



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Sousa, Samara Maria Moura Teixeira; Carvalho, Maria das Graças Freire de Medeiros; Santos, Luiz Ayrton; Mariano, Sarah Borges Carolina

Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama

Saúde em Debate, vol. 43, núm. 122, 2019, Julho-Setembro, pp. 727-741

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369178007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama

Access to treatment of women with breast cancer

Samara Maria Moura Teixeira Sousa¹, Maria das Graças Freire de Medeiros Carvalho¹, Luiz Ayrton Santos Júnior¹, Sarah Borges Carolina Mariano¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912206

RESUMO O objetivo do estudo foi caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama no estado do Piauí, Brasil. Estudo transversal analítico, desenvolvido em duas instituições hospitalares de referência, no período de janeiro a junho de 2018. A população compreendeu mulheres diagnosticadas com câncer de mama que realizaram tratamento no período de 2016 a 2017. A amostra foi de 155 participantes. A amostragem foi estratificada proporcional. Os dados foram processados no IBM® SPSS®, e calculadas estatísticas uni e bivariadas. Constatou-se que o tempo para o tratamento foi de, em média, 112,7 ($\pm 93,6$) dias, variando de 12 a 550 dias ($\approx 18,3$ meses ou 1,5 anos), sendo que 71,6% das mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias do diagnóstico do câncer de mama. Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o atraso para início do tratamento e o território estadual de residência ($p=0,041$) e o estágio da doença ($p=0,037$). Dessa forma, o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo como preconizado. Ressalta-se, portanto, a necessidade de uma maior organização dos serviços de saúde em rede, levando em conta as necessidades da população, por meio do atendimento em tempo oportuno.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da mulher. Neoplasias da mama. Acesso aos serviços de saúde. Terapêutica. Tempo para o tratamento.

ABSTRACT This study was aimed at characterizing the access to treatment of women diagnosed with breast cancer in the state of Piauí, Brazil. A cross-sectional analytical study was developed in two referral hospital institutions from January/2018 to June/2018. The population comprised women diagnosed with breast cancer who underwent treatment in the period from 2016 to 2017. The sample amounted to 155 participants. Sampling was proportionally stratified. The data was processed in IBM® SPSS®, and uni and bivariate statistics were calculated. It was noted that the average time for treatment was of 112.7 (± 93.6) days, varying from 12 to 550 days (≈ 18.3 months or 1.5 years), with 71.6 % of the women starting treatment within a period higher than 60 days following breast cancer diagnosis. Statistically significant associations were verified between the delay to start treatment and the state territory of residence ($p = 0.041$) and the disease stage ($p = 0.037$). The conclusion is that women are not having access to breast cancer treatment as recommended. Therefore, it is worth noting the need for greater organization in the network of health services, taking into account the needs of the population through timely health care.

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
samaraenfmoura@hotmail.com

KEYWORDS Women's health. Breast neoplasms. Health services accessibility. Therapeutics. Time-to-treatment.



Introdução

O câncer de mama compreende um problema de saúde pública mundial. O aumento da incidência de mortalidade de câncer de mama é diretamente proporcional às mudanças nos padrões demográficos, como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. O desafio é garantir o acesso equitativo e integral ao diagnóstico e ao tratamento da doença¹. Diante da estimativa crescente de casos de câncer, para que seja possível o diagnóstico e o tratamento precoce, devem ser considerados fatores desde a oferta de serviços até o acesso oportuno. Apesar dessa doença ser considerada de relativo bom prognóstico, quando diagnosticada e tratada oportunamente, a taxa de mortalidade (13,68/100.000) permanece elevada no Brasil, possivelmente, porque ela ainda é diagnosticada em estágios avançados², o que retoma a discussão sobre o acesso.

A literatura recente entende que acesso não é simplesmente a utilização do serviço de saúde, mas a utilização dos serviços de forma apropriada em momentos convenientes³. Ressalta-se a relação do acesso a serviços de saúde e equidade como a capacidade de organização dos sistemas de saúde para responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. É nessa relação íntima que se pode garantir a oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e às expectativas dos cidadãos⁴.

Assim, a política nacional para a prevenção e controle do câncer é então organizada no Brasil, de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde⁵.

Dessa forma, efetuação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com centralidade na atenção básica, tem como consequência a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade⁶.

Diante da necessidade de garantia do acesso ao tratamento de câncer, em 2012, foi sancionada a Lei nº 12.732 da Presidência da República,

a qual estabelece o tempo de 60 dias para o início do tratamento de câncer⁷.

Os dados obtidos, mediante o estudo, contribuirão para a organização dos serviços de atenção oncológica no estado do Piauí. Dessa forma, o objetivo deste estudo é caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama no território do Piauí, Brasil.

