

**LAÍS MARIA VAZ RAMOS SANTOS**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

**MILENE PEREIRA DE SOUZA SANTOS**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

**MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCES**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

**JAIRROSE NASCIMENTO SOUZA**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

**MARCIO COSTA DE SOUZA**

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,  
Salvador, BA, Brasil.*

*Recebido em janeiro de 2021.*

*Aprovado em maio de 2021.*

## BARREIRAS DE ACESSO EM MULHERES QUE VIVEM COM CÂNCER DE MAMA

### RESUMO

Objetivo analisar as barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama em um Centro de Referência na Bahia. Método: abordagem qualitativa de natureza exploratória realizada em 11 mulheres diagnosticadas com Câncer de Mama, atendidas em um Centro de Referência de Oncologia. Os dados das entrevistas foram obtidos através de entrevista semiestruturada. A interpretação dos dados foi baseada na análise de conteúdo. Resultados: As barreiras de acesso geográfico, econômico, funcional e comunicacional estão presentes no cotidiano das mulheres estudadas que buscam os cuidados necessários para atender suas necessidades de saúde. Conclusões: Foi evidenciado que estas barreiras interferem diretamente no cuidado em saúde e que há uma necessidade de qualificar a oferta dos serviços de saúde por meio das redes de atenção e os trabalhadores de saúde.

**Palavras-Chave:** assistência centrada no paciente; neoplasias de mama; acesso aos serviços de saúde.

## BARRIERS OF ACCESS IN WOMEN LIVING WITH BREAST CANCER

### ABSTRACT

Aim: to analyze access barriers in women living with breast cancer in a Reference Center in Bahia. Method: qualitative approach of exploratory nature carried out in 11 women diagnosed with Breast Cancer, attended at an Oncology Reference Center. The interview data were obtained through a semi-structured script. Data interpretation was based on content analysis. Results: The barriers of geographic, economic, functional and communicational access are present in the daily lives of the women studied who seek the necessary care to meet their health needs. Conclusions: It was evidenced that these barriers directly interfere in health care and that there is a need to qualify the offer of health services through the health care networks and health workers.

**Keywords:** patient-centered care; breast neoplasms; health services accessibility.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições de saúde, que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas dimensões, tem uma alta prevalência e com uma coexistência de determinantes socioculturais e biológicos, que pode gerar diversas incapacidades exige uma atenção interprofissional com articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), além de um protagonismo das pessoas que vivem esta realidade, além de um protagonismo essencial da comunidade e da família (BRASIL, 2014).

Entre os eixos temáticos priorizados na organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que são compostos pelas doenças de maior prevalência, está o câncer (de mama e colo de útero). O Câncer (CA) de mama é considerado como um problema de saúde pública, o qual se apresenta como a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. As estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de CA de mama feminina, no Brasil é de 66.280 casos, e na Bahia é de 3.460 casos, uma taxa bruta de incidência de 43,84 para cada 100 mil habitantes no estado, e 74,64 na capital (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020).

No percurso do itinerário terapêutico em busca do cuidado, às mulheres afetadas por esta neoplasia, usuárias do SUS, podem se deparar com barreiras no acesso aos serviços de Saúde. Estudos caracterizam estas barreiras como geográfica, evidentes no desafio do deslocamento; funcional, expressa na dificuldade de resolutividade das unidades de saúde; econômica, definida pelos custos/despesas que surgem no processo relacionado com o cuidado; e o comunicacional, que se revela por meio da produção dos encontros entre os profissionais/usuários no processo do itinerário terapêutico, que são agravadas pelas questões raciais encontradas durante o itinerário que podem estar relacionadas dessas usuárias (SOUZA; SOUZA, 2020; SOUZA et al, 2020a; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

No que diz respeito a discussão do acesso à saúde em países onde as desigualdades sociais são mais evidentes, existem até em sistemas universais como o do Brasil, existem obstáculos que interferem diretamente na resolução de problemas de saúde. Tratam-se das barreiras de acesso geográfico, econômico, funcional e comunicacional, fundamentais para a compreensão dos itinerários e a produção do cuidado (SOUZA; SOUZA, 2020; CASTELLANOS et al, 2016).

