca/Amarela	1			1		
Preta/Parda	0,941	0,899 – 0,984	0,008	0,959	0,913 – 1,007	0,096
Escolaridade						
12 anos ou mais	1			1	-	-
9 a 11 anos	1,113	1,048 – 1,181	0,000	0,900	0,843 – 0,961	0,002
5 a 8 anos	0,847	0,799 – 0,897	0,000	0,808	0,760 – 0,861	0,000
Até 4 anos	1,704	1,606 – 1,807	0,000	1,557	1,461 – 1,659	0,000
Possuir plano privado saúde						
Sim	1			1		
Não	1,574	1,459 – 1,697	0,000	1,349	1,244 – 1,462	0,000
Pagou consulta						
Não	1			1		
Sim	0,517	0,479 – 0,558	0,000	0,468	0,429 – 0,511	0,000
Tipo de unidade						
ESF Exclusiva	1			1	-	-
Mista	1,082	1,020 – 1,148	0,009	1,166	1,094 – 1,242	0,000
Tradicional	1,355	1,284 – 1,430	0,000	1,366	1,287 – 1,449	0,000
Continuidade na AB						
Sim	1			1		
Não	0,570	0,538 – 0,604	0,000	0,488	0,458 – 0,520	0,000
Palpou mama na AB						
Sim	1			1		
Não	0,819	0,781 – 0,859	0,000	0,834	0,794 – 0,876	0,000
Espera Mastologista						
Até 15 dias	1			1		
Mais de 15 dias	1,278	1,224 – 1,334	0,000	1,315	1,256 – 1,376	0,000

Fonte: Projeto AcesSUS.

Conforme tabela 8, os resultados referentes à associação de dias de espera para tratamento segundo condição socioeconômica evidenciam significância para quase todas as variáveis na análise univariada. As variáveis de uso de serviços, em sua maioria, perderam significância na análise múltipla. Apresentam p valor menor que 0,050: faixa etária; faixas de escolaridade; possuir plano privado de saúde e ter pago consulta. Isto é, não foram considerados no modelo ajustado estatisticamente significantes apenas raça/cor e, diferentemente das análises realizadas anteriormente, escolaridade com 5 a 8 anos de estudo.

O exposto frente às variáveis de uso de serviço continuidade de atendimento na AB, ter a mama palpada na AB, ter a mamografia solicitada na AB e tempo de espera para a mamografia, perderam significância estatística para tratamento na análise múltipla.

Tabela 8. Regressão de Poisson dos dias de espera para início do 1º tratamento segundo condições socioeconômicas e uso de serviços. São Paulo, 2015.

Variável	RR Bruto	IC 95%	P valor	RR Ajust.	IC 95%	P valor
Faixa Etária						
Até 49 anos	1			1		
50 anos ou mais	0,845	0,768 – 0,930	0,001	0,832	0,746 – 0,927	0,001
Raça/Cor						
Branca/Amarela	1			1		
Preta/Parda	1,071	0,973 – 1,180	0,159	1,001	0,978 – 1,118	0,978
Escolaridade						
12 anos ou mais	1			1	–	–
9 a 11 anos	0,732	0,632 – 0,848	0,000	0,730	0,621 – 0,860	0,000
5 a 8 anos	1,070	0,959 – 1,193	0,226	0,991	0,873 – 1,126	0,900
Até 4 anos	0,766	0,652 – 0,902	0,001	0,700	0,576 – 0,851	0,000
Possuir plano privado saúde						
Sim	1			1		
Não	1,298	1,137 – 1,483	0,000	1,683	1,422 – 1,992	0,000
Pagou consulta						
Não	1			1		
Sim	1,184	1,054 – 1,331	0,004	1,389	1,217 – 1,585	0,000
Tipo de unidade						
ESF Exclusiva	1			1	–	–
Mista	1,016	0,903 – 1,143	0,785	0,935	0,820 – 1,067	0,324
Tradicional	1,098	0,983 – 1,227	0,097	0,976	0,858 – 1,111	0,723
Continuidade na AB						
Sim	1			1		
Não	1,188	1,019 – 1,385	0,028	1,155	0,973 – 1,372	0,099
Palpou mama na AB						
Sim	1			1		
Não	0,890	0,804 – 0,985	0,025	0,956	0,858 – 1,064	0,414
Mamografia solicitada pela AB						
Sim	1			1		
Não	1,036	0,946 – 1,134	0,000	0,987	0,883 – 1,104	0,827
Espera Mastologista						
Até 15 dias	1			1		
Mais de 15 dias	0,996	0,906 – 1,095	0,942	1,066	0,959 – 1,185	0,234
Espera Mamografia						
Até 30 dias	1			1		
Mais de 30 dias	0,851	0,743 – 0,974	0,020	0,991	0,853 – 1,151	0,907

Fonte: Projeto AcesSUS.

Sobre os tipos de primeiro tratamento para o câncer de mama, cabe ressaltar que o estudo identificou que o tipo mais realizado foi a cirurgia oncológica (58,49%)

com 76,47% ocorrido em até sete dias. O segundo mais utilizado foi a quimioterapia (35,09%) tendo ocorrido 60% em até sete dias. Os demais tratamentos utilizados em menor frequência foram hormonioterapia, radioterapia e imunoterapia. Das pacientes que realizaram estes tratamentos, 76,47% também foram em até sete dias.

A tabela 9 apresenta a síntese de resultados significantes para análise multivariada com $p < 0,05$ para as três regressões realizadas para cada tempo de espera analisado (mastologista, mamografia e início do tratamento).

Tabela 9. Síntese de valores de RR ajustados ($p < 0,05$) de dias de espera por serviço especializado.

Variável	Mastologista	Mamografia	Tratamento
50 anos ou mais	0,938	1,207	0,832
Preta/Parda	0,900	-	-
De 9 a 11 anos de estudo	-	0,900	0,730
De 5 a 8 anos de estudo	0,904	0,808	-
Até 4 anos de estudo	1,192	1,557	0,700
Não possuir plano privado de saúde	1,113	1,349	1,683
Pagar consulta	0,895	0,468	1,389
Unidade Mista	-	1,166	-
Unidade Tradicional	-	1,366	-
Não continuidade na AB	1,165	0,488	-
Não palpação de mama na AB	0,850	0,834	-
Espera maior de 15 dias para mastologista	-	1,315	-

Fonte: Autoria própria

A partir dessa comparação é possível perceber que a faixa etária maior de 50 anos, a escolaridade de até 4 anos, não possuir plano privado e pagar por consulta foram as variáveis referentes às condições socioeconômicas que apresentaram resultados significantes nas três análises realizadas. Entretanto, considerando os RR e a direção da maior ou menor espera, é preciso evidenciar que para algumas, a significância é fator facilitador de acesso, enquanto para outras é fator de desigualdade. Das variáveis de uso de serviços, nenhuma apresentou significância estatística para os tempos de espera nas três regressões realizadas (mastologista, mamografia e tratamento).

5. DISCUSSÃO

Considerando o acesso para além da forma adotada por Donabedian de acessibilidade, entendida como sócio-organizacional e geográfica, é preciso considerar ainda características da população, a exemplo de sexo, faixa etária escolaridade, conceituados como fatores condicionantes (Aday & Andersen, 1974; Andersen, 1995). A partir disso, é possível associar as mulheres estudadas com características mais semelhantes entre si.

Em conformidade com as recomendações do MS para o rastreamento do Câncer de Mama, entre 50 e 69 anos (INCA, 2015b), a maior faixa etária encontrada foi entre pacientes com idade superior aos 50 anos.

Pesquisas como a realizada por SOUZA et. al. (2015) apontam que a evolução do câncer em mulheres mais velhas tende a demonstrar que, com o envelhecimento, essa mulher passa a ter menos acesso aos programas de rastreamento, aos métodos de diagnóstico e a tratamento mais modernos e complexos.