Métodos

Delineamento transversal analítico, desenvolvido em duas instituições hospitalares de referência para todo o estado do Piauí, localizadas na capital Teresina, no período de janeiro a junho de 2018. Considerando que o Piauí tem na rede de atenção oncológica do SUS 3 instituições, 1 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e 2 Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), a pesquisa foi desenvolvida no Cacon e em uma Unacon, ambos referência para todo o estado. A população do estudo compreendeu mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que realizaram tratamento no período de 2016 a 2017. Nesse período, foram registrados 1.040 casos novos de câncer de mama, segundo dados fornecidos diretamente pelo Hospital São Marcos (HSM) e pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI). Compuseram a amostra as mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: apresentar cadastro no sistema gestor e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Foram critérios de exclusão: não apresentar prontuário da paciente nem ser localizada após três tentativas de contato.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para determinação com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas, na qual N é o tamanho da população (1.040), p é a proporção populacional de ocorrência do evento, em que utilizou-se 13,66%, correspondente à média das prevalências de atraso no tratamento superior

a 60 dias identificadas na literatura⁵⁻⁸, Z é o ponto crítico da curva normal associado ao intervalo de confiança determinado de 95% (1,96) e E é o erro máximo de estimativa (5%). Assim, a amostra mínima necessária para o estudo foi de 155 participantes.

A amostragem foi estratificada proporcional, subdividindo-se a amostra entre as instituições com registro dos casos: HSM (140) e HU-UFPI (15). Para coleta dos dados, foi construída uma lista das mulheres que atenderam aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra: das 1.040 mulheres, todas atenderam ao critério de inclusão. O sorteio foi realizado por meio do BioEstat 5.0. Aquelas que não foram localizadas após três tentativas de contato foram substituídas por sorteio, até completar o quantitativo mínimo da amostra.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, cor/raça, residência, atividade remunerada, filhos, idade da primeira gestação, amamentação, menarca e menopausa), epidemiológicas (câncer de mama anterior e doenças benignas de mama), diagnóstico e tratamento na avaliação inicial após primeiros sintomas (lateralidade, tamanho do tumor, linfonodo regional, presença de metástase). Foram definidas como variáveis operacionais para o tempo para o tratamento: residência (por territórios de saúde do Piauí), local do início do tratamento, consulta após primeiros sintomas, realização da biópsia, acompanhamento na atenção básica, renda (atividade remunerada, renda individual, renda familiar) e estágio da doença.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de coleta de dados secundários e de dados primários mediante entrevista, realizada de forma presencial no hospital. Para determinação da variável tempo para o tratamento, foi consultado o registro no prontuário, no qual consta o resultado da biópsia externa ou interna, ou por meio do questionamento direto com a paciente, sendo comprovado com o resultado do exame, comparando-se a data do início do tratamento, seja cirúrgico, quimioterapia

ou radioterapia. Foi considerado oportuno o tratamento iniciado no intervalo de até 60 dias, à luz da legislação brasileira denominada 'Lei dos 60 dias'⁹.

Os dados do estudo foram processados no software IBM® SPSS®, versão 23.0. Foram calculadas estatísticas descritivas (média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as variáveis qualitativas). Foram apresentados os valores de significância (p) e coeficiente de correlação (r)¹⁰.

Para a verificação de relação entre o tempo para início do tratamento (maior que 60 dias vs. até 60 dias) e variáveis operacionais selecionadas, foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Quando não atendidos os pressupostos desse teste, as variáveis foram dicotomizadas para realização do Teste Exato de Fisher. Para essa recategorização, foram analisados os resíduos ajustados da tabela de contingência, separando-se as categorias em grupos conforme tendência dos percentuais (para intervalo recomendado ou maior que 60 dias).

Para as associações significativas, foi apresentada a Razão de Chance e seu respectivo Intervalo de Confiança (IC). Os percentuais das tabelas de contingência foram calculados nas colunas, e as variáveis foram interpretadas (comparadas) nas linhas¹⁰. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Foram atendidas as normatizações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos. O estudo foi autorizado por ambas as instituições hospitalares de referência e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFPI, sob parecer nº 1.933.576/2017 e do HSM nº 2.565.844. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Resultados

A média (\pm desvio padrão) de idade das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama foi de 53,6 (\pm 12,4) anos, com mínima

de 26,0 anos e máxima de 82,9 anos. A maioria era casada/união estável (89 – 57,4%), autodeclarada parda (90 – 58,1%) e exercia atividade remunerada (108 – 69,7%), cuja renda mensal individual média foi de R\$ 899,43 ($\pm 1.055,32$), com máximo de R\$ 10 mil, enquanto a renda

familiar mensal informada teve média R\$ 1.245,85 ($\pm 1.311,35$), com máximo de R\$ 10 mil. Quanto à escolaridade, o tempo médio de estudo foi de 6,9 ($\pm 5,8$) anos, com máximo de 20 anos, sendo que 28 delas (18,1%) não eram alfabetizadas (*tabela 1*).

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, ginecológicas e obstétricas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018

Característica		M	DP	N	%
Idade		53,6	12,4		
Estado civil	Solteira			27	17,4
	Casada/união estável			89	57,4
	Separada/divorciada			17	11,0
	Viúva			22	14,2
Escolaridade (anos de estudo)		6,9	5,8		
Cor/raça	Branca			31	20,0
	Preta			19	12,3
	Parda			90	58,1
	Amarela			14	9,0
	Sem informação			1	0,6
Atividade remunerada	Sim			108	69,7
	Não			46	29,7
	Sem informação			1	0,6
Renda individual mensal (R\$)		899,43	1055,32		
Renda familiar mensal (R\$)		1.245,85	1.311,34		
Ocupação	Empregada			25	16,1
	Autônoma			21	13,5
	Aposentada			45	29,0
	Desempregada			45	29,0
	Auxílio saúde			17	11,0
	Pensionista			2	1,3
Filhos	Sim			136	87,7
	Não			19	12,3
Idade da primeira gestação		22,5	5,3		
Idade da menarca		13,5	1,7		
Menopausa	Sim			124	80,0
	Não			31	20,0
Total		155	100,0		

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

M: Média; DP: Desvio Padrão.