Nesse contexto, (re) conhecer como de fato o cuidado se constrói a partir das experiências das usuárias que vivem com o CA de mama, e como se constituem as linhas de cuidado conectando com a trajetória destas mulheres e seus percalços, se estabelecem como elementares para compreender. Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo analisar as barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama em um Centro de Referência na Bahia.

## METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo foi baseada na abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando a história de vida como estratégia. A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Referência Estadual na Bahia, localizado na cidade de Salvador-Bahia, de natureza pública e administrada pelo governo estadual.

Participou da pesquisa 11 entrevistadas, diagnosticadas e em tratamento no Centro de referência, seguindo o critério de saturação das informações. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado (NASCIMENTO et al., 2018). Entretanto, a saturação não deve ser utilizada com a lógica quantitativa ou como mero sinônimo do momento em que os dados se tornam repetitivos (OTANI et al., 2018), mas sim como ferramenta para o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação, colocando

esses diferentes aspectos à luz das teorias que fundamentam suas indagações (MINAYO, 2017).

Para a produção dos dados, foi utilizado como instrumento utilizado na pesquisa foi a entrevista semiestruturada. A entrevista foi elaborada contendo elementos que contemplem, além de dados pessoais, a trajetória dessas participantes dentro dos serviços de saúde, desde os primeiros sintomas até o tratamento da doença.

Durante a pesquisa, procurou-se reduzir o máximo possível os riscos às entrevistadas, evitando causar incômodos ou preocupações. Desse modo, as entrevistas foram aplicadas em ambientes favoráveis ao conforto e privacidade das participantes, sendo suspensa, ao perceber qualquer evidência de incomodidade.

Para a interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin adaptado por Minayo (2014). Todo o material coletado foi transcrito/digitado, com o intuito de organizar todo o material. Em seguida, realiza-se a classificação das falas por meio de sua compilação em núcleos de sentido extraídos e por conseguinte, a formação da categoria de análise denominada de: Barreiras de acesso e o câncer de mama em mulheres. Por fim, esses dados foram analisados e correlacionados com o referencial científico encontrado pela pesquisadora, a fim de replicar a questão norteadora.

Portanto, para a realização da pesquisa, após autorização da instituição de saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o número do CAAE 26049219.7.0000.0057, e em seguida, os dados foram coletados posteriormente à elucidação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### BARREIRAS DE ACESSO E O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES

Segundo Reis et al. (2017), acessibilidade geográfica diz respeito à adequação da localização dos serviços de saúde em relação à localização dos usuários, levando em conta distância, meios de transporte e tempo de deslocamento. É imprescindível para se avançar na consolidação do SUS, apoiando a gestão municipal no planejamento da ampliação de cobertura da estratégia de Saúde da Família nos próximos anos e na reorganização dos serviços de saúde em nível local, para garantir este acesso. (OLIVEIRA et al., 2019).

Entretanto, discutir as barreiras geográficas estão para além das distâncias percorridas até o destino de tratamento, trata-se de uma realidade gênese de diversas outras dificuldades, de natureza financeira, física (cansaço) e psicológica, que estabeleçam uma necessidade de acompanhamento por algum familiar ou amigo, retardo no diagnóstico e início do tratamento, implicando na sua eficácia.

No que tange a temática do deslocamento até o serviço de saúde, nota-se que todas as entrevistadas apresentavam a dificuldade, conforme as falas abaixo,

(O que achou mais difícil) “mais achei foi... foi assim... de locomover, porque eu não podia pegar ônibus assim... porque durante 6 meses eu fiquei pagando transporte... POP, então pra ir e voltar, tá indo e voltando... às vezes que eu conseguia assim... uma amiga da minha filha, pegar o carro do pai delas lá, pra poder me levar... e... é despesa né? (Entrevistada 7).