Chama atenção que, as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos apresentaram maior tempo de espera apenas para mamografia, com facilitação da espera para mastologista e oncologista. Com relação a consulta de mastologia e ao primeiro tratamento, o maior risco estava relacionado a mulheres mais jovens. Isso pode refletir que, apesar da maior gravidade dos casos em mulheres mais jovens, estas podem ter maior dificuldade de se inserirem na rotina dos serviços considerando não ser a faixa etária prioritária. O estudo de GARICOCHEA et. al (2009) evidencia que mulheres mais jovens com câncer de mama inicial apresentam um pior prognóstico, muitas vezes devido ao diagnóstico tardio.

Apesar da literatura indicar possíveis desigualdades de acesso com relação à raça/cor preta e parda, não se encontrou associações que indicassem risco de maior tempo de espera para mastologista, mamografia e tratamento. No entanto, a proporção de pretos e pardos com menos de 07 dias de tratamento é inferior à de raça branca e amarela. De acordo com Yankaskas & Gill (2005), para as mulheres de raça/cor preta o exame de mamografia tem baixa especificidade, mas alta sensibilidade. Nelas, os tumores encontrados tendem a ser de maiores dimensões e doença em estadio mais avançado do que em mulheres brancas. Para o tempo de espera de tratamento na primeira semana pós-diagnóstico, observou-se desigualdades de acesso com relação às mulheres pretas e pardas na análise de proporções.

Foram identificadas desigualdades no acesso de mulheres de acordo com a escolaridade de até 4 anos à mastologia e mamografia. Como afirmam Sanchez & Ciconelli (2012) o baixo nível de educação é determinante na redução do acesso à prevenção de saúde. Seguindo este raciocínio, justifica-se o encontrado em relação ao fato de que as mulheres com menor tempo de estudo apresentam maior dificuldade de acesso, devido a possível falta de informações e desconhecimentos de fluxos terapêuticos.

Uma possível hipótese em relação ao tempo de escolaridade encontrada é de que a faixa entre 9 e 11 anos de estudo corresponde ao Ensino Médio, de acordo com os indicadores de anos de estudo e nível de instrução, utilizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), enquanto de 12 e 15 anos de estudo equivale a maioria dos cursos superiores com um total de 4 anos de duração (IBGE, 2017). Em que pese a escolaridade não se referir especificamente ao cursado no presente momento, ao associar a escolaridade a faixa etária, cabe considerar que

para mulheres mais jovens que ainda cursam a escola, o horário de funcionamento dos serviços de saúde pode funcionar como barreira de acesso. Além disso, o acesso tende a ser facilitado para as pessoas com nível superior devido maior esclarecimento frente a disponibilidade de informações e, até mesmo, capacidade financeira, resultando numa parcela que não depende exclusivamente de serviços do SUS. No presente estudo, entretanto, as mulheres com escolaridade entre 9 e 11 anos apresentaram menor risco para maior espera com relação a mamografia e tratamento, enquanto as mulheres com escolaridade entre 5 e 8 anos apresentaram menor risco para maior espera com relação a mastologia e mamografia.

Os resultados encontrados vão ao encontro de estudos como o de Cabral et. al. (2019), realizado em outra grande cidade (Belo Horizonte/MG), a partir de dados hospitalares de câncer de mulheres em tratamento no período de 2010 a 2013. O referido estudo delineou cinco perfis de mulheres utilizando alguns dos mesmos fatores capacitantes utilizados neste estudo, a exemplo de idade, raça/cor de pele e escolaridade. Os perfis com maior distância entre os achados foram entre o perfil de raça/cor branca com escolaridade maior ou igual a 15 anos e tratamento realizado na rede privada em relação ao perfil de mulheres da raça/cor preta com escolaridade menor que 8 anos, tendo realizado o tratamento exclusivamente no SUS, o qual apresentou chance 37 vezes maior na espera pelo tratamento.

A existência de 14,77% terem pago consulta pode indicar tanto uma falta de acesso e um pagamento em clínicas populares para agilizar os exames diagnósticos quanto o fato de parte da população que acessou esse serviço, além de ter plano, teria melhor condição socioeconômica e, em particular, para a atenção secundária, poderia realizar pagamentos de desembolso direto, o que seria mais difícil de ocorrer com serviços mais complexos. Ter pago consulta indicou risco de maior tempo de

espera para tratamento enquanto para mastologista e mamografia, de alguma forma, protegeu com relação a maior espera. Isso indica provavelmente que o pagamento para serviços especializados tem sido utilizado para minimizar a falta de acesso.

Apesar de se tratar de um serviço do SUS, 13,88% das mulheres entrevistadas referiram possuir plano privado de saúde. Os tempos de espera dessas mulheres para uso dos três serviços analisados indicaram risco de maior espera para quem não tem plano. Considerando se tratar de mulheres em tratamento no SUS, a facilitação para quem tem plano pode indicar falhas na regulação do acesso ao serviço estudado, bem como, o quanto a linha de cuidado oncológica vai acumulando desigualdades ao privilegiar os que primeiro acessaram especialistas e exames e, portanto, tiveram alguma facilitação e agilização do diagnóstico. Esse fato pode também estar relacionado aos planos básicos que não respondem pelas necessidades do tratamento oncológico, mas também, pelo reconhecimento do SUS para o tratamento de serviços de alta complexidade, principalmente se considerarmos que estes, no caso do presente estudo, ocorreram em serviço privado de excelência.

BAHIA et. al. (2016) alertam que os princípios do SUS da universalidade e da integralidade seriam avaliados dos valores cobrados de planos privados, uma vez que há intersecção nos serviços entre as empresas de planos de saúde e estabelecimentos públicos nas suas redes de prestadores de serviços. Para eles, tais empresas atuam no intuito de difundir a ideia de “planos baratos”, mas mais restritos, segmentando, por exemplo, acesso por áreas geográficas, e são ainda, propulsores de programas governamentais, que por meio da Lei 9,656 não garantiriam nem mesmo os princípios da integralidade e da universalidade.

Santos e colaboradores (2008) evidenciam que a população que tem plano de saúde usa mais serviços de saúde que a população brasileira como um todo. Na

existência do mix público-privado, em decorrência da inserção do setor suplementar, verificam-se ainda mais desigualdades na oferta e na utilização dos serviços em prol da população com plano de saúde.

Apenas 10,23% das mulheres em tratamento de câncer de mama no serviço especializado afirma continuar sendo atendida na AB. Com isso, é possível deduzir que a partir do momento em que o diagnóstico é confirmado, o tratamento do câncer no serviço especializado é priorizado, mas, a AB deixa de ser o serviço que mantém vínculo com estas mulheres. Além disso, em muitos casos, estas mulheres referem não estar sendo cuidadas na atenção básica, mas sim, sendo apenas referenciada por ela.

Ainda segundo Aday & Andersen (1974) e seus fatores predisponentes, como a aceitabilidade, informação e a capacidade de pagamento, um dos motivos que pode dificultar o sucesso do tratamento é a dificuldade na confirmação do diagnóstico do câncer de mama, que pode traduzir o (des)conhecimento das fontes de informação. Talvez isso explique porque mais da metade das mulheres não teve a mamografia solicitada pela AB, o que pode ser reflexo da compreensão de que os serviços de AE de câncer de mama são os melhores locais para manterem vínculo, em detrimento da assistência na AB. É importante considerar que a AB tem como programa de rastreio de câncer de mama, a solicitação de mamografia principalmente para mulheres de 50 anos ou mais, o que nem sempre ocorre.

Em comparação a um estudo realizado em outra grande cidade brasileira, Rio de Janeiro, (REZENDE et. al., 2009), o período médio desde o primeiro sinal ou sintoma da doença até a primeira consulta foi de um mês, e desta última até a confirmação diagnóstica de 6,5 meses. O presente estudo, apesar das desigualdades

identificadas, não identificou tempos de esperas que colocassem em risco a continuidade do cuidado, considerando os padrões habitualmente estabelecidos.