No que se refere às características ginecológicas e obstétricas, 136 (87,7%) tinham filhos, com idade média da primeira gestação de 22,5 ($\pm 5,3$) anos, variando de 14,0 anos a 38,0 anos; 131 (84,5%) amamentaram o(s) filho(s), com tempo médio de amamentação de 16,6 ($\pm 13,5$) meses, variando de um mês a cinco anos. A idade média da menarca foi de 13,5 ($\pm 1,7$) anos, com mínimo de 10,0 anos e máximo de 18,0 anos. Foram 124 (80,0%) as que informaram estar na menopausa (*tabela 1*).

Analizando as características epidemiológicas, a *tabela 2* informa que apresentaram câncer de mama prévio 47 mulheres (30,3%), e que 41 (26,5%) tiveram doença benigna da mama. O diagnóstico predominante foi neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (62 – 40,0%), unilateral esquerda (82 – 52,9%) ou direita (72 – 46,5%). Com relação ao estágio da doença, 71 (45,8%) apresentaram estágios IIIA, IIIB, IIIC ou IV.

Tabela 2. Características epidemiológicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018

Característica	M	DP	n	%
Câncer de mama anterior				
Sim	-	-	47	30,3
Não	-	-	108	69,7
Doenças benignas da mama				
Sim	-	-	41	26,5
Não	-	-	114	73,5
Diagnóstico				
C50	-	-	17	11,0
C50.1	-	-	29	18,7
C50.2	-	-	27	17,4
C50.3	-	-	6	3,9
C50.4	-	-	62	40,0
C50.5	-	-	4	2,6
C50.8	-	-	3	1,9
C50.9	-	-	7	4,5
Lateralidade				
Direita	-	-	72	46,5
Esquerda	-	-	82	52,9
Bilateral	-	-	1	0,6
Estágio da doença				
I A	-	-	17	11,0
I B	-	-	3	1,9
II A	-	-	28	18,1
II B	-	-	36	23,2
III A	-	-	27	17,4

Tabela 2. (cont.)

III B	-	-	27	17,4
III C	-	-	6	3,9
IV	-	-	11	7,1
Intervalo entre início dos sintomas e diagnóstico*	275,1	491,2	-	-
Intervalo entre diagnóstico e início do tratamento*	112,7	93,6	-	-
Maior que 60 dias	-	-	111	71,6
Até 60 dias	-	-	44	28,4
Total			155	100,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

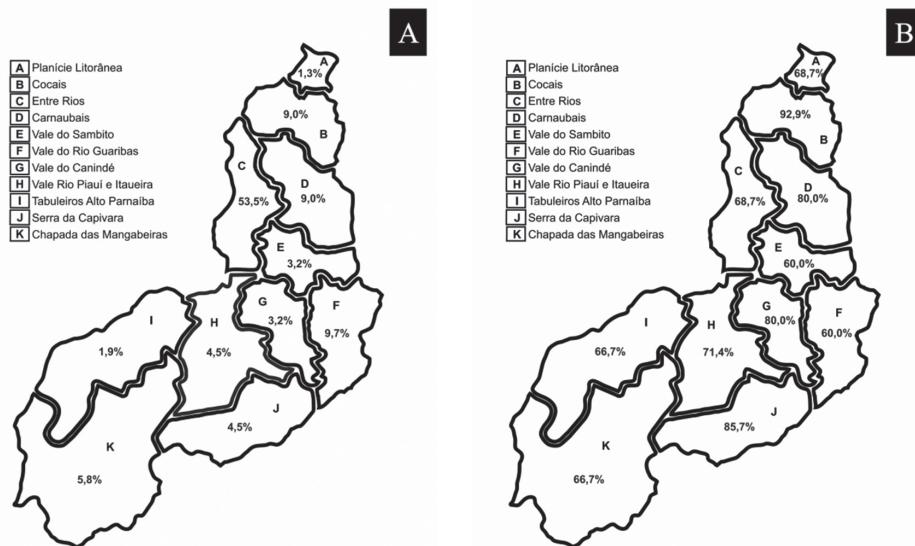
M: Média; DP: Desvio Padrão; *: em dias.

Quanto ao intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, a média (\pm DP) foi de 275,1 (\pm 491,2) dias (\equiv 9,2 meses), com mínimo de 4 dias e máximo de 4.903 dias (\equiv 13,6 anos), e mediana (\pm intervalo interquartil) igual a 122,3 (\pm 279,12) dias (\equiv 4,1 meses). No que se refere ao intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a média foi de 112,7 (\pm 93,6) dias, variando de 12 dias a 550 dias (\equiv 18,3 meses ou 1,5 anos), com mediana 83,8 (\pm 78,91) dias (\equiv 2,8 meses), sendo que 111 (71,6%) mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias do diagnóstico do câncer de mama (tabela 2).