[...] a gente pega UBER... é complicado viu? Tem essa questão, que a gente não sabe andar aqui direito... a gente chegou aqui também não sabe nem por onde andar... é caro... 15 reais... só que como a gente não sabe andar direito tem que pagar o UBER... é mais...” (Entrevistada 9).

Nestas falas fica evidenciado a barreira econômica enfrentada pelas entrevistadas para acesso ao cuidado. Diante do enfrentamento da doença, as mulheres ainda precisam custear muito das ações como o fato de deslocar, no entanto sabemos o quanto as desigualdades sociais estão presentes na sociedade brasileira, em especial, do Nordeste, o que pode interferir na resolutividade do cuidar (ALENCAR et al., 2020).

No enfrentamento do CA de mama, podemos perceber que a barreira econômica é um dos entraves mais relevantes, caracterizada pelas despesas arcadas pelos pacientes desde os primeiros sintomas em busca do diagnóstico, estendendo-se até o final do tratamento. Dificuldades financeiras atribuídas ao fato de as pacientes não possuírem renda, por não conseguirem continuar trabalhando durante o período de tratamento, por não ter vínculo empregatício, necessitando de suporte. Transtornos que poderiam ser evitados se as leis fossem aplicadas efetivamente e sem distinções.

Em relação a dificuldade por não residir no município de Salvador, lugar o qual concentra os serviços de saúde responsáveis no cuidado em saúde de mulheres que possuem CA de mama no estado, as entrevistadas 5 e 9 em suas falas relatam que,

Quando eu venho de Castro Alves, hoje mesmo eu vim de Castro Alves, cheguei aqui 6h, com o carro da Prefeitura e de Alagoinhas eu venho com o carro da Prefeitura, mas aí eu chego mais tarde, porque ele também sai de lá mais tarde. Aí chega aqui 8h, 8h30 (Entrevistada 5).

De acordo com Araújo (2018), o deslocamento para outra cidade, seja para realização de exames ou terapêuticas prescritas, acontece quando o município no qual essas mulheres residem não dispõe de todos os tipos de tratamento necessários ao combate do CA. Quando se pauta o processo saúde-doença, a rotina das viagens e a distância entre os municípios são relevantes na manutenção do bem-estar dos pacientes. Entre dificuldades para o transporte, acrescenta-se a frequência acentuada das viagens que ocasiona desgaste físico prejudicial à sobrevivência dos pacientes (ROCHA et al., 2017).

Desta forma, a necessidade de deslocar-se para se tratar é uma realidade das pessoas, que segundo Maia et al (2017), as mulheres que vivem com Câncer, são as que mais utilizam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), política pública brasileira criada para assistir pessoas nestas situações, o qual percebemos nas falas das entrevistadas 1 e 4 dificuldades, não só caracterizada como geográfica, mas também, econômica e funcional,

Menina, dificuldade eu com esse problema que eu achei foi só sobre a viagem até aqui, o transporte. Quando eu vou lá na prefeitura, quando chega o mês, antes eu tenho que ir lá, aí eu converso com a assistente social lá, aí as vezes fica dizendo: ah não tem carro, andei pagando passagem umas duas ou três vezes, assim às vezes que eu vou lá e diz ah não tenho passagem aí a gente já fica com um sentimento [...] (Entrevistada 1).

[...] você já perdeu sua noite toda ali no carro, e quando eu tenho que ir pra casa, aí eu tenho que tá ligando pra regulação pra ver se tem vaga pra poder eu retornar e às vezes não tem [...] ah não tem não, entendeu? (Entrevistada 4).