As médias dos tempos de espera estudados indicam facilidade de acesso tanto para serviços diagnósticos quanto para serviços terapêuticos de câncer de mama, no município de São Paulo. Essa situação caracteriza o período estudado que, pode ter se modificado frente à crise do SUS, em particular com relação ao seu subfinanciamento. Além disso, cabe considerar que o serviço estudado é uma referência de excelência com uma contratualização de exceção que poderia indicar uma agilidade no ingresso. De qualquer forma, este se encontrava regulado mediante regras igualitárias com os outros serviços de referência.

No entanto, salienta-se que o rápido acesso à AE é legitimamente desejado pelas mulheres. Não obstante a desvinculação da AB e o vínculo com a AE acaba por fragmentar o cuidado e desterritorializar as mulheres com câncer de mama. A AB muito frequentemente, considerando a gravidade e urgência do tratamento do câncer, se distancia da responsabilidade do cuidado após o encaminhamento à AE.

O baixo tempo de espera para consulta com mastologista, bem como, para a realização da mamografia, pode se justificar pelo fato de ambos os serviços de atenção secundária estarem, no município de São Paulo, dentro da atenção terciária, o que aproxima o tempo do diagnóstico ao tratamento. Outro fator que interfere nos tempos de espera para diagnóstico e tratamento é a regulação dos serviços disponíveis e sua linha de cuidado.

É importante considerar ainda que, na cidade de São Paulo, há uma pactuação que possibilita que os próprios serviços terciários (CACONs) aceitem receber os casos de câncer de mama mediante simples suspeita (BIRADS 4 ou 5), o que pode agilizar

muito o diagnóstico definitivo e o início do tratamento. Essas situações particulares da cidade de São Paulo poderiam indicar processos regulatórios mais ágeis e adequados às necessidades das mulheres com câncer de mama.

Conforme LOUVISON et. al. (2008), as desigualdades socioeconômicas, além dos diferentes tempos e formas de adoecer, indicam também distintas necessidades e capacidades de se conseguir usar os serviços de saúde. Segundo o INCA, nas capitais a incidência de câncer tende a ser maior. A demora no diagnóstico e no início do tratamento tem sido associada ao pior prognóstico da doença e diminuição da sobrevida (INCA, 2018).

Os achados em relação aos tipos de tratamento, vão ao encontro ao estudo de BEZERRA et. al. (2013) que mostra a cirurgia como principal abordagem terapêutica e a quimio, radio e hormonioterapia como terapias adjuvantes e que em alguns casos são associadas duas ou mais terapias, respeitando as características das pacientes.

Considerando que quanto mais cedo o diagnóstico é realizado, menos agressivo será o tratamento, tem-se na mamografia a principal opção de rastreio. (SOUZA, et. al. 2015). Entretanto MIGOWSKI et. al. (2018) alerta para o resultado falso-positivo como um possível dano advindo da mamografia. Sobre o exame clínico das mamas e o autoexame das mamas, afirmam ainda não haver evidências sobre a eficácia desta intervenção na redução da mortalidade por câncer de mama. Referente a utilização de outros métodos de imagens como termografia ou tomossíntese mamária, afirmaram ainda não existirem evidências suficientes para que hajam avaliações se esses métodos são capazes de trazer algum benefício.

A mamografia, sendo o exame mais utilizado, serviria como o exame para o retorno das pacientes com câncer de mama aos serviços responsáveis pelo seu rastreio. Segundo Tomazelli e Silva (2017), essa continuidade do cuidado inclui o

retorno da mulher à unidade de saúde com laudo do exame feito, como a mamografia e, no caso de suspeição, encaminhamento para a investigação diagnóstica. Dessa forma, o acesso aos exames, diagnósticos e ao tratamento, quando necessário, estão relacionados à disposição dos serviços, os quais teoricamente, facilitam se configurados de acordo com a linha de cuidado, em rede.

6. CONCLUSÃO

Os tempos de espera estudados indicam facilidade de acesso a diagnóstico e tratamento de câncer de mama para as mulheres da cidade de São Paulo no período estudado. Mulheres com idade acima de 50 anos apresentam desigualdades de acesso à mamografia com aumento no tempo médio de dias de espera referidos. Mulheres com escolaridade de até 04 anos de estudo apresentam desigualdades no acesso a consulta de mastologia e realização de mamografia com aumento observado no tempo médio de dias de espera. Não ter plano de saúde apresentou aumento no tempo médio de espera, sendo que pagar consulta apresentou diminuição no tempo médio para consulta com mastologista e realização da mamografia, mas aumento do tempo de espera para tratamento. Observou-se desigualdades no acesso da população preta e parda apenas nas análises univariadas para a mamografia e tratamento.

A partir deste estudo é possível identificar um distanciamento entre AB e AE perante mulheres com câncer de mama. Diante da realidade vivenciada por essas mulheres, é possível analisar que a realização desde o diagnóstico até o tratamento, dentro de serviços especializados pode reduzir o tempo de espera no cuidado.

Ser referenciado de unidade com ESF indicou menor espera para mamografia enquanto ter a mama examinada na AB indica paradoxalmente maior risco de esperar mais tempo. A continuidade do cuidado na AB apresenta maior risco de maior espera para mastologia, mas com relação a realização da mamografia indica proteção para um melhor acesso. Uma vez que o diagnóstico está dentro do serviço terciário em São Paulo, isso vincula muito a AE com a mamografia. Isso se apresentou como um fator facilitador na redução dos tempos de espera de diagnóstico e de tratamento mesmo

considerando a eventual escassez de recursos especializados e da desterritorialização precoce da mulher da atenção básica.

Variáveis como faixa etária a partir dos 50 anos e possuir escolaridade de até 4 anos são fatores predisponentes encontrados que tendem a produzir barreiras de acesso aos serviços de câncer de mama. Além disso, apesar do estudo ter sido desenvolvido a partir de serviços do SUS, a posse de plano privado de saúde foi identificada como fator capacitante facilitador de acesso no serviço especializado do câncer de mama. Portanto, há desigualdades de acesso para diagnóstico de câncer de mama relacionados a maior idade, menor escolaridade, não ter plano privado de saúde, não ter sido encaminhado por USF e não continuar acompanhando na AB.

Nesse sentido, conclui-se que a AB pode exercer fator protetor para um melhor acesso ao diagnóstico do câncer de mama considerando a importância do cuidado por ESF e manutenção do vínculo na AB durante o atendimento na AE, principalmente em mulheres mais velhas, menos escolarizadas e sem plano privado de saúde.

As desigualdades de acesso para tratamento estão relacionadas ao fato de não ter plano privado de saúde e ter pago consulta para tratamento do câncer de mama, indicando que o poder de utilização dos serviços por quem tem plano privado, mesmo em serviços do SUS, podem indicar uma vantagem com relação aos tempos de espera, traduzindo falhas da regulação do acesso. O pagamento de consulta indica barreiras para a utilização dos serviços do SUS que também deveriam ser minimizadas com a organização da regulação do acesso e das linhas de cuidado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7.1 Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9 (3): 208-220.
- 7.2 ALVES, Márcia Guimarães de Mello et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.spe, p.34-51, Oct. 2014.
- 7.3 ANDERSEN, Ronald Max. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- 7.4 BAHIA, Ligia et al. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00184516, 2016.
- 7.5 BEZERRA, Karla Barros et al. **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.7, pp.1933-1941. ISSN 1413-8123.
- 7.6 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 7.7 BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990.
- 7.8 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM**, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas

- de gestão. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 9 dez 2005. Seção 1, p.80-81.
- 7.9 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559/GM**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.
- 7.10 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874/GM**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132. Brasil, 2013a.
- 7.11 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 876/GM**, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre aplicação da Lei nº 12.732., de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2013b.
- 7.12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez. 2010.
- 7.13 CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 613-622, fev. 2019.
- 7.14 CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. **O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado**. In: Cad. Saúde Pública, Jul 2014, vol.30, no.7, p.1502-1514.