A figura 1-A mostra que 53% das mulheres residiam no território Entre Rios, onde

fica a capital do estado do Piauí e a maior concentração dos pontos de atenção de alta complexidade. As frequências de atrasos para início do tratamento, apresentadas na figura 1-B, foram superiores a 59%, em sua totalidade. Os maiores percentuais de atraso foram identificados, em ordem decrescente, entre as mulheres residentes no território dos Cocais (92,9%), Serra da Capivara (85,7%), Carnaubais e Vale do Canindé (ambos 80,0%), Vale do Rio Piauí e Itaueira (71,4%), Entre Rios e Planície litorânea (ambos com 68,7%), Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros do Alto Parnaíba (ambos com 66,7%) e Vale do Sambito e Vale do Rio Guaribas (ambos com 60%).

Figura 1. Distribuição dos casos de câncer de mama por territórios de saúde do Piauí (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

A: frequência de casos de câncer de mama; B: frequência de atraso para o início do tratamento.

Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o tempo para início do tratamento e a residência da mulher, conforme o território estadual ($p=0,041$) e o estágio da doença ($p=0,037$). Para as mulheres provenientes das regiões Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais, a frequência de mulheres que iniciaram o

tratamento no intervalo maior que 60 dias foi de 34 (30,6%), enquanto apenas 6 (13,6%) realizaram no prazo. Nessa relação, a Razão de Prevalência (RP) foi de 1,269 (IC95% = 1,057-1,524), indicando que mulheres que residem nos territórios citados apresentam uma chance 26,9% maior de atraso no início do tratamento em comparação aos demais territórios do estado do Piauí (*tabela 3*).

Tabela 3. Associação entre variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento das mulheres (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018

Variável	Tempo para início do tratamento				p	
	>60 dias		≤60 dias			
	n	%	n	%		
Residência (região de saúde)						
Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais	34	30,6	6	13,6	0,041 ^f	
Entre Rios, Tabuleiros Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras, Vale do Rio Guaribas e Vale do Sambito	77	69,4	38	86,4		

Tabela 3. (cont.)

Local do início do tratamento					0,131^f
HSM	103	92,8	37	84,1	
HUUFPI	8	7,2	7	15,9	
Consulta após primeiros sintomas					0,593^f
APS ou especializada do SUS	55	49,5	19	43,2	
Particular ou campanhas	56	50,5	25	56,8	
Realização da biópsia					0,472^q
Particular	70	63,1	25	56,8	
SUS	41	36,9	19	43,2	
Acompanhamento na atenção básica					0,809^q
Sim	35	31,5	13	29,5	
Não	76	68,5	31	70,5	
Atividade remunerada					0,738^q
Sim	78	70,9	30	68,2	
Não	32	29,1	14	31,8	
Renda individual					0,440^f
Até R\$ 954,00	8	10,0	1	3,3	
Acima de R\$ 954,00	72	90,0	29	96,7	
Renda familiar					0,940^q
Até R\$ 954,00	22	20,6	8	20,0	
Acima de R\$ 954,00	85	79,4	32	80,0	
Estádio do câncer de mama					0,037^q
Estágios I e II	66	59,5	18	40,9	
Estágios III e IV	45	40,5	26	59,1	
Total	111	100,0	44	100,0	

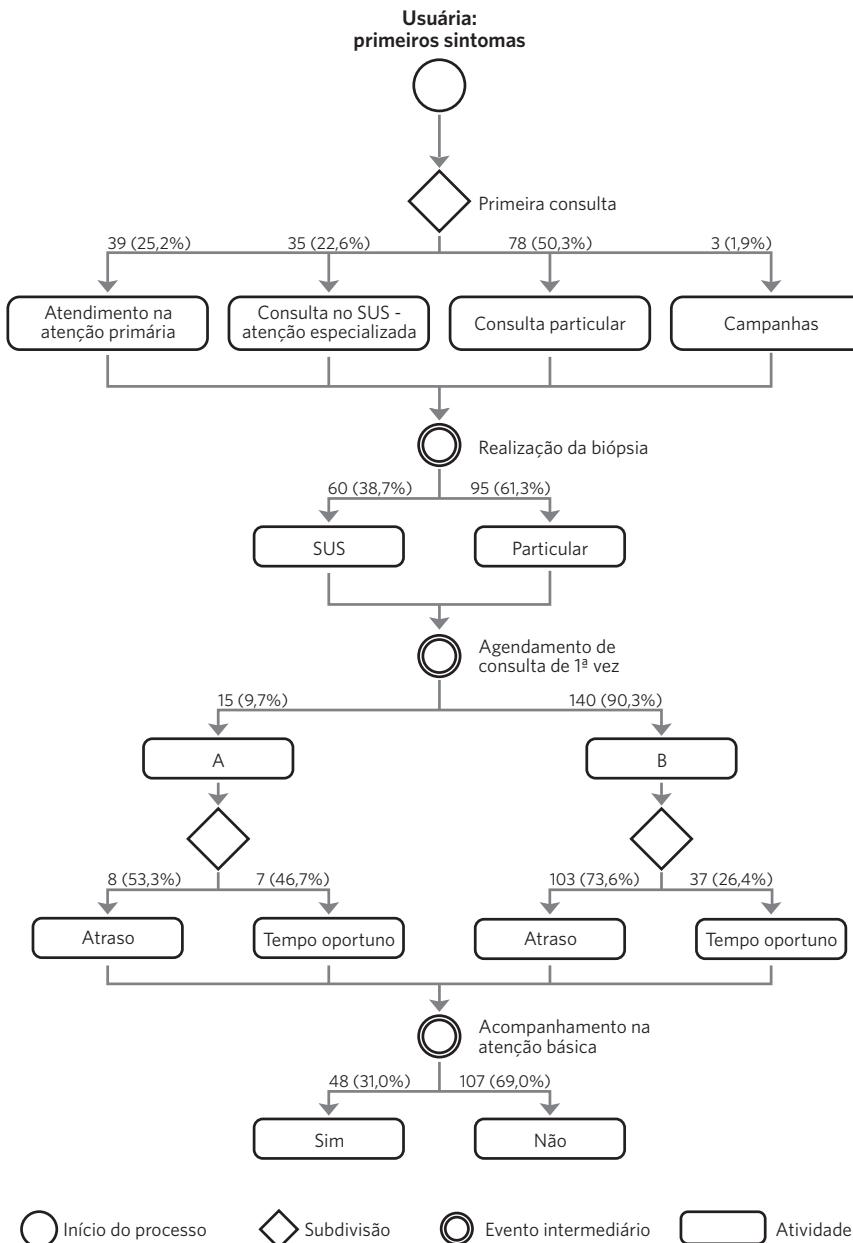
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