A situação decorrente dos fluxos longínquos para o atendimento especializado no interior do país revela apenas uma dimensão desse processo no cuidar. A eficácia do tratamento é algo que cresce como demanda para múltiplas doenças e agravos acometidos, assim como também cresce o número de pacientes. Nota-se nas falas que as participantes apresentam a desorganização entre o agendamento/atendimento das consultas e procedimentos e o serviço de transporte. Torna-se, portanto, nítido, um descompromisso público com o cidadão decorrente da desorganização na oferta logística para o deslocamento em condições adequadas. Entretanto, as narrativas revelam uma necessidade social perante o contexto assistencial possível (ROCHA et al., 2017).

Neste momento, percebe-se que as barreiras geográficas e funcional se conectam, e, no mesmo momento, agem na interrupção do cuidado, como é evidenciado na fala abaixo,

Eu marquei pelo SUS aqui em Salvador, mas eu só consegui fazer lá em São Francisco... aqui... num chegava a marcar, porque tinha que aguardar é... regulação, num sei que [...] e nunca tinha data pra fazer a USG (Entrevistada 11).

Observa-se que os empecilhos para o cuidado desta mulher estão relacionados com a marcação do procedimento, que mesmo ela tendo o acompanhamento e moradia na

capital baiana, a regulação de procedimentos aparece como um óbice, e assim partilhava o cuidado na cidade de origem e na cidade em que trabalhava, o qual conseguiu realizar o exame. A funcionalidade reflete a existência dos serviços e recursos de saúde em quantidade e qualidade apropriadas às necessidades dos usuários e a maneira pela qual os recursos são organizados para atender aos usuários (OLIVEIRA et al., 2019). Há evidências que mesmo com a construção de redes de cuidado, e no que tange a linha de cuidado do CA ser uma prioridade, na prática há ainda uma fragmentação dos procedimentos que interferem diretamente na resolutividade para o cuidado integral, caracterizando assim, mais uma barreira de acesso neste itinerário terapêutico.

Citando Alencar et al. (2020), os relatos de procura pelo serviço de saúde mostram a fragilidade do serviço público em ofertar acessibilidade, para realização de consultas e exames especializados em tempo oportuno, no qual se faz direito do usuário. Dessa forma, o sistema de referência e contrarreferência, que deveria atuar como mediador na conexão entre os pontos da rede assistencial passa a funcionar, em várias circunstâncias, como empecilho à agilidade do processo (GOLDMAN et al., 2019).

Estas dificuldades de deslocamento relatadas, como consequência, proporcionam às cidadãs viagens longas, desconfortáveis e sem organização para o atendimento agendado, o que pode ofertar um acesso qualificado para o transporte dos municípios para os serviços de saúde. Destarte, isto pode causar um impacto expressivo nas condições físicas e psicológicas, por gerar exaustão, ansiedade e incertezas a essas mulheres, obstaculizando assim, uma resposta positiva ao tratamento.

Ainda sobre a barreira de acesso geográfica e acrescendo da econômica e funcional, existem dificuldades que se apresentam a partir do fracionamento do cuidado em locais de tratamento diferentes, representado nas falas das entrevistadas 10 abaixo,

[...] transporte é muito difícil... muito difícil... muito caro... e assim...às vezes a gente tem 3 consultas no mesmo dia... uma em um lugar, uma em outro hospital e outra em lugar diferente, tudo no mesmo dia, então se a gente for fazer isso de ônibus não faz! (Entrevistada 10).

Aí eu demorei pra fazer (o exame), porque a máquina estava quebrada...(perguntei quanto tempo) e ela disse, demorei uns dois meses pra fazer[...] Foi em agosto que eu fui nela (ginecologista), aí passou e eu fui e ela mandou eu fazer a mamografia e a USG numa clínica lá em São Cristóvão mesmo, aí a gente teve que pagar pra adiantar mais rápido, aí a gente foi, fez USG e a mamografia [...] No posto não tinha previsão pra chegar, se demorasse mais... aí a gente ficou com medo, aí a gente foi logo na clínica particular, aí a gente fez (Entrevistada 3).