- 7.15 CHUEIRI; Patrícia Sampaio; HARZHEIM, Erno. GAUCHE, Heide; VASCONCELOS, Lêda Lúcia Couto. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro, n.52, p.114-124, out 2014.
- 7.16 COUTINHO, Leticia M S; SCAZUFCA, Marcia; MENEZES, Paulo R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.992-998, Dec. 2008.
- 7.17 Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- 7.18 EDEN J. Measuring access to care through population- based surveys: where aew we now? *Health Serv Res*, 1998; 33:685-708.
- 7.19 FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: Whit KL, editor. *Health Services Research: na Anthology*, Vol. Scientific Publication No. 534. Wasahington, DC: Pan American Health Organization; 1992.
- 7.20 GARICOCHEA, Bernardo et al. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.311-317, Apr. 2009.
- 7.21 GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's Market. *Health Serv Res*, 1998; 33:625-52.
- 7.22 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- 7.23 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2016*. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2015a.

- 7.24 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2018*. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- 7.25 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: é preciso falar disso. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2016.
- 7.26 INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil* – Rio de Janeiro: INCA, 2015b.
- 7.27 JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.161-170, Jan. 2010.
- 7.28 KESSNER, David.; KALK, Carolyn E.; SINGER, James. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.288. n. 4, p.189-194, 1973.
- 7.29 LEÔNIDAS, Florentino Júnio Araújo. Mais médicos e mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da atenção básica no Brasil. 2014. [76] f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) —Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014.
- 7.30 LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, Aug. 2008.
- 7.31 MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37. Out. 2014.

- 7.32 MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.327-338, Feb. 2016.
- 7.33 MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 51, out. 2014.
- 7.34 MIGOWSKI, Arn et al. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018, vol.34, n.6, e00074817. Epub June 21, 2018. ISSN 0102-311X.
- 7.35 PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1723-1728, jun. 2018.
- 7.36 PENCHANSKY R. The concept of access, a Definition. National Health Planning Information Center, Bureau of Health Planning Resources Development, Department of Health, Education and Welfare, 1977.
- 7.37 PENCHANSKY, D. & THOMAS, J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 20:127-140, 1981
- 7.38 PRIBERAM. Dicionário de Língua Portuguesa. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/acesso>>. Acesso em 28 fev. 2019.
- 7.39 REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 75-81, Fev. 2009.

- 7.40 SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2006, vol.10, n.19, pp.25-41. ISSN 1807-5762.
- 7.41 SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.
- 7.42 SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- 7.43 SITONIO, F.T. Acesso ao tratamento oncológico no município de São Paulo: o câncer de mama como condição traçadora. 2016. 123p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- 7.44 SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p. s100-s110, 2008.
- 7.45 SOUZA, Camila Brandão et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3805-3816, dez. 2015.
- 7.46 STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

- 7.47 TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S190-S198, 2004.
- 7.48 TOMAZELLI, Jeane Glaucia et al. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 61-70, jan. 2017.
- 7.49 TOMAZELLI, Jeane Glaucia; SILVA, Gulnar Azevedo e. Breast cancer screening in Brazil: an assessment of supply and use of Brazilian National Health System health care network for the period 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 713-724, Dec. 2017.
- 7.50 VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, Dez.2012.
- 7.51 Yankaskas BC, Gill KS. Diagnostic mammography performance and race: outcomes in Black and White women. *Cancer*. 2005;104(12):2671-81.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

Pesquisa: Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras

Condição traçadora: Câncer de Mama

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
1. A senhora poderia responder a um questionário de uma pesquisa feita pela Universidade sobre o atendimento a pessoas com Câncer de Mama?	(1) Não (<u>agradeça e encerre o questionário</u>) (2) Sim
2. A senhora reside nesta cidade?	(1) Não (<u>agradeça e encerre o questionário</u>) (2) Sim (<u>continue o questionário</u>)
3. Você sabe qual o seu diagnóstico? Se sim, qual o diagnóstico?	(1) Não (<u>agradeça e encerre o questionário</u>) (2) Sim (<u>caso seja CA de MAMA, continue o questionário. Se não, agradeça e encerre o questionário</u>)
4. A senhora já realizou alguma consulta para o câncer de mama aqui nesse serviço?	(1) Não (<u>pergunte se pode realizar a aplicação do questionário após a consulta de hoje</u>) (2) Sim (<u>continue o questionário</u>)
TERMO DE CONSENTIMENTO	
<p>Pedir para a participante ler e assinar o termo de consentimento. Anotar:</p> <p>Data: _____ Horário: _____ Unidade: _____</p>	
IDENTIFICAÇÃO	
<p>A senhora poderia nos fornecer alguns dados pessoais, caso seja preciso entrar em contato?</p>	
5. Qual seu nome completo?	_____
6. CEP	_____ (888) Não sabe/Não lembra
7. Endereço	_____ (888) Não sabe/Não lembra
8. Telefone	_____ (888) Não sabe / Não tem
9. Número Cartão SUS	_____ (888) Não sabe / Não tem
10. Sexo	(1) feminino (2) masculino
11. Qual sua data de nascimento?	____/____/____ (888) Não sabe / Não lembra

12. Qual a sua cor?	(1) Branca (2) Preta/Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (888) não declarado/não sabe
13. Até que ano o a senhora estudou?	<u>1º grau</u> (1) Sem escolaridade/analfabeto (2) - 1º ano (3)- 2º. (4)- 3º. (5)-4º. (6)-5º. (7)-6º. (8)-7º. (9)- 8º. (10)- 9º. <u>2º. grau</u> (11) - 1º. Ano (12) -2º. Ano (13) 3º. Ano <u>Superior</u> (14) - Superior incompleto (15) - Superior completo
14. A senhora tem algum convênio ou plano de saúde, incluindo planos de funcionários públicos?	(1) Não (vá para questão 16) (2) Sim (888) Não sabe / não responde (vá para questão 16)
15. A senhora já utilizou o convênio ou plano para algum atendimento médico para câncer de mama?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / não responde
16. A senhora já pagou uma consulta particular para atendimento médico para câncer de mama?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / não responde

INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
17. Há quanto tempo a senhora faz acompanhamento neste serviço?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe / não responde
18. Por que a senhora veio a esta consulta de mastologia? Voul algumas opções:	(1) Senti que tinha algo diferente na mama (2) O médico do posto de saúde suspeitou de câncer de mama (3) Estou fazendo tratamento para câncer de mama (4) Outros motivos: _____ (5) Não sei / Não me disseram por que teria de vir ao serviço de mastologia
19. Qual serviço de saúde encaminhou a senhora para o serviço de mastologia?	Nome: _____
20. Quando a senhora foi encaminhada, o agendamento da consulta para o serviço de mastologia foi automático?	(1) Não (pula para 20A) (2) Sim (pula para 21) (888) Não sabe / Não respondeu (pula para 20A)
20A. Quanto tempo após o encaminhamento a senhora agendou a consulta no serviço de mastologia?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe/não lembra
21. Quanto tempo esperou para fazer a primeira consulta no serviço de mastologia? Considere o tempo entre a solicitação do serviço que lhe encaminhou e a primeira consulta no serviço de mastologia.	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe/não lembra
22. Quando foi a última vez que a senhora passou por consulta com o médico mastologista?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (777) Essa é minha primeira consulta (888) Não sabe/não lembra
23. Há quanto tempo foi diagnosticada com câncer de mama?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe/não lembra

<p>24. Onde você recebeu pela primeira vez a informação sobre a suspeita ou diagnóstico de câncer de mama? Vou ler algumas opções:</p>	<p>(1) Posto, centro ou unidade de saúde</p> <p>(2) Pronto Socorro (PS) / UPA / PA (Pronto atendimento) / serviço de urgência / serviço de emergência</p> <p>(3) Policlínica/Ambulatório de especialidades/AME</p> <p>(4) Hospital (perguntar se foi Pronto Atendimento/Pronto Socorro, enfermaria ou ambulatório. Caso seja PA/PS, marcar item 2. Caso seja ambulatório, marcar item 3. Marcar o item "hospital" apenas se foi durante uma internação.)</p> <p>(5) AMA</p> <p>(6) Clínica ou outro serviço de saúde privado</p> <p>(7) Local de realização de exames (laboratórios, centros de diagnóstico por imagem, etc.)</p> <p>(8) Outro serviço: _____</p> <p>(888) Não sabe / não responde</p>
<p align="center">INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO BÁSICA</p>	
<p>25. A senhora é atendida no posto, centro ou unidade de saúde?</p>	<p>(1) Nunca foi atendida (vá para questão 30)</p> <p>(2) Era atendida, mas parou quando iniciou o tratamento no serviço de mastologia (vá para questão 29)</p> <p>(3) Atualmente ainda é atendida (vá para questão 26)</p> <p>(888) Não sabe / não respondeu (vá para questão 30)</p>
<p>26. Há quanto tempo a senhora é atendida no posto, centro ou unidade de saúde?</p>	<p>Quantidade de dias, meses ou anos: _____</p> <p>(888) Não sabe/não lembra</p>
<p>27. Após a consulta com o mastologista, você leva alguma informação de volta para os profissionais do seu posto, unidade ou centro de saúde? Vou ler algumas opções:</p>	<p>a) Levo um papel escrito</p> <p>b) Levo informações verbais</p> <p>c) O médico mastologista registra no prontuário eletrônico</p> <p>d) Não levo nenhuma informação</p> <p>e) Outra forma de troca de informação entre o posto e o serviço especializado: _____</p> <p>(888) Não sabe / não lembra</p>

<p>28. De quanto em quanto tempo a senhora costuma ir à consulta no posto, unidade ou centro de saúde?</p>	<p>Intervalo de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe/não lembra</p>
<p>29. Você teve sua mama examinada por algum profissional do posto de saúde antes de vir para o serviço de mastologia?</p>	<p>(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / não responde</p>
<p align="center">MEDICAÇÃO, EXAMES COMPLEMENTARES E ORIENTAÇÕES</p>	
<p>30. Em algum momento de seu tratamento foi solicitado exame de mamografia?</p> <p>Mamografia é um exame com uma máquina que aperta e espreme o seio.</p>	<p>(1) Não (pula para 36) (2) Sim (pular para 30A) (888) Não sabe / não responde (pular para 36)</p>
<p>30A. "Onde foi solicitado pela 1ª vez esse exame?"</p>	<p>(1) No posto de saúde (2) No serviço de mastologia ou oncologia (3) Em outro serviço de especialidade (888) não sabe não lembra</p> <p align="right"><i>(todas pulam para 31)</i></p>
<p>31. Quanto tempo após a solicitação da mamografia a senhora conseguiu agendar o exame?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____ <i>(vá para questão 32)</i> (777) Ainda não agendei <i>(vá para questão 36)</i> (888) Não sabe / não lembra <i>(vá para questão 32)</i></p>
<p>32. A senhora fez essa primeira a mamografia que foi solicitada?</p>	<p>(1) Não <i>(vá para questão 33)</i> (2) Sim, no SUS <i>(vá para questão 34)</i> (3) Sim, em serviço particular ou convênio <i>(vá para questão 34)</i> (888) Não sabe / não respondeu <i>(vá para questão 36)</i></p>
<p>33. Há quanto tempo está esperando para fazer a mamografia? VÁ PARA QUESTÃO 36</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____ (1) (888) Não sabe / não lembra VÁ PARA QUESTÃO 36</p>
<p>34. Quanto tempo esperou para fazer a mamografia?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____ (888) Não sabe / não lembra</p>

<p>35. Em quanto tempo recebeu o resultado da mamografia?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____</p> <p>(777) Não recebeu ainda</p> <p>(888) Não sabe / não lembra</p>
<p>36. Em algum momento de seu tratamento foi solicitado exame de ultrassom mamário?</p> <p>Ultrassom mamário é um exame que passa uma máquina no seio, após ter aplicado gel.</p>	<p>(1) Não (vá para questão 42)</p> <p>(2) Sim (vá para questão 36A)</p> <p>(888) Não sabe / não lembra (vá para questão 42)</p>
<p>36A. Onde foi solicitado pela 1ª vez esse exame?</p>	<p>(1) No posto de saúde</p> <p>(2) No serviço de mastologia ou oncologia</p> <p>(3) Em outro serviço de especialidade</p> <p>(888) não sabe não lembra</p> <p>(todas pulam para 37)</p>
<p>37. Quanto tempo após a solicitação do ultrassom mamário a senhora conseguiu agendar o exame?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____ (vá para questão 38)</p> <p>(777) Ainda não agendei (vá para questão 42)</p> <p>(888) Não sabe / não lembra (vá para questão 38)</p>
<p>38. A senhora fez esse primeiro exame de ultrassom mamário que foi solicitado?</p>	<p>(1) Não (vá para questão 39)</p> <p>(2) Sim, no SUS (vá para questão 40)</p> <p>(3) Sim, em serviço particular ou convênio (vá para questão 40)</p> <p>(888) Não sabe / não respondeu (vá para questão 42)</p>
<p>39. Há quantos dias a senhora está esperando para conseguir fazer o exame de ultrassom mamário?</p> <p>VÁ PARA QUESTÃO 42</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____</p> <p>(888) Não sabe / não lembra</p> <p>VÁ PARA QUESTÃO 42</p>
<p>40. Quantos dias a senhora esperou para conseguir fazer o exame de ultrassom mamário?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____</p> <p>(888) Não sabe / não lembra</p>
<p>41. Em quanto tempo recebeu o resultado do exame de ultrassom mamário?</p>	<p>Quantidade de dias/meses: _____</p> <p>(777) Não recebeu ainda</p> <p>(888) Não sabe / não lembra</p>

42. <u>Algum médico lhe receitou medicamento para dor?</u>	(1) <u>Não</u> (pular para 43) (2) <u>Sim</u> (pular para 42A) (888) <u>Não sabe / Não respondeu</u> (pular para 43)
42A. <u>Em que locais o médico lhe receitou medicamento para dor? Pode escolher mais de uma opção.</u>	a) <u>posto de saúde</u> b) <u>serviço de Mastologia</u> c) outro <u>serviço de saúde</u> (888) <u>não sabe/não responde</u> (1)
43. <u>A Sra. já fez algum tratamento para câncer de mama?</u>	<u>Não</u> (pular para 49) (2) <u>Sim</u> (888) <u>Não sabe / não responde</u> (pular para 49)
QUADRO	
44. <u>Qual foi o primeiro tratamento que a Sra. fez para câncer de mama?</u>	(1) <u>Cirurgia</u> (2) <u>Quimioterapia</u> (3) <u>Radioterapia</u> (4) <u>Imunoterapia</u> (5) <u>Hormonioterapia</u> (888) <u>Não sabe / não responde</u> (pular para 49)
45. <u>Quanto tempo após o diagnóstico a senhora iniciou esse tratamento?</u>	<u>Quantidade de dias/meses:</u> _____ (888) <u>Não sabe / não lembra</u>
46. <u>A senhora recebeu informações dos profissionais de saúde sobre esse tratamento?</u>	(1) <u>Não</u> (2) <u>Sim, apenas no posto de saúde</u> (3) <u>Sim, apenas no serviço de mastologia</u> (4) <u>Sim, tanto no posto de saúde como no serviço de Mastologia</u> (888) <u>Não sabe / não responde</u> (pular para 47)
47. <u>Quanto tempo durou esse tratamento?</u>	<u>Quantidade de dias/meses:</u> _____ (777) <u>Ainda não terminou</u> (pular para 49) (888) <u>Não sabe / não lembra</u> (pula para 48)
48. <u>Depois de terminado esse primeiro tratamento, a senhora fez algum outro?</u>	(1) <u>Não</u> (<u>vá para questão 49</u>) (2) <u>Sim</u> (<u>vá para questão 44, abrindo nova linha</u>) (888) <u>Não sabe / não responde</u> (pular para 49)
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
49. <u>Alguma vez a ocorreu alguma urgência relacionada à sua mama e a senhora precisou procurar um serviço de saúde?</u>	(1) <u>Não</u> (pular para 51) (2) <u>Sim</u> (pular para 50)

50. <u>Que serviços a senhora procurou em situações de urgência relacionada à mama? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma opção.</u>	a) <u>Posto, unidade ou centro de saúde</u> b) <u>Serviço de Mastologia</u> c) <u>Pronto Socorro (PS) / UPA / PA (Pronto atendimento) / serviço de urgência / serviço de emergência</u> d) <u>Hospital</u> e) <u>Serviço de saúde privado</u> f) <u>Outro serviço de saúde.</u>
51. <u>A Senhora já foi internada alguma vez por causa do Câncer de Mama?</u>	(1) <u>Não</u> (<u>Agradeça e encerre o questionário</u>) (2) <u>Sim</u> (<u>vá para questão 52</u>) (888) <u>Não sabe / não respondeu</u> (<u>agradeça e encerre o questionário</u>)
52. <u>Qual foi o motivo da internação?</u>	(1) <u>Devido à cirurgia</u> (2) <u>Outras causas:</u> _____ (888) <u>Não sabe/Não lembra</u>
<u>Agradeça e encerre o questionário</u>	

8.2 ANEXO 2 – APROVAÇÕES EM COMITÊ DE ÉTICA

8.2.1 Aprovação do projeto multicêntrico no CEP da UNICAMP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO MULTICÊNTRICO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

Pesquisador: Gastão Wagner de Sousa Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43716515.7.1001.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.100.984

Data da Relatoria: 10/06/2015

Apresentação do Projeto:

O presente projeto pretende analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de cinco universidades: USP, UNICAMP, UFRGS, UECE e UNIFOR. A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema universal, exige investigações acerca do modelo de Atenção Básica atualmente vigente no Brasil e sua articulação com a rede de Atenção Especializada. Este projeto pretende contribuir com proposições para a efetivação de uma atenção universal, integral e territorializada, baseada em princípios, arranjos e dispositivos que favoreçam práticas ampliadas e compartilhadas em saúde (Cogestão, Clínica Ampliada, Apoio Matricial, entre outros).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**

Continuação do Parecer: 1.100.984

Critérios de Inclusão:

Os critérios de inclusão são específicos para cada agravo.

a. Saúde mental:

- 1) Diagnóstico de F20-29 ou F30-39;
- 2) Fazer acompanhamento em CAPS;
- 3) Menos de 12 meses de inserção no CAPS.

b. Câncer de Mama:

- 1) Ter diagnóstico de câncer de mama (C50-59);
- 2) Autoreconhecimento como portadora do diagnóstico de CA Mama;
- 3) Diagnóstico de CA Mama há 2 anos ou menos; 4) fazer acompanhamento em Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

c. Hipertensão Arterial Sistêmica:

- 1) Ter diagnóstico de HAS (I10);
- 2) Fazer acompanhamento em serviço de cardiologia

d. Gestação de alto risco:

- 1) Fazer acompanhamento pré-natal em hospital/maternidade

Critérios de Exclusão:

- 1) Para todos os agravos: possuir deficiência cognitiva grave;
- 2) Critério de exclusão para o agravo saúde mental: estar em situação de crise, internação ou outro estado clínico que não permita a participação;
- 3) Critério de exclusão para o agravo câncer de mama: não se reconhecer como portadora de câncer de mama.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Continuação do Parecer: 1.100.984

Objetivos secundários:

- 1) Realizar estudo exploratório sobre redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas, mediante dados secundários disponíveis para desenvolver a amostragem e a definição de variáveis para a coleta de dados primários das distintas portas de entrada (Atenção básica à saúde), focado na forma de funcionamento e da qualidade da assistência à saúde;
- 2) Identificar variáveis de contexto e de implementação da atenção integral e territorializada de cobertura a agravos mais prevalentes e a relação com a resposta à demanda espontânea;
- 3) Avaliar a articulação entre as redes de atenção básica e especializada, incluindo o apoio matricial;
- 4) Analisar demanda, acesso e estratégias de atendimento na atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não apresenta nenhum tipo de intervenção invasiva ou que provoque danos. Na eventualidade de algum constrangimento decorrente das situações de inquérito, entrevista ou grupo focal, será disponibilizado apoio psicológico ou psiquiátrico oportuno aos participantes.

Benefícios:

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa não terão benefícios diretos com a participação. Porém, haverá benefícios indiretos aos participantes referente à produção de conhecimentos que possam melhorar a qualidade da atenção e gestão dos serviços de saúde do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que pretende analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Será realizada uma pesquisa multicêntrica que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de cinco universidades: Universidade de São Paulo (USP),

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Continuação do Parecer: 1.100.984

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade.

Protocolo de pesquisa com baixo potencial de riscos que podem ser suplantados pelos benefícios. Os resultados podem servir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde do SUS.

Tamanho da amostra: 2400

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados:

1. Informações básicas do projeto de pesquisa – Plataforma Brasil;
2. Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo diretor associado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);
3. Projeto de pesquisa completo;
4. Cartas de anuência assinada pela(o):
 - a) Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.
 - b) Secretário Municipal de Campinas.
 - c) Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. Secretaria Municipal de Porto Alegre.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**

Continuação do Parecer: 1.100.984

d) Secretário Adjunto da Secretaria Municipal de São Paulo.

5. Declaração de anuência dos pesquisadores em participar da pesquisa:

a) Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge representando a Universidade Estadual do Ceará como instituição participante.

b) Profo. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka representando a Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo como instituição participante.

c) Profo. Dr. Alcides Silva de Miranda representando a Universidade Federal do Rio Grande do Sul como instituição participante.

d) Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva representando a Universidade de Fortaleza – Fundação Edison Queiroz como instituição coparticipante.

6. Dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para:

a) Profissionais

b) Usuários

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. No item "Detalhamento" contido nas "Informações básicas do projeto" está escrito que "será realizada análise de prontuário de usuários dos diferentes serviços de média complexidade (selecionados na fase qualitativa), mediante anuência prévia do participante da pesquisa": a) No entanto, no TCLE não há nenhuma referência em relação a isso; b) Deixar claro no TCLE, se a pessoa poderá participar da pesquisa caso não autorize os pesquisadores a terem acesso ao seu prontuário médico.

RESPOSTA: Foram incluídas no TCLE as informações necessárias, referentes à análise de prontuário e possibilidade de recusa dessa etapa específica.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. No texto está escrito que "Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de sete Universidades: USP, UNICAMP, UNB, UFRGS, UFC, UECE e UNIFOR". A pesquisa será desenvolvida em quatro regiões metropolitanas e foram apresentadas cartas de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Continuação do Parecer: 1.100.984

anuência e declarações de pesquisadores ligados às universidades e Secretarias Municipais de Saúde concordando com o desenvolvimento da pesquisa: a) Qual será a participação dos pesquisadores e grupos de pesquisa das demais universidades (UNB, UECE e UNIFOR)? b) Se for feita alguma etapa ou fase da pesquisa nessas universidades, apresentá-las como instituições coparticipantes na Plataforma Brasil e as suas respectivas autorizações. Segundo a Resolução 466/12 no item "II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve". O pesquisador deverá definir a participação dessas instituições e se se caracterizam como coparticipantes segundo definição acima ou não.

RESPOSTA: Foi retirada a menção às universidades UFC e UNB, que participaram do planejamento inicial do projeto, mas não mais poderão dar continuidade a sua participação na pesquisa. A manutenção dessas universidades no texto decorreu de um lapso na submissão do projeto. As universidades UECE e UNIFOR (ambas de Fortaleza) serão centros participantes da pesquisa, pois irão replicar todas as etapas da pesquisa no município de Fortaleza. A professora Dra. Raimunda Magalhães Silva é a responsável pela participação da UNIFOR. Incluímos a instituição como centro participante, assim como a declaração de responsabilidade assinada pela professora. A professora Dra. Maria Salete Bessa é a responsável pela participação da UECE, por meio do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da referida instituição. O cadastro da instituição, assim como a declaração de responsabilidade da professora já se encontram inseridas na submissão original do projeto.

ANÁLISE: Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Continuação do Parecer: 1.100.984

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS

Continuação do Parecer: 1.100.984

CAMPINAS, 10 de Junho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

8.2.2 Aprovação da realização do projeto no município de São Paulo, junto ao CEP da SMS/SP.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO MULTICÊNTRICO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

Pesquisador: Gastão Wagner de Sousa Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43716515.7.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.240.825

Apresentação do Projeto:

Estudo multicêntrico, que utilizará metodologias quantitativas e qualitativas com o objetivo de analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para quatro agravos à saúde: hipertensão arterial, câncer de mama, gravidez de alto risco e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS).

Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados.

Para o inquérito, os usuários serão selecionados por meio de sorteio aleatório ou, eventualmente, por meio de análise de prontuários indicados pelos gestores e, ou profissionais que atuam nos serviços de saúde selecionados, compondo uma amostra específica para cada agravo e para cada região metropolitana. Os usuários selecionados deverão responder oralmente a um questionário de múltipla escolha, aplicado por entrevistadores treinados, e visam à identificação e mensuração

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.240.825

de eventos referentes à trajetória do usuário nos serviços de atenção básica e especializada.

A metodologia na parte qualitativa irá utilizar três heurísticas complementares: grupos focais com profissionais e usuários; análise de prontuários; e o delineamento de itinerários terapêuticos singulares por meio de entrevistas em profundidade. O número de entrevistas a serem realizadas será definido a partir do fechamento amostral por saturação teórica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1 - Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Objetivo Secundário:

1-Realizar estudo exploratório sobre redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas, mediante dados secundários disponíveis para desenvolver a amostragem e a definição de variáveis para a coleta de dados primários das distintas portas de entrada (Atenção básica à saúde), focado na forma de funcionamento e da qualidade da assistência à saúde;

2-Identificar variáveis de contexto e de implementação da atenção integral e territorializada de cobertura a agravos mais prevalentes e a relação com a resposta à demanda espontânea;

3-Avaliar a articulação entre as redes de atenção básica e especializada, incluindo o apoio matricial;

4-Analisar demanda, acesso e estratégias de atendimento na atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foi apresentado nenhum tipo de intervenção invasiva ou que provoque danos. Afirma-se que na eventualidade de algum constrangimento decorrente das situações de inquérito, entrevista ou grupo focal, será disponibilizado apoio psicológico ou psiquiátrico oportuno aos participantes. A pesquisa não apresenta benefícios diretos para os participantes, mas a pesquisa se apresenta como "produção de conhecimentos para melhorar a qualidade da atenção e gestão dos serviços de saúde do SUS".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente, tem valor científico e relevância social. A metodologia está adequada aos benefícios. As medidas protetoras propostas estão apropriadas à vulnerabilidade dos sujeitos. Os

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.240.825

benefícios superam largamente a possibilidade de risco para os participantes da pesquisa. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

Cronograma foi atualizado. O pesquisador informa que não iniciará a coleta dos dados antes da emissão do parecer de aprovado deste CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.240.825

Outros	anuência sms fortaleza.pdf	06/03/2015 15:29:58		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	10/03/2015 15:33:57		Aceito
Outros	questionário CA MAMA.pdf	10/03/2015 15:39:01		Aceito
Outros	questionário gravidez alto risco.pdf	10/03/2015 15:40:52		Aceito
Outros	questionário HAS.pdf	10/03/2015 15:44:24		Aceito
Outros	questionário SAÚDE MENTAL.pdf	10/03/2015 15:44:42		Aceito
Outros	Autorização Campinas.pdf	10/03/2015 15:55:41		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_397288.pdf	10/03/2015 16:29:53		Aceito
Outros	anuência sms porto alegre.pdf	18/03/2015 18:32:37		Aceito
Outros	anuência sms são paulo.pdf	18/03/2015 18:33:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2 - profissionais.pdf	18/03/2015 18:33:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência Alcides.pdf	05/04/2015 15:50:33		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência M.Salete.pdf	05/04/2015 15:51:01		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência Tanaka.pdf	05/04/2015 15:51:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_397288.pdf	05/04/2015 16:19:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-usuários (2a versão).pdf	27/05/2015 19:17:02		Aceito
Outros	anuência unifor.pdf	28/05/2015 12:06:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado - 01.06.15.pdf	01/06/2015 16:25:40		Aceito
Outros	carta cep unicamp.pdf	01/06/2015 16:42:59		Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	01/06/2015		Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.240.825

Básicas do Projeto	ETO_397288.pdf	16:52:58		Aceito
Outros	autorização sms porto alegre - GRSS.pdf	04/08/2015 08:13:05		Aceito
Outros	autorização sms porto alegre - CGAPSES.pdf	04/08/2015 08:13:58		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_549541 E1.pdf	04/08/2015 08:17:31		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_549541 E1.pdf	05/08/2015 15:05:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Setembro de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

8.2.3 Aprovação para execução da traçadora câncer de mama no CEP/HSL.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS /
SOCIEDADE BENEFICENTE DE
SENHORAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO MULTICÊNTRICO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

Pesquisador: Gastão Wagner de Sousa Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43716515.7.3007.5461

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.695.243

Apresentação do Projeto:

Apesar de bastante valorizada, em particular a partir dos anos 70, a estratégia de atenção primária à saúde continua gerando polêmica quanto à sua implantação, sobretudo em busca de viabilidade para os sistemas de saúde como um todo (Starfield, 2002; Testa, 1993) e também em relação à eficácia de suas práticas. No Brasil, apesar da adoção, nas últimas décadas, como política oficial, da Estratégia de Saúde da Família, mudanças no tecido social e tentativas concretas de diversos governos de estender o acesso, obrigam-nos, hoje, a reexaminar de modo sistemático a atenção básica à saúde. Uma dessas questões diz respeito à extensão da ABS para mais de 90% dos brasileiros, isto se a pensarmos, conforme a tradição dos sistemas públicos e universais de saúde, como um recurso central para a concretização do direito à saúde. A atenção primária, para assegurar viabilidade do SUS, precisa ter qualidade e extensão universal. Entretanto, podemos combinar universalidade com a construção da equidade, pensando na condição vulnerável da maioria do país. Nesse sentido, não há como desconsiderar a conformação da vida social nas regiões periféricas das grandes cidades brasileiras no contemporâneo. Violência, exclusão e novas formas de sociabilidade indicam a necessidade de novas estratégias de aproximação com essas comunidades: "Um contexto em que vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) significam outra coisa e não a que estamos acostumados a entender. Desejamos destacar a intensidade dessa

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.409-000

Telefone: (11)3394-5701

E-mail: cepesq@hsl.org.br

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS / SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS

Continuação do Parecer: 1.695.243

experiência e a sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas" (Onocko Campos, 2005a: p.579). Nos últimos anos, vem se consolidando a linha de investigação denominada de "inovações tecnológicas em saúde" (Guimarães, 2004). No entanto, há relativamente poucos estudos sobre o impacto de arranjos de gestão ou da organização da atenção à saúde. Este projeto visa contribuir para incrementar as informações disponíveis sobre tais arranjos do SUS. Entende-se que, para esse sistema atender suas atribuições constitucionais, é necessário haver pesquisas sobre o modo como vem ocorrendo a sua implantação, bem como sobre os resultados que estão sendo obtidos, principalmente no que diz respeito à incorporação de tecnologias de política e de gestão (modelo de cuidados, cogestão, processo de trabalho, formas de acesso, etc.) (Campos, 1991). A discussão a respeito dos rumos e do financiamento dos sistemas de saúde ocorre desde meados do século XX em alguns países da Europa e da América que optaram por implementar políticas públicas que assegurassem direito à saúde. A partir do Relatório Dawson Inglaterra, 1920 (Moraes Novaes, 1990) e das experiências pioneiras da Grã-Bretanha, Suécia e URSS, constituiu-se uma doutrina que difundiu alguns arranjos de gestão por todo o mundo. Mediante financiamento público, recomendava-se a construção de sistemas públicos de saúde, organizados segundo algumas diretrizes: universalidade de acesso, busca da equidade e da integralidade da atenção. O modelo preconizado para alcançar essas diretrizes era o da hierarquização e regionalização de uma rede de serviços com distintas complexidades, com ênfase na constituição de ampla rede de atenção primária e na ampliação da capacidade de promoção à saúde. Com a Conferência de Alma Ata, em 1978, foi alcançado um consenso de que a Atenção Primária seria definida como uma estratégia fundamental e porta de entrada do sistema (Starfield, 2002). A partir de então, afirma-se que a Atenção Básica deve resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os sistemas de saúde precisam ser reorganizados, tendo a Atenção Básica integrada em rede com serviços especializados para assegurar atendimento às necessidades de saúde. Vários estudos mostram que, nos países em que o sistema de atenção primária atua adequadamente, há considerável melhora de indicadores de saúde com redução relativa dos custos. Essa associação é mais forte quanto mais a atenção primária é tratada como parte fundamental da Política de Saúde, assumindo a função de porta de entrada para o sistema como um todo e não como recurso residual para populações carentes (Starfield, 2002; Testa, 1993). A proposta brasileira de Sistema Único de Saúde filia-se a essa tradição (Brasil, 1988; 1990) e, segundo dados do Ministério da Saúde, ao longo dos últimos 10

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3394-5701

CEP: 01.409-000

E-mail: cepesq@hsl.org.br

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS / SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS

Continuação do Parecer: 1.695.243

anos houve um aumento dos recursos destinados à atenção básica, que passaram de aproximadamente dois bilhões e duzentos milhões no ano de 2000 para mais de 12 bilhões em 2012. Destaca-se o aumento deste financiamento, embora ele represente, ainda hoje, menos de 20% do orçamento destinado à saúde no ano de 2012. Além disso, a atenção básica no Brasil passou por uma ampliação do seu conceito, extrapolando a compreensão que se tinha no início desta política. Com a publicação do PNAB (Plano Nacional de Atenção Básica) de 2012, articula-se a Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, a partir da inclusão de equipes de Atenção Básica para a população de rua (Consultórios na Rua), criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ampliação do número de municípios que podem implantar NASF, a inclusão do Programa Saúde na Escola (PSE) e das Academias da Saúde. Apesar da equipe de saúde da família continuar sendo o eixo central da atenção básica, ampliou-se a concepção para uma atenção básica em rede, composta de diversos equipamentos de saúde. Essa questão ressalta a importância de estudos avaliativos de arranjos, dispositivos e estratégias como subsídio às formas organizativas em redes, onde a interação entre estes diversos equipamentos entra em evidência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Objetivo Secundário:

1-Realizar estudo exploratório sobre redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas, mediante dados secundários disponíveis para desenvolver a amostragem e a definição de variáveis para a coleta de dados primários das distintas portas de entrada (Atenção básica à saúde), focado na forma de funcionamento e da qualidade da assistência à saúde; 2-Identificar variáveis de contexto e de implementação da atenção integral e territorializada de cobertura a agravos mais prevalentes e a relação com a resposta à demanda espontânea; 3-Avaliar a articulação entre as redes de atenção básica e especializada, incluindo o apoio matricial; 4-Analisar demanda, acesso e estratégias de atendimento na atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não apresenta nenhum tipo de intervenção invasiva ou que provoque danos. Na eventualidade de algum constrangimento decorrente das situações de

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3394-5701

E-mail: cepesq@hsl.org.br

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS / SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS

Continuação do Parecer: 1.695.243

inquérito, entrevista ou grupo focal, será disponibilizado apoio psicológico ou psiquiátrico oportuno aos participantes.

Benefícios:

Os benefícios indiretos aos participantes referem-se à produção de conhecimentos que possam melhorar a qualidade da atenção e gestão dos serviços de saúde do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está claramente descrito e delineado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação apresentada conforme legislação vigente e normas da instituição.

Recomendações:

Foi solicitado esclarecimento quanto ao plano de amostragem e pacientes a serem recrutadas no hospital. O questionamento foi respondido de maneira satisfatória por e-mail pelo pesquisador, e o documento será arquivado com o processo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O questionamento foi respondido de maneira satisfatória por e-mail pelo pesquisador, e o documento será arquivado com o processo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_752635 E4.pdf	04/07/2016 15:19:36		Aceito
Outros	carta_CEP_emenda_04_07_16.pdf	04/07/2016 15:17:41	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_hosp_sirio_libanes.pdf	04/07/2016 15:06:45	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HCPA_Declaracao_Coparticipacao.PDF	10/12/2015 16:18:21	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Pesquisadores	HCPA_Anuencia_responsavel_ODALCI.pdf	10/12/2015 16:17:32	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Outros	HCPA_delegacao_pesquisa.pdf	10/12/2015 16:16:33	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-5701

E-mail: cepesq@hsl.org.br

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS / SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS

Continuação do Parecer: 1.695.243

Declaração de Pesquisadores	HCPA_AUTORIZACAO_PARTICIPACAO_Odalci.pdf	10/12/2015 16:15:54	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	HCPA_TCLE.pdf	10/12/2015 16:15:11	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_Mario_Gatti_gerencia_oncologia.pdf	10/11/2015 16:18:32	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_Mario_Gatti_presidente.pdf	10/11/2015 16:17:58	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_Mario_Gatti_ambulatorio.pdf	10/11/2015 16:17:32	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Hosp_Mario_Gatti_participacao_Jose_Mauricio_Oliveira.pdf	10/11/2015 16:16:33	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	centro_participante_PUCC_participacao_Aguinaldo_Goncalves.pdf	10/11/2015 16:14:41	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participacao_Dario_Pasche.pdf	10/11/2015 16:10:30	Carlos Eduardo Menezes Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorização sms porto alegre - CGAPSES.pdf	04/08/2015 08:13:58		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorização sms porto alegre - GRSS.pdf	04/08/2015 08:13:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado - 01.06.15.pdf	01/06/2015 16:25:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuência unifor.pdf	28/05/2015 12:06:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-usuários (2a versão).pdf	27/05/2015 19:17:02		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência Tanaka.pdf	05/04/2015 15:51:26		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência M.Salete.pdf	05/04/2015 15:51:01		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração anuência Alcides.pdf	05/04/2015 15:50:33		Aceito

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-5701

E-mail: cepesq@hsl.org.br

**HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS /
SOCIEDADE BENEFICENTE DE
SENHORAS**

Continuação do Parecer: 1.695.243

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2 - profissionais.pdf	18/03/2015 18:33:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuência sms são paulo.pdf	18/03/2015 18:33:00		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuência sms porto alegre.pdf	18/03/2015 18:32:37		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização Campinas.pdf	10/03/2015 15:55:41		Aceito
Outros	questionário SAÚDE MENTAL.pdf	10/03/2015 15:44:42		Aceito
Outros	questionário HAS.pdf	10/03/2015 15:44:24		Aceito
Outros	questionário gravidez alto risco.pdf	10/03/2015 15:40:52		Aceito
Outros	questionário CA MAMA.pdf	10/03/2015 15:39:01		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	10/03/2015 15:33:57		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuência sms fortaleza.pdf	06/03/2015 15:29:58		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2016

**Assinado por:
Bernardo Garicochea
(Coordenador)**

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316 - 7º andar

Bairro: Jardim Paulista

CEP: 01.409-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-5701

E-mail: cepsq@hsl.org.br