APS: Atenção Primária à Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; p: significância do teste de associação; q: teste Qui-Quadrado de Pearson; f: teste Exato de Fisher.

Quanto ao estágio do câncer de mama, a frequência de mulheres com estágios I e II e que iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico foi significativamente maior, correspondendo a 66 (59,5%), com RP de 1,240 (IC95% = 1,006-1,528), indicando que mulheres em estágios iniciais da doença,

nos quais o tumor está limitado à mama, apresentam chance 24,0% maior de atraso no início do tratamento comparativamente às diagnosticadas com estágios III e IV. Para as demais variáveis operacionais na tabela, não foram verificadas associações significativas ($p > 0,05$) (tabela 3).

Figura 2. Fluxo de atendimento e realização da biópsia das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Na figura 2, observa-se o fluxo de acesso das mulheres pesquisadas após o início dos primeiros sintomas. Para 39 (25,2%) delas, a porta de entrada foi a atenção básica, para 35 (22,6%), foi mediante consulta na atenção especializada

do SUS, a maioria relatou a busca por atendimento particular (78 – 50,3%) e apenas 3 (1,9%) mulheres tiveram como porta de entrada as campanhas. Do total de 155 mulheres entrevis-tadas, no que se refere à realização da biópsia,

a maioria (95 – 61,3%) relatou a realização em serviço particular. Após agendamento das consultas de primeira vez, distribuídas em ambas as instituições, verificaram-se percentuais de atraso para início do tratamento de 103 (73,6%) das mulheres atendidas no hospital estadual de referência oncológica e de 8 (53,3%) no hospital universitário. Foram 107 (69,0%) as mulheres que referiram não serem acompanhadas pela atenção básica.

Discussão

A maioria das mulheres do estado do Piauí está iniciando o tratamento de câncer de mama com um atraso de mais de 60 dias do diagnóstico, ou seja, o acesso não está acontecendo em tempo oportuno. Tem-se, como consequência, um maior percentual de mulheres diagnosticadas em estágios mais avançados. Evidenciou-se, no presente trabalho, que a rede de atenção oncológica não está possibilitando o tratamento no tempo oportuno para 71,6% das mulheres com essa doença no Piauí.

A média de idade das mulheres no presente estudo foi de 53,6 ($\pm 12,4$) anos, próximo às médias encontradas em dois estudos nacionais^{11,12}, respectivamente 50,5 e 48 anos. No México, um estudo indicou uma média de idade de 52 anos, assim como em Ruanda, com a média de idade dos pacientes de 49 anos^{13,14}. Entretanto, a média foi menor quando comparado com os EUA⁶, onde a idade média de 61,6 anos (DP: 15 anos), e com média de idade de 75,2 em outro estudo⁵, assim como a média de idade da França, de 60 anos⁷.

O estudo mostrou um percentual elevado (71,6%) de mulheres que iniciaram o tratamento em um estágio mais avançado; um achado grave, à medida que a detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados com a maior taxa de cura das mulheres com câncer de mama¹⁵.

O presente estudo revelou que o tempo para estabelecer o diagnóstico a partir da circunstância de detecção de anormalidade foi,

em média, de 275,1 dias e um desvio padrão elevado de 491,2 dias; uma mediana de 122,3 dias. Esse atraso contribui para justificar o estadiamento avançado da doença, sinalizando que as mulheres atendidas com esse atraso podem ter taxas de sobrevida diminuídas. Esses dados estão bem elevados quando comparados com o estudo nacional¹⁶, em que o tempo médio para o diagnóstico foi de 102,5 $\pm 165,5$ dias. Observa-se que, no Brasil, a razão entre mamografias e população-alvo de rastreamento mostrou-se baixa em todas as faixas etárias analisadas¹⁷.