Em mais um momento, a barreira geográfica é presente no cotidiano de todas as entrevistadas, seja por algumas não morarem no município no qual os serviços de referência são ofertados, seja pelo seu deslocamento até o local de tratamento. Os procedimentos terapêuticos do CA de mama são dispersados em duas ou mais unidades de referência custeadas pelo SUS, trazendo assim também a barreira funcional, então as usuárias, as quais deslocam-se em transportes coletivos, precisam em um só dia, realizar os procedimentos essenciais no tratamento da doença necessitando de transporte particular para corresponder aos horários em cada unidade, gerando assim, além do desgaste físico e psicológico, uma despesa evitável, ou seja, adicionando a barreira econômica, já que nem todas as pacientes possuem recursos para arcar com esse gasto.

O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela distância e tempo que se deve percorrer e pelo seu custo para esse deslocamento (AQUINO et al., 2018). Observa-se que os serviços de saúde atuam de forma articulada na rede de atenção ainda em um processo incipiente, o que resulta em um cuidado fragmentado, portanto, destaca-se a necessidade do fortalecimento da RAS, que visa à integralidade no cuidado, o que permitirá atenção à saúde contínua, respondendo às necessidades e singularidades de cada ser (BANDEIRA et al., 2020). Rosa et al., (2016), relatam que os movimentos de regionalização precisam ser revistos levando em conta a necessidade de produzir diferentes arranjos de serviços, que sejam capazes de minimizar as desigualdades socioeconômicas e as barreiras geográficas.

Analisando a fala da entrevistada 6, fica evidenciado que os profissionais de saúde a orientaram de forma equivocada, fazendo-a recorrer a outras unidades à procura de cuidado e na produção de itinerários ineficazes, causando assim, morosidade do diagnóstico e conseqüentemente, demora no tratamento, além das despesas desnecessárias.

Eu fui fazer a USG aí na USG mesmo o médico falou que não era pra eu ficar preocupada, porque pelo aspecto era isso, e era assim e era assado... e... também quando eu vim para aqui, fazer a triagem, eles me liberaram e falaram assim - esse hospital aqui é pra tratar a pessoa com câncer, que não é o seu caso [...] então eu fui pro Hospital da Mulher e lá no Hospital da Mulher, quando eu fiz a punção, a biópsia aí deu o nódulo maligno (Entrevistada 6).

Considerando a complexidade do câncer e a necessidade de constante apoio dos profissionais de saúde, a comunicação que se estabelece no relacionamento profissional-usuária, é considerada um dos principais núcleos do cuidado em oncologia, o encontro como estratégia de produção ética e estética no cuidar (SEIXAS et al, 2019; OTANI et al., 2018). Por isso, uma barreira comunicacional que impede a produção de vínculo durante os encontros para o cuidado e, conseqüentemente, um acolhimento holístico e inclusivo, interfere de forma negativa no diagnóstico, tratamento e prognóstico dos mesmos (MARQUES et al, 2020).

Os profissionais de saúde devem agregar o conhecimento técnico, as estratégias de comunicação terapêutica, evitando trocas pouco eficazes (TORRES et al, 2018), e compreender as características de cada um, de forma a facilitar a comunicação das necessidades de cada pessoa. Depreende-se que a comunicação constitui uma dimensão central do cuidado em situações de doenças graves ou de longa duração e que investimentos ainda são necessários, especialmente no que se refere à formação acadêmica e educação permanente dos profissionais de saúde (OTANI et al., 2018).