Quando comparado o tempo para diagnóstico do estudo com os estudos internacionais, a média de atraso (275,1 dias) desse trabalho continua elevada. No Paquistão, a média de 165 dias¹⁸; e na Colômbia, 91 dias¹⁹. À medida que se compara com países de um maior potencial de desenvolvimento, essa diferença fica ainda maior. No México, a média foi de 30 dias¹³, nos Estados Unidos²⁰, foi de 16,5 dias. No entanto, uma revisão sistemática feita com trabalhos africanos revelou atrasos com tempos maiores do que foi encontrado no estudo, tempos médios do reconhecimento de sintomas ao diagnóstico entre 4 meses e 15 meses²¹.

Em uma pesquisa realizada em Pernambuco, enfatizou-se que a alta mortalidade por câncer de mama no Brasil está ligada ao retardo na investigação das lesões suspeitas e no fato de iniciar o tratamento em tempo não oportuno. Ainda reforçam que o objetivo da detecção precoce é diagnosticar e tratar pacientes com câncer de mama em um estágio inicial, quando o prognóstico para a sobrevivência em longo prazo é melhor²².

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi acima do preconizado. Nesse estudo, a média de atraso de 112,7 (93,6) dias com uma frequência muito elevada de mulheres (71,6%) que iniciaram o tratamento em um tempo maior que 60 dias. Caso se some a esse intervalo o tempo para o diagnóstico, tem-se uma média de 387,8 dias. Os valores encontrados no trabalho estão acima da média nacional; como mostram os estudos²³⁻²⁵, o atraso

foi de 71,5 dias, média de 87,3 dias e de 68 dias, respectivamente. Outra pesquisa analisou o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama em mulheres, o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 43 dias (região Sudeste: 44 dias; Nordeste: 43 dias; Sul: 39 dias; Centro-Oeste: 30 dias; Norte: 49 dias)²⁴.

A literatura internacional revelou atrasos menores em relação ao presente estudo. Um trabalho realizado na Carolina do Norte, em mulheres de baixa renda, concluiu que 66% delas receberam o seu primeiro tratamento no prazo de 30 dias do diagnóstico, e quase todas as mulheres (90%) receberam tratamento inicial no prazo de 60 dias após o diagnóstico⁶.

Quando se relacionam os percentuais de atraso com os territórios de Saúde do Estado do Piauí, observa-se um percentual elevado em relação ao início do tratamento em todos os Territórios, independentemente da distância do local de realização do tratamento. Porém, quanto aos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale do Canindé e Carnaubais, o percentual é maior.

Vale ressaltar que esse resultado não está apenas nos territórios mais distantes em relação à cidade onde ficam a Unacon e o Cacon. Na verdade, o percentual de atraso maior, de 92,9%, está no território de Cocais, no qual a sua sede (Piripiri) fica a uma distância de 166,9 Km do local de tratamento, seguido por Serra da Capivara (São Raimundo Nonato) com 85,7% distante, 521,6 Km; Carnaubais 80% (Campo Maior), a 84 Km; e Vale do Canindé com 80% (Oeiras), distante 278,9 Km. É importante destacar que o território da Chapada das Mangabeiras, distante 603 Km do local de tratamento, obteve um percentual 66,7%, abaixo do Território Entre Rios (68%), onde fica os serviços de referências para tratamento de câncer.

Esses resultados evidenciam que o atraso não está ligado às barreiras geográficas, mas pode estar relacionado com uma desarticulação dos serviços de atenção, ou seja, a uma necessidade de organização dos pontos de atenção desde a atenção básica até a especializada, com a definição de fluxos bem definidos,

assim como a coordenação e ordenação dos serviços, com uma atenção básica como ordenadora e coordenadora da atenção. No entanto, há ainda a necessidade de mais estudos para especificar o que explicaria esses dados.

Na relação entre o tempo para início do tratamento e os territórios de residência das mulheres, o estudo separou em dois grupos, sendo o primeiro grupo os territórios que apresentaram maiores atrasos. Assim, verificou-se que quem reside nos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais tem uma maior prevalência de atraso em relação aos outros territórios, qual seja, 26,9% de chance para começar o tratamento em atraso do que quem reside nos outros territórios.

Quanto à associação entre o estágio e o atraso para o início do tratamento, foi maior o tempo para o início do tratamento para quem estava nos estágios iniciais I e II. Portanto, aquelas pacientes diagnosticadas nesses estágios tiveram uma chance de 24% maior em relação àquelas nos estágios III e IV para iniciar o tratamento acima do tempo normalizado pela legislação.

Com relação ao desenho do fluxo da mulher desde a detecção de anormalidade até o tratamento e acompanhamento da atenção básica, observou-se que o acesso à rede de atenção oncológica não está acontecendo de maneira adequada. Entre as mulheres entrevistadas, mais da metade iniciaram o caminho para o tratamento de câncer de mama tendo como porta de entrada os serviços privados. Esse dado pode ser uma evidência de que a rede não esteja atendendo à necessidade dessa população. Semelhantes dados foram encontrados em outro estudo que mostra que 36% das pacientes foram encaminhas pelo posto de saúde da família, e que 48%, pelos serviços privados²⁶.

Outro ponto relevante no percurso é o fato de após entrada, seja pelo SUS ou particular, para conseguir realizar a biópsia, a grande maioria das mulheres precisa fazê-la na rede particular (61,3%). No estado do Piauí, apenas

o HU-UFPI oferece serviço de biopsia de câncer de mama no SUS. Isso demonstra uma oferta de biopsia abaixo da necessidade, o que é compatível com um outro estudo feito, no qual o número de biópsias comparado ao número de casos que demandariam seguimento para esclarecimento diagnóstico mostra que apenas 27% das mulheres entre 50 e 59 anos com mamografias com BI-RADS 4 e 5 estão realizando biópsia. Já na faixa etária entre aquelas com 60-69 anos, esse percentual sobe para 63%¹⁷.

Esse mesmo autor demonstrou também que a quantidade de biópsias ofertadas na rede não correspondente à necessidade diagnóstica estimada pelo número de mamografias realizadas no Brasil, indicando que o sistema de saúde ainda não está preparado para atender à demanda de mulheres que deveriam ser alvo das ações específicas de rastreamento e de diagnóstico precoce para o câncer de mama¹⁷.

No passo seguinte ao início do tratamento, as mulheres retornam à atenção básica para fazer o agendamento da consulta de primeira vez para o local do início de tratamento. Isso para as mulheres que iniciaram o processo no serviço privado, no entanto, quem iniciou nos serviços SUS já é encaminhada para a consulta de primeira vez no próprio serviço.

Muito relevante foi o fato de uma frequência bem maior que a metade das entrevistadas não serem acompanhadas pela atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, as relações entre os pontos de atenção de saúde devem ser horizontais, com o centro de comunicação na atenção básica, sendo coordenadora e ordenadora das ações²⁷.

Certamente, o fato de a atenção básica não estar sendo coordenadora e ordenadora do cuidado, bem como a atenção especializada, que também não coordena dentro do seu serviço o acompanhamento das pacientes de forma estruturada, possibilita essa interrupção do tratamento. Na verdade, a mulher é quem busca sozinha a resolução das suas necessidades, isso sugere que a rede não está ordenada, sem um elemento coordenador, o que pode ser o ponto primordial para que ela consiga o

acesso ao tratamento no tempo correto.

Em um estudo no Canadá, que avaliou a redução do tempo de diagnóstico da implantação de clínicas de acesso rápido, o qual tinha o cuidado coordenado dentro dos centros de diagnóstico, o tempo desde a busca para o diagnóstico até o início de tratamento diminuiu de 92 dias para 64 dias. Concluiu que a coordenação de investigação diminui atendimentos duplicados, assim como o envolvimento do médico da família aumenta a capacidade do início do tratamento em tempo hábil, além de que a coordenação dos cuidados radiológicos melhora o tempo de espera e de alcance dos resultados²⁸.

Atrasos aos serviços de saúde são verificados quando a rede da assistência está desestruturada, o que promove a sobrecarga dos centros especializados e favorece situações indesejáveis, como a seleção adversa em favor dos casos de melhor prognóstico²⁶.

Em Taiwan, o sistema de saúde não tem um ordenamento de referência e contrarreferência. No entanto, os pacientes têm alta acessibilidade a cuidados médicos. Cada paciente pode acessar qualquer serviço sem uma referência primária e buscar um serviço de saúde mais complexo sem passar pela referência de uma atenção menos especializada. Assim, iniciam o tratamento em um menor tempo²⁹.

O elevado tempo de espera para a realização tanto para o diagnóstico quanto para o início do tratamento pode produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Traz também prejuízos relacionados com a qualidade de vida, pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, resultando na sobreposição de sequelas²².

É importante destacar que a regulação das consultas e de exames, em ambas as instituições que participaram do estudo, é realizada pelo Gestor Municipal da Saúde de Teresina, Piauí, por meio do sistema de marcação disponível em pontos de marcação descentralizados em Unidades Básicas de Saúde nos municípios do estado. Assim, diante da necessidade da

paciente, procede-se com a marcação nesse sistema para uma consulta oncológica de primeira vez, com comprovação mediante apresentação da biópsia para iniciar o tratamento em estabelecimentos de saúde habilitados, como a Unacon ou como o Cacon.

A categoria acesso busca uma totalidade concreta, embasada no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalidade da atenção, regionalização, hierarquização e a participação popular⁴.

Assim, analisar o acesso da mulher com câncer de mama ao tratamento pode fornecer bases para organização de um serviço de qualidade, a fim de que o tratamento da doença possa ocorrer no tempo adequado e de acordo com a necessidade da população para obtenção de maior resolubilidade. Estudos que avaliam o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas, à medida que indicam mudanças no fluxo, assim como elencam os aspectos relacionados com os custos, contribuindo, de forma significativa, para todos os níveis de gestão, embasando-as no planejamento das ações de saúde^{8,30}.