Através da fala das entrevistadas 10, percebe-se que as mesmas se queixam da postura dos profissionais ao comunicarem-se com elas, desconsiderando a complexidade do ser humano, com sua vulnerabilidade, sensibilidade, dúvidas, incertezas, diante do diagnóstico do CA de mama, além do direito de estar inteirado das possibilidades do seu tratamento,

A dra., no Hospital, se recusava... a... me deixar fazer o tratamento aqui mesmo, porque achou que eu não precisava do Herceptin e que o outro Hospital não tinha que me empurrar para aqui! Então eu fui transferida e retransferida daqui para um outro Hospital Mulher 4 vezes! (Entrevistada 10).

Essas entrevistadas mencionaram a ausência do trabalho afetivo, no qual os profissionais cuidam sem perceber a subjetividade e necessidades do paciente, que podem causar efeitos no cuidado, como ruídos de comunicação, no vínculo da usuária com a equipe e até mesmo a sensação de “morrer”. Pode-se notar que a desconfiança tendeu a aumentar quando a equipe de saúde não incluiu o paciente como participante do planejamento do seu próprio tratamento, sem dar espaço para que pudessem se expressar, abrindo assim, uma brecha para fantasias e questões sem respostas (SOUZA et al., 2020b; SEIXAS et al, 2019).

No Brasil existem dispositivos legais que tratam do acesso e buscam garantir a atenção integral à população, para o diagnóstico e o tratamento do CA, em tempo oportuno e de forma estruturada e hierarquizada (AQUINO et al., 2018). Entretanto, uma sociedade que exclui parte expressiva de seus membros do acesso aos benefícios sociais e econômicos por ela produzidos, não há o que surpreender as dificuldades apresentadas nesta pesquisa, conseqüentemente, o tratamento ofertado é reflexo da construção desigual da nossa população, assim, não há respeito quando uma cidadã adocece e/ou necessita de cuidados especiais. Falar em direito à saúde está inerente ao direito à vida, ao estado pleno de sua integralidade (SONOBE et al., 2011).

Ainda citando a entrevistada 10, na fala a seguir,

A gerente de lá da clínica que eu fiz a USG, me chamou na sala [...] disse que ia ficar tudo bem [...], mas porque eu não pagava [...] logo uma consulta com o mastologista, pra ela me encaminhar pro Aristides Maltez? [...] E aí eu disse-me encaminhar? E ela me encaminharia? Porque me disseram que eu tenho que chegar [...] uma hora da manhã pra conseguir uma ficha. E aí ela disse pra mim - ela te encaminharia com certeza! Porque ela trabalha lá, ela é mastologista de lá! Aí eu disse - porque eu já estou sem dinheiro [...] ela disse - você tem um cartão? Aí eu disse - tenho. Ela disse - então eu divido pra você [...] E aí eu entrei na sala dessa médica [...] e ela virou pra mim e disse [...] tá feio [...] você tem que ir para o Aristides Maltez, pra dar entrada lá [...] agora, você tem que chegar lá muito cedo, porque senão você não consegue ficha! Foi por isso que eu paguei cento e poucos reais... pra ouvir a mesma coisa, então eu me senti muito...bem lesada (Entrevistada 10).

Revela-se neste diálogo a falta de ética profissional, o descaso e a falta de empatia no comportamento desta profissional (gerente de uma clínica privada) para com a usuária, mulher portadora de CA de mama, castigada pelas preocupações, medos e indefinições em relação a seu futuro. Fica evidente a dificuldade financeira no caso desta usuária quando se queixa de não poder assumir tal despesa com a mastologista e a gerente insiste, sugerindo que ela pague com o cartão, que foi realizado e parcelado em duas vezes. A situação agrava-se quando a entrevistada recebe da mastologista a informação de que ela terá que procurar a unidade de referência indicada, enfrentando toda a burocracia, filas e, para isso, precisando chegar muito cedo.

A disputa entre lógicas e objetivos diferenciados nesse mix público-privado evidencia uma dualidade: um projeto de saúde universal convive com outro, da indústria de seguros e do tradicional complexo médico-industrial (GOMES; RAMOS, 2015). Os prestadores privados de serviço, muitas vezes em uma dupla militância entre o público e o privado, também são responsáveis pela regulação do acesso. As mesmas pessoas, com os mesmos protocolos, atuando no público e no privado, fazendo uma passagem livre de uma rede para a outra e produzindo regulações dentro do próprio SUS. Isso se relaciona com uma certa visão de “fidelização” da pessoa com CA, que gera lucros para as instituições. Esta dupla identidade nos faz pensar que estas entidades de natureza privada se tornam públicas e as públicas foram privatizadas, sem a população em geral ter noção dessa situação, o que nos faz questionar sobre o papel do Estado em sua dimensão regulatória e de produção de equidade (ROSA et al., 2016).

Quando analisamos as falas das entrevistadas, na sua totalidade, percebemos que de forma generalizada as experiências das mulheres entrevistadas relatam dificuldades com o acesso ao cuidado, porém, mesmo sem ter a preocupação em relação a cor da pele, parece ser algo implícito na produção das barreiras. Reafirmando aqui, que das 11 entrevistadas, apenas 4 não se autodeclararam negras ou pardas, contudo, dentre as 7 que responderam, 4 declararam-se pardas e 3 negras. Considerando que, no Brasil, a desigualdade social construída por uma sociedade escravagista, expõe as mulheres negras a situações de vulnerabilidades, conseqüentemente ao adoecimento e morte (GOES; RAMOS; PEREIRA, 2020).

De acordo com Araújo (2009), o conceito dessa vulnerabilidade se relaciona com a produção de desigualdades que se refletem nas condições de inserção social, econômica, cultural e ambiental da população e que, por sua vez, determina a falta de equidade que leva os grupos, em desvantagem na sociedade, a sofrerem as conseqüências negativas de tal inserção.

Desta forma, as barreiras de acesso, sobretudo as geográficas e econômicas, revelam a grande desigualdade social que ainda existe, vestígio de uma construção social baseada no colonialismo com 350 anos de escravidão da população negra. A desigualdade racial é estruturante da desigualdade social brasileira (SOUZA; SOUZA, 2020).

Assim, a garantia ao acesso para o cuidado integral e a construção de vínculo entre sujeitos, por exemplo, são influenciados, entre outros fatores, pelo modo como as instituições, desde a instituição-pessoa até a sistêmica, prestam continência às necessidades de saúde individuais e coletivas. Considerando-se que, no exercício do cuidado, a produção de intersubjetividades está dialeticamente ligada à experiência da

realidade, o espaço social do cuidado é potencialmente robusto para gerar ressignificações e deflagrar a reflexão ético-política, tão cara à construção da tolerância, do respeito às diferenças e da solidariedade (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

As escolhas das mulheres durante o processo saúde/doença/cuidado expressam construções em um contexto amplo, envolvendo as experiências vivenciadas por cada pessoa durante seu itinerário de vida. O itinerário desenvolve-se num contexto abrangente, não é linear e não segue a formalização do Ministério da Saúde, extrapolando as RAS, sendo construído a partir das redes informais às quais a mulher pertence. É produzido a partir da necessidade do sujeito e das potencialidades do território (ARAÚJO, 2018).

Destarte, o deslocamento percorrido pelo indivíduo através do seu itinerário terapêutico faz com que a distância e a demora interfiram diretamente na busca ao serviço de saúde, assim como na adesão à terapêutica especializada, reduzindo a precocidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento (AQUINO et al. 2018). De acordo com Otani et al (2018), apreender a realidade com sensibilidade para identificar os sentimentos e as vivências do outro, é um requisito essencial no processo do cuidar e tem como consequência a solidariedade. Para isso, é importante o desenvolvimento da empatia, desde o período de formação, para que o profissional possa compreender a condição psíquica e social do paciente, além da construção de espaços de educação permanente que estimulem uma (re) formação de trabalhadores de saúde capazes de olhar de forma subjetiva, integral e singular o cuidado (SOUSA et al, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega-se à conclusão de que as mulheres em situação de adoecimento, acometidas de CA de mama expõem-se às barreiras de acesso ao cuidado de natureza geográfica, econômica, funcional e comunicacional, no qual estas estão fortemente conectadas, ou seja, estão interligadas que amplia a dificuldade experienciada, no entanto, as desigualdades sociais existentes neste país avultam a esta realidade no que tange a construção dos seus itinerários terapêuticos.

Para além disso, deparam-se, com trabalhadores que não demonstram empatia, ética e afetividade no encontro para o cuidado dessas mulheres em situação de risco. Para tanto, é necessário que espaços de educação permanente sejam construídos para a qualificação dos trabalhadores, para estabelecer estratégias capazes de acolher e cuidar integralmente esta situação de saúde enfrentada.

Importante destacar que, o sistema de saúde necessita de melhor organização para prestar um serviço eficaz, menos burocrático, que está garantido em leis e documentos oficiais, ressaltando-se que o sistema de saúde foi construído de maneira a fornecer um cuidado efetivo e integral, entretanto na prática possui muitos percalços, maximizando assim, o enredamento dessas usuárias levando-as a uma luta intensa para garantir seu tratamento e recuperação.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. P. A. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. *Brazilian Journal Of Development*, v. 6, n. 6, p. 42023-42035, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n6-659>.
- AQUINO, R. C. A. et al. Therapeutic itinerary and access to health services in cases of oral cancer deaths. *Revista Cefac*, v. 20, n. 5, p. 595-603, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820515017>.
- ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000400012>.

ARAÚJO, L. S. F. Itinerários no cuidado à saúde de mulheres com câncer de mama e suas expressões. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 90. 2018.

BANDEIRA, L. R. et al. Atenção integral fragmentada a pessoa estomizada na rede de atenção à saúde. Escola Anna Nery, v. 24, n. 3, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0297>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. Acessibilidade, experiência de enfermidade e itinerário terapêutico de diabéticos: percepções de moradores e profissionais de saúde de um distrito sanitário de Salvador, Bahia. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS / UERJ / ABRASCO, 2016.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, e00278110, 2020. DOI: [10.1590/1981-7746-so100278](https://doi.org/10.1590/1981-7746-so100278).

GOLDMAN, R. E. et al. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 1, p. 274-281, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 52, p. 9-20, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0412>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MAIA, E. M. O. Caracterização dos pacientes oncológicos em uso do tratamento fora do domicílio. Revista Ciência & Saberes-UniFacema, v. 3, n. 2, p. 472-476, 2017.

MARQUES, Y. F. F. et al. Relação médico-paciente durante a entrevista clínica: percepção do surdo. Inovale, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.29327/515133.1.1-2>.

MASSIGAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 3, p. 541-544, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300020>

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with school children. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do sistema único de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 11, p. 49-60, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120718>.

OTANI, M. A. P. et al. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. Revista Nursing, v. 21, n. 242, p. 2272-2276, 2018.

REIS, S. P. et al. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 1, p. 141-148, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100015>.

ROCHA, G. O. S. et al. Deslocamento de usuários do sistema único de saúde para atendimento especializado no interior nordestino. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 16, n. 2, p. 12-25, 2017.

ROSA, N. S. F. et al. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - Livro 2*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 92-101.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, e170627, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.70627>.

SONOBE, H. M. et al. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 342-348, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000200006>.

SOUZA, M. C. et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 11, e4096, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4096.2020>

SOUZA, M. C. et al. Production of Interprofessional Care for the Person with Oncological Disease: A Study on the Patient's Perspective. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, v. 29, n. 3, p. 22413-22418, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.29.004797>.

SOUZA, M. C; SOUZA, J. N. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, v. 31, n. 4, p. 24327-24329, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125>.

TORRES, G. M. C. et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 38, n. 4, e2016-0066, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>.