Mais estudos são necessários para determinar, de forma mais precisa, quais variáveis, em cada ponto de atenção da rede de atenção oncológica no estado do Piauí, estão interferindo no processo de tratamento dos pacientes com câncer de mama, assim com um entendimento mais específico de todo o processo na tentativa de discriminar o real impacto de cada ponto de atenção na rede de atenção oncológica.

Conclusões

No estado do Piauí, o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo como preconizado pelo Ministério da

Saúde. Identificaram-se percentuais muito significativos de mulheres que iniciam o tratamento atrasadas. O fluxo de acesso ao tratamento dessa doença não está permitindo às mulheres se beneficiarem da rede de atenção como determina a lei dos 60 dias, sugerindo desarticulação entre os serviços, o que pode ter influenciado atrasos para o início do tratamento. Portanto, ressalta-se a necessidade de uma maior organização dos serviços de saúde em rede, levando em conta as necessidades da população mediante o atendimento em tempo oportuno e de forma resolutiva, com a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, dessa forma, garantindo o acesso ao tratamento e a utilização dos recursos destinados ao tratamento da maneira mais eficiente.

Colaboradores

Sousa SMMT (0000-0002-9611-7486)* contribuiu para a concepção, planejamento e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; coleta dos dados; redação, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Carvalho MGFM (0000-0002-6161-7085)* contribuiu para a orientação do trabalho, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Santos Júnior LA (0000-0002-6697-6167)* apresentou sugestões importantes incorporadas ao trabalho e aprovação da versão final do manuscrito. Mariano SBC (0000-0003-0452-0516)* contribuiu para a coleta dos dados, apresentou sugestões importantes incorporadas ao trabalho. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, et al. Access to cancer care: mapping hospital admissions and high-complexity outpatient care flows. The case of breast cancer. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):317-326.
- Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Interval for access to treatment for breast cancer in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(10):458-63.
- Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2016.
- Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*. 2016; 40(110):264-271.
- Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, et al. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. *JAMA Oncol* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 10]; 2(3):330-339. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2474438>.
- McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, et al. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jan 10]; 30(36):4493-500. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2012.39.7695>.
- Molinié F, Leux C, Delafosse P, et al. Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: a population-based study in France. *Breast* [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 1]; 22(5):810-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960977613000404>.
- Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MH, et al. Breast cancer: diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 3]; 20(12):3805-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805&lng=en&nrm=iso&tlang=en.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 23 Nov 2012.
- Pollock PH. *The essentials of political analysis*. Washington, DC: CQ Press; 2012.
- Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Mastectomy versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário*. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*. 2010; 10(1):51-57.
- Calvancanti LPG, Simões PSF, Silva MRR, et al. Assistência em mastologia em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. *Rev. bras. Cancerol*. 2012; 58(4):63-69.
- Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, et al. Efecto de la demora en la atención sobre la supervivencia de mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Salud Pública Mex*. 2016; 58(2):237-250.
- Pace LE, Mpunga T, Hagegekimana V, et al. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. *Oncologist*. 2015; 20(7):780-788.
- Rosa LM, Radünz V, Brüggemann OM. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013; 12(1):104-111.
- Romeiro Lopes TC, Gravena AAF, Demitto MO, et al. Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(11):3017-3023.
- Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saú-

- de. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(7):1537-1550.
18. Habibullah S, Haider G, Ashraf J, et al. To Determine the Factors Responsible for Diagnostic Delay of Breast Cancer Among Women. *Pak J Med Res.* 2016; 55(3):62-5.
19. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, et al. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011; 53(6):478-85.
20. Ruddy KJ, Gelber S, Tamimi RM, et al. Breast cancer presentation and diagnostic delays in young women. *Cancer.* 2014; 120(1):20-5.
21. Espina C, Mckenzie F, Dos-Santos-Silva I. Delayed presentation and diagnosis of breast cancer in African women: a systematic review. *Annals of Epidemiology.* *Rev. Ann Epidemiol.* 2017; 27(10):659-671.
22. Paiva C, Cesse E. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Rev. Bras. Cancerol.* 2015; 61(1):23-30.
23. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. *BMC Women's Health.* 2017; 17(1):4-11.
24. TCR Lopes, Gravena AAF, Demitto MO, et al. Atraso no diagnóstico e tratamento de cancro da mama entre as usuárias de um serviço de referência no Brasil. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017; 18(11):3017-3023.
25. Kaliks RA, Pontes LB, Bognar CLFB, et al. Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia. *Einstein [internet].* 2013 [acesso em 2017 dez 3]; 11(2):216-223. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_14.pdf.
26. Trufelli C, Matos LL, Santi PX, et al. Adjuvant treatment delay in breast cancer patients. *Rev assoc med Bras.* 2015; 61(5):411-416.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.
28. Mckevitt EC, Dingee CK, Warburton R, et al. Coordination of radiologic and clinical care reduces the wait time to breast cancer diagnosis. *Curr Oncol.* 2017; 24(5):e388-e393.
29. Shieh SH, Hsieh VC, Liu SH, et al. Delayed time from first medical visit to diagnosis for breast cancer patients in Taiwan. *JFMA.* 2014; 113(10):696-703.
30. Grabois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. Access to pediatric cancer care in Brazil: mapping origin-destination flows. *Rev Saude Publ.* 2013; 47(2):368-78.

Recebido em 22/03/2019
Aprovado em 20/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve