



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

SAMARA MARIA MOURA TEIXEIRA SOUSA

**ACESSO AO TRATAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO
ESTADO DO PIAUÍ**

TERESINA-PIAUÍ

2018

SAMARA MARIA MOURA TEIXEIRA SOUSA

**ACESSO AO TRATAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO
ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, nível Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Medeiros Carvalho

TERESINA-PIAUI

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

S725a Sousa, Samara Maria Moura Teixeira.
Acesso ao tratamento da mulher com câncer de
mama no estado do Piauí / Samara Maria Moura Teixeira
Sousa. – 2018.
97 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da
Mulher) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.
"Orientadora: Profª. Drª. Maria das Graças Freire de
Medeiros Carvalho".

1. Câncer de Mama. 2. Tratamento. 3. Acesso aos
Serviços de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD 616.992 49

SAMARA MARIA MOURA TEIXEIRA SOUSA

**ACESSO AO TRATAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO
ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, nível Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Medeiros Carvalho

Trabalho aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Das Graças Freire de Medeiros (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí
Presidente da banca

Prof. Dr. José Miguel Luz Parente (Membro Interno)
Universidade Federal do Piauí
1º Examinador

Prof. Dr. Maria Zélia de Araújo Madeira (Membro Externo)
Universidade Federal do Piauí
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua misericórdia, por ter me protegido durante o decorrer do curso, dando-me forças para vencer todos os obstáculos e, por permitir realizar os meus sonhos, além de me agradecer com até mais do que eu poderia imaginar. Talvez, a palavra que melhor defina esse momento seja, gratidão, pois a gratidão é uma das virtudes mais nobres do ser humano. Sou grata e feliz pelas oportunidades a mim concedidas.

Aos meus pais, Luís Teixeira e Maria de Fátima Moura Teixeira, pelos cuidados, por compreenderem minhas ausências, por toda a ajuda, companheirismo, compreensão, carinho, amor e apoio dispensados a mim. Aos meus irmãos Helemara e Francisco Paulo, todo o amor dispensado.

Ao meu esposo, Jean, pela sua incansável boa vontade em me ajudar, por fins de semana ao meu lado só para me fazer companhia, compartilhando meus ideais e incentivando-me a prosseguir. Aos meus filhos Guilherme Luís e João Arthur que amo incondicionalmente, agradeço a Deus por tê-los em minha vida e por poder compartilhar com eles as dores, angústias e vitórias.

Enfim, a toda a minha família por formarem essa rede de apoio para assim conseguir alcançar os meus projetos.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria das Graças, por ser esse grande exemplo de profissional e pessoa a ser seguida, por compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências. Obrigada por acreditar em mim, pela paciência e por todas as oportunidades a mim concedidas. Eu não poderia ter escolhido uma orientadora melhor para conduzir-me nesse curso.

Ao Hospital Universitário da UFPI e Hospital São Marcos, bem como à SESAPI pela colaboração e permissão para a realização da pesquisa.

À Universidade Federal do Piauí e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher por me acolher nessa jornada e pela excelência no ensino compartilhado.

A todos os professores do Mestrado, pela troca de conhecimentos e me fazer amadurecer enquanto profissional.

Aos colegas da Pós-Graduação, por tornarem essa caminhada mais leve, e pelo apoio sempre oferecido.

À Acadêmica Sarah Carolina Borges Mariano, pela participação e contribuição no trabalho.

Às pacientes que aceitaram participar desta pesquisa, colaborando enormemente na coleta de dados e desenvolvimento deste trabalho.

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para a concretização desta pesquisa. Ninguém vence sozinho, muito obrigada a todos.

“Temos de fazer o melhor que podemos. Esta é a
nossa sagrada responsabilidade Humana”.

(Albert Einstein)

ACESSO AO TRATAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO PIAUÍ. SAMARA MARIA MOURA TEIXEIRA SOUSA. Orientadora: Maria das Graças Freire de Medeiros Carvalho. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Farmácia, UFPI, 2018.

RESUMO

O Câncer é um problema de saúde pública mundial. O aumento da incidência de mortalidade é diretamente proporcional às mudanças nos padrões demográficos, tais como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. O desafio é garantir o acesso equitativo e integral ao diagnóstico e tratamento da doença. **OBJETIVO:** Caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama do Estado do Piauí. **METODOLOGIA:** Delineamento transversal analítico, desenvolvido em uma amostra de 155 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que realizaram tratamento no período de 2016 a 2017, subdividindo a amostra entre as instituições com registro dos casos: Hospital São Marcos (140) e Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (15). Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) e pelo Comitê de Ética do Hospital São Marcos(HSM). **RESULTADOS:** A idade média (\pm DP) de 53,6 (\pm 12,4) anos. Por estágio clínico a maior frequência ocorreu nos estágios III e IV (45,8%). O intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a média de tempo foi de 112,7 (\pm 93,6) dias, sendo que 111 (71,6%) mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias do diagnóstico do câncer de mama. As mulheres provenientes das regiões Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais apresentaram uma prevalência 26,9% maior de atraso no início do tratamento em comparação aos demais territórios do estado do Piauí. Mulheres em estágios iniciais do câncer de mama apresentaram prevalência 24,0% maior de atraso no início do tratamento comparativamente às diagnosticadas com estádios III e IV. Com relação ao fluxo, 46,7% usaram a porta de entrada para o tratamento SUS, 50,3% atendimento particular e 1,9% campanhas. Entre as mulheres entrevistadas 61,3% relataram a realização da biópsia em serviços particulares. Das que foram para a consulta de 1ª vez no HSM, 73,6% iniciaram o tratamento com mais de 60 dias após o diagnóstico, já no HU-UFPI, o percentual foi de 53,3 %. **DISCUSSÃO:** A maioria das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no Estado do Piauí, está iniciando o tratamento com um atraso de mais de sessenta dias após o diagnóstico. O acesso não está acontecendo em tempo oportuno, tem-se como consequência um maior percentual de mulheres diagnosticadas em estádios mais avançados. **CONCLUSÃO:** Pode-se considerar que o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo no tempo oportuno, ficou evidenciado que este atraso foi em decorrência da desarticulação da rede de atenção oncológica no Estado do Piauí.

Palavras-chaves: Acesso aos Serviços de Saúde. Tratamento. Câncer de mama. Sistema Único de Saúde. Custos.

ABSTRACT

Access to the treatment of woman with breast cancer in the State of Piauí. **SAMARA MARIA MOURA TEIXEIRA SOUSA**. Advisor: Maria das Graças Freire de Medeiros Carvalho Master's dissertação. Post-grad **Program of Professional Masters in Women's Health, Federal University of Piauí**. Health Sciences Center. Department of Pharmacy, UFPI, 2018.

Cancer is a problem of global public health. The increased incidence of mortality is directly proportional changes in demographic patterns, such as population aging and economic development. The challenge is to ensure fair and full access to diagnosis and treatment of disease. To characterize the access of women diagnosed with breast cancer to treatment of the Piauí State. **METHODS:** Analytical cross-sectional design, developed in a sample of 155 women diagnosed with breast cancer, who underwent treatment in the period from 2016 to 2017, subdividing the sample between the institutions to record cases: Hospital San Marcos (140) and University Hospital Federal University of Piauí (15). This study was approved by the Ethics of the University of the Federal University of Piauí Hospital Committee (HU-UFPI) and the Hospital Ethics Committee San Marcos. **Results:** The mean age (\pm SD) of 53.6 (\pm 12.4) years. For clinical stage frequency stages III and IV of 45.8%. The interval between diagnosis and start of treatment the average time was 112.7 (\pm 93.6) days, and 111 (71.6%) women began treatment for a period exceeding 60 days diagnosis of breast cancer. For women from the Groves regions, Serra da Capivara, Piauí River Valley and Itaueira, Caninde Valley, coastal plain and Carnaubais, showed a 26.9% higher prevalence of delayed initiation of treatment compared to other state of Piauí Territories . Women in early stages of breast cancer, had a prevalence 24 0% greater delay in the onset of treatment compared to those diagnosed with stage III and IV. Regarding the flow 46.7% used the gateway to the NHS treatment, 50.3% and 1.9% particular service campaigns, 61.3% reported performing biopsy in particular services. Of those who went to consultation 1st time in HSM, 73.6% began treatment more than 60 days after diagnosis, since the HU-UFPI the percentage was 53.3%. **DISCUSSION:** Most women diagnosed with breast cancer in the state of Piauí are starting treatment with a delay of more than sixty days after diagnosis. Access is not happening in a timely manner, resulting in a higher percentage of women diagnosed at more advanced stages. **CONCLUSION:** It can be considered that access to breast cancer treatment is not happening in a timely manner, it was evidenced that this delay was due to the disarticulation of the cancer care network in the State of Piauí.

Keywords: Access to Health Services. Treatment. Breast cancer. Health System. Costs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos casos de câncer de mama avaliados conforme as regiões de saúde do Piauí (n=155). Piauí, Brasil, 2018	36
Figura 2 - Percentuais de atraso para o início do tratamento isoladamente por território de saúde do Piauí (n=155). Piauí, Brasil, 2018.....	41
Figura 3 - Distribuição das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama, por faixa etária e atraso para início do tratamento (n=155). Piauí, Brasil, 2018	44
Figura 4 - Fluxo de acesso à realização da biópsia e ao tratamento das mulheres que realizaram terapia para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018	46
Figura 5 - Custos do tratamento do câncer de mama nas mulheres (n=155). Piauí, Brasil, 2018	47
Figura 6 - Correlação entre os custos dispensados no tratamento do câncer de mama e o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento (n=155). Piauí, Brasil, 2018	49

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1-	Grupamento por Estádios do Carcinoma de Mama, segundo a Classificação TNM.....	24
Quadro 2-	Valores unitários dos procedimentos realizados pelas participantes do estudo por grupos de terapias. Piauí, Brasil, 2018.....	26
Tabela 1 -	Características demográficas e socioeconômicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018	34
Tabela 2 -	Aspectos ginecológicas e obstétricas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018	35
Tabela 3 -	Características clínicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018	37
Tabela 4 -	Distribuição conforme a classificação clínica pré-tratamento no Sistema TNM (n=155). Piauí, Brasil, 2018	38
Tabela 5 -	Associação entre variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento das mulheres (n=155). Piauí, Brasil, 2018	39
Tabela 6 -	Características clínicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018.....	40
Tabela 7 -	Associação entre variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento das mulheres (n=155). Piauí, Brasil, 2018.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BI-RADS	<i>Breast Imaging-Reporting and Data System</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartide
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartide
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio-padrão
EUA	Estados Unidos da América
HU-UFPI	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
RP	Razão de Prevalência
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO E CONCEITOS	15
2.2	LEGISLAÇÕES NORMATIVAS AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	18
2.3	CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO	21
2.4	FINANCIAMENTO: TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	25
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVO GERAL	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	29
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	31
4.5	ESTATÍSTICA	31
4.5.1	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	31
4.5.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	33
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	50
7	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	71
	APÊNDICE A- ACESSO DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA AO TRATAMENTO NO ESTADO DO PIAUÍ	72
	APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	APÊNDICE C- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ELABORAÇÃO DA PLANILHA KANBAN	78
	APÊNDICE D- PLANILHA KANBAN TEMPO PARA INÍCIO DO TRATAMENTO	80
	APÊNDICE E- LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA	81
	ANEXOS A e B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	94

1 INTRODUÇÃO

O Câncer é um problema de saúde pública mundial. No Brasil e no Piauí não é diferente. O aumento da incidência de mortalidade é diretamente proporcional às mudanças nos padrões demográficos, tais como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. Um dos desafios mais importantes é garantir o acesso equitativo e integral, ao diagnóstico e tratamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011).

No Brasil, o perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata em homens e mama em mulheres são os mais frequentes. A estimativa para o biênio 2018-2019 aponta ocorrência de cerca de 420 mil casos de câncer por ano, excluindo o câncer de pele não melanoma. Para o Piauí, a estimativa é de 6.450 mil casos de câncer (INCA, 2017b).

Dentre os tipos de câncer, o de Mama é que representa o de maior problema de saúde pública para a população feminina, sendo o de maior incidência tanto no Brasil, quanto no Piauí. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou a ocorrência de 59.700 casos novos de câncer de mama para os anos de 2018 e 2019 no Brasil, destes, estima-se que 600 casos novos ocorram no Estado do Piauí (INCA, 2017b).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), para o período de 2011-2022. O plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos 10 anos, as doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais temos o Câncer (BRASIL, 2011b).

Em seguida foram estabelecidas diretrizes que trata da implantação da Rede de Atenção à Saúde das DCNT, através da Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014, do Ministério da Saúde. Dentre os princípios da rede de Crônicas, fica estabelecido que os serviços e ações de serviços devem estar articulados, integrados e conectados com os diferentes pontos de atenção para garantir o objetivo da atenção integral à saúde, de acordo com necessidades da população (ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde), reforçando o papel da Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede (BRASIL, 2014).

Para que seja possível o funcionamento da rede de atenção à saúde, se faz necessário que a regulação atue como um componente de gestão para qualificar a demanda, a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, auxiliando nos monitoramentos e avaliações dos pactos intergestores (BRASIL, 2014).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado oportunamente. No Brasil a taxa de mortalidade para esse câncer continua elevada, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013).

O diagnóstico e o tratamento precoce são de grande importância para que o paciente tenha o melhor resultado. No ano de 2011, o Tribunal de Contas da União realizou uma auditoria operacional na oncologia e evidenciou que, apesar dos custos serem elevados, ainda assim, o Ministério da Saúde não estava atingido o objetivo de resolubilidade para os pacientes (BRASIL, 2011c).

Diante da estimativa crescente de casos de câncer, alguns fatores devem ser levados em conta, como a oferta de serviços de acordo com a necessidade da população, para proporcionar o diagnóstico e tratamento oportuno. No entanto, na prática profissional é possível observar a grande dificuldade das pacientes para o início do tratamento. Assim, surge a necessidade de evidências acerca deste assunto.

Portanto, este estudo tem como objeto analisar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama. Pretende-se responder a seguinte questão: Como se apresenta o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama no Estado do Piauí?

A garantia do acesso aos cuidados de saúde, a todos os cidadãos, é princípio básico do Sistema Único de Saúde (GRABOIS et al., 2013). Assim, a análise do acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama no Estado do Piauí norteará a organização de um serviço de qualidade, para que o tratamento de câncer de mama possa ocorrer no tempo adequado, respeitando a necessidade da população para obtenção de uma maior resolubilidade. Estudos onde se avaliam o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas (SOUZA et al., 2015).

Os dados obtidos, mediante o estudo, possibilitará o conhecimento do problema do acesso ao tratamento do câncer de mama e gerará um fluxo ideal de

atendimento para tratamento das mulheres com câncer de mama, contribuindo na organização dos serviços de Atenção Oncológica no Estado do Piauí, à medida que contribui de forma significativa na gestão, influenciando no planejamento das ações de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO E CONCEITOS

Segundo dicionário da língua portuguesa, Houaiss (2015), acesso pode ser definido como caminho, passagem, possibilidade de alcançar algo difícil, direito a entrada em local ou instituição. Quando se toma como referência esta definição e estabelece uma relação entre os serviços de saúde e o local de acolhimento do usuário, no momento da expressão de sua necessidade, o acesso pode ser entendido apenas como porta de entrada (JESUS; ASSIS, 2010).

Donabedian (1976) utilizou o termo acessibilidade no lugar de acesso, assim, definindo que a acessibilidade é a oferta de serviços para responder às necessidades da população, e não apenas a disponibilização dos serviços, sendo uma atitude de integração entre as características da população e recursos disponíveis dos serviços de saúde.

Frenk (1985) faz uma diferença entre acesso e acessibilidade, o primeiro é a complementariedade entre a oferta e a população, já a acessibilidade é correlação entre os obstáculos e a capacidade da população em alcançar o uso dos serviços, a capacidade de um grupo de buscar e obter a atenção necessária.

É na relação do usuário com os serviços, que é possível evidenciar se o direito à saúde está acontecendo. Onde o acesso é a categoria central para analisar o direito à saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Grande parte da literatura entende que acesso não é simplesmente a utilização do serviço de saúde, mas sim, a utilização dos serviços de forma apropriada em momentos convenientes (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O conceito acesso tem múltiplas dimensões e pode variar ao longo do tempo, levando em conta os fatores financeiros e os não financeiros. Considerando os múltiplos aspectos, o acesso aos serviços de saúde envolve pontos importantes, a saber: políticos, econômicos, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos a fim de obter a universalidade da atenção, não se limitando a mera utilização dos serviços (ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; ESPOSTI, et al., 2016).

O acesso, assim como a assistência, na evolução das políticas públicas no Brasil, sofreu transformação. O que era inicialmente um acesso excludente na

década de 1970, considerando que tinham direito à assistência apenas quem contribuía, na década de 1980, com a redemocratização do Estado brasileiro, foi discutido a assistência à saúde e a importância da ampliação do acesso à atenção à saúde, proporcionando uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscou unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Sanchez e Ciconelli (2012) coloca que o conceito acesso tornou-se mais complexo, devido à incorporação de aspectos de difícil mensuração.

Segundo Travassos e Martins (2004, p. 191):

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto.

É importante ressaltar a relação do acesso aos serviços de saúde e equidade, como a capacidade que os sistemas de saúde têm de se organizarem para responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. É na relação íntima destes dois aspectos, que é possível disponibilizarem a oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e expectativas dos cidadãos (BARROS et al., 2016).

A categoria acesso, em busca de sua essência, deve estar embasada no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalidade da atenção, regionalização, hierarquização e a participação popular. O acesso é tido como um dispositivo transformador da realidade, pois em sua concepção e dimensões, se garantirá o ingresso universal do usuário ao sistema de saúde, através da consciência de cidadania (JESUS; ASSIS, 2010).

Segundo Jesus e Assis (2010), dentro das dimensões da categoria acesso, a dimensão econômica é definida como a capacidade de ofertar os serviços de acordo com as necessidades da população, a dimensão técnico assistencial é a forma de organização de uma rede de serviços, com princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização, respeitando a universalidade, equidade e integralidade e a dimensão política do acesso ocorre pela participação cidadã e pelo controle social e a dimensão simbólica que é uma concepção ampliada do processo

saúde doença, complementada por elementos econômicos, técnicos, sociais e antropólogos.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 de 1990) traz dentro do capítulo princípios e diretrizes, a categoria acesso aos serviços de saúde no princípio universalidade, pois coloca que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser organizadas, de forma que atendam ao princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990, BRASIL, 2015b).

Portanto, o SUS é construído num contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais, contrapondo com um dos maiores desafios, que seria a ampliação do acesso e suas ações e serviços (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue (OMS, 2010).

O Estado deve, então, instituir as suas Regiões de Saúde, considerando seus limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades, dentro dos critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. A partir dessa organização de Regiões de Saúde, estruturam-se as redes de atenção, assim, a integralidade da assistência deve se iniciar e terminar dentro da própria Rede de Atenção, mediante referenciamento do usuário (BRASIL, 2011).

No Brasil esta mudança de concepção da organização e utilização dos serviços, com a implantação das redes de atenção à saúde, deve ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade. Devendo ser estruturada como base nos fundamentos de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso e com integração horizontal e vertical (MENDES, 2011). A implementação com centralidade na Atenção Básica permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade (BARROS et al., 2016).

Para garantir o acesso universal aos serviços de saúde, os entes federados devem, então, pactuar, nas comissões intergestores, os fluxos de ações de serviços, monitorar o acesso, ofertar regionalmente as ações e os serviços de

saúde, bem como, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde {Formatting Citation}.

O Ministério da Saúde (2011) refere que:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

De acordo com o decreto nº 7508 de 2011, o acesso é abordado diante da concepção de redes de atenção, não apenas considerando o princípio universal, mas também igualitário com as ações ordenadas a partir das portas de entrada (BRASIL, 2015).

Mendes (2016), coloca o conceito de acesso como o buscar e obter serviços oportunos de acordo com as necessidades de cada usuário.

2.2 LEGISLAÇÕES NORMATIVAS AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

A Constituição Federal no artigo 196, fala que a saúde é um direito de todos com acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988)

Art.196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A lei 8080 de 1990 coloca como dever do Estado garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e a instituição de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2014).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença. Ela está organizada de maneira a possibilitar o fornecimento ininterrupto de ações de atenção à saúde, mediante a articulação dos pontos distintos de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, uma nova agenda começa a ser formada, originada dos sistemas fragmentados, direcionados aos cuidados de eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltada às atenções as condições agudas e crônicas, da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica (MENDES, 2011).

Nesse cenário, fazem-se necessários normativos legais, para que o Brasil possa alcançar o objetivo da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas, porém não estabeleceu o tempo necessário para início do tratamento ao câncer de mama (BRASIL, 2011). Todavia, em 2012 foi sancionada a Lei 12.732 da Presidência da República, de 22 de novembro de 2012, a qual estabelece o tempo de 60 (sessenta) dias para início do tratamento de câncer (BRASIL, 2012).

Dessa forma, para que a Lei 12.732 fosse implementada, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 876, de 16 de Maio de 2013, que dispõe a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna assim como a partir de que ponto é contado o tempo para início do tratamento (BRASIL,2013a) colocando:

Art. 3º O prazo de 60 (sessenta) dias fixado no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, para fins do primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, contar-se-á a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

Entretanto, essa portaria não deixou claro que os 60 (sessenta) dias seriam contados a partir do diagnóstico firmado em laudo patológico. Assim, foi fundamental a publicação de outro dispositivo, a Portaria 1220, de 3 de junho de 2014 do Ministério da Saúde, que alterou o Art.3º da Portaria 876, através (BRASIL, 2014):

Art. 3º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário.

A necessidade de melhoria na qualidade da informação e da execução da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer motivou a criação do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN). Desse modo, os registros como a data

em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico ou registro do exame no prontuário, bem como o dia do início do tratamento, sejam inseridas e proporcione o monitoramento e o controle. O SISCAN, no âmbito do SUS, tem por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, com o propósito de disponibilizar a efetiva atenção ao usuário. O registro pode ser feito pelo médico e/ou outro membro da equipe de saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Em conjunto com esses normativos, tem-se a portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014, do Ministério da Saúde, que trata dos parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde na atenção especializada, bem como, define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos(BRASIL,2014).

Assim, a partir dessa portaria os estabelecimentos de saúde da rede de atenção oncológica serão habilitados como: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e sua subcategoria de habilitação (com Serviço de Oncologia Pediátrica), Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e suas subcategorias de habilitação (com Serviço de Radioterapia, com Serviço de Hematologia e com Serviço de Oncologia Pediátrica) e o Complexo Hospitalar (BRASIL, 2014).

O CACON se responsabiliza por prestar atenção especializada em oncologia, consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e tratamento por cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos a todos tipos de câncer, incluindo os hematológicos, não obrigatoriamente os de crianças e adolescente. O UNACON se responsabiliza por prestar atenção especializada para no mínimo cinco tipos de câncer, sendo que a radioterapia pode ser referenciada para outro serviço. O Complexo Hospitalar é formado quando um CACON ou UNACON, forma uma conexão com outros serviços de radioterapia ou com Hospitais Gerais com cirurgia, e quando estes, apresentarem uma produção de radioterapia ou de procedimentos cirúrgicos, acima dos parâmetros da portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é então organizada, de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à

saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde. De maneira operacional, o município pactua a regulação dos procedimentos relacionados à linha de cuidado oncológica câncer e o fluxo de usuários. Esta pactuação, entre os serviços da rede de atenção à saúde, visa a garantia da referência e de contra referências regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, tendo a Atenção Básica como coordenadora e ordenadora do cuidado dos usuários com câncer (BRASIL, 2017b).

Cada Estado da federação deve, então, organizar os seus planos de oncologia. O Piauí teve a aprovação do plano de atenção oncológica em 2015, após dialogar com os municípios e realizar a pactuação nas comissões intergestoras regionais-CIRs e através da deliberação Comissão Intergestora Bipartite - CIB-PI nº 122/2015, em 14 de dezembro de 2015 (PIAUÍ, 2015).

Apesar da quantidade de normativos legais, não é disponibilizado nenhum dispositivos que possa garantir a implementação da Lei (ASSIS; JESUS, 2012) e como coloca Fleury (1997), não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei no documento.

2.3 CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Jesus e Lopes (2003) definem câncer de mama como:

Uma neoplasia maligna que acomete as estruturas mamárias, podendo vir, também, a comprometer a rede linfática proximal, desenvolvendo metástase à distância. É um tipo de neoplasia curável, quando detectada precocemente, apesar da sua associação à morte iminente.

A Organização Mundial da Saúde, em 2012, publicou um documento de classificação para tumores de mama, onde são elencados mais de 20 subtipos diferentes de manifestações clínicas da doença. Sendo que a maioria dos tumores de mama origina-se no epitélio ductal e são conhecidos como carcinoma ductal invasivo. Por ser considerada uma doença heterogênea, existem outros subtipos de carcinomas que podem ser diagnosticados, como o lobular, o tubular, o mucinoso, o medular, o micropapilar e o papilar (BRASIL, 2015a).

É um tipo de câncer considerado multifatorial, envolvendo fatores biológico-endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) são os mais bem conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo e exposição à radiação ionizante também são considerados agentes potenciais para o desenvolvimento desse câncer (BRASIL, 2015b).

O câncer de mama é o segundo câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. No Brasil, a apresentação entre os principais cânceres tem-se: mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) (INCA, 2017b).

No entanto, quando diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom. Os principais fatores estão relacionados à menarca precoce, não ter gerado filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (INCA, 2017a).

O câncer de mama é considerado, como a principal causa de morte, entre as mulheres portadoras de câncer, em todo o mundo, com aproximadamente 522 mil mortes no ano de 2012. Nos países desenvolvidos figuram como a segunda causa de morte por câncer. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil é considerada a primeira. Mesmo sendo considerado um câncer com um relativo bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, com 14 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2013 (BRASIL, 2015b).

O retardo no diagnóstico é o maior responsável na determinação da mortalidade. Assim, o diagnóstico e tratamento precoces, estão diretamente associados a um melhor prognóstico, quando comparado a resultados de pacientes que iniciaram o tratamento com atraso (MAGHOUS et al., 2016; FERREIRA; BARROS et al., 2011; ROSA; RADÜNZ; BRÜGGEMANN, 2013; CRISTINA et al., 2017).

O prognóstico e tratamento do câncer de mama são definidos pela localização, idade de apresentação e estadiamento da doença, somados aos fatores de riscos, considerando os critérios histopatológicos, biológicos e, mais

recentemente, parâmetros moleculares e genéticos. Desta forma, a identificação de fatores de risco, o diagnóstico em estágio inicial da doença e o encaminhamento adequado para o atendimento especializado possibilitam para um melhor resultado terapêutico e prognóstico (BRASIL, 2018).

A confirmação diagnóstica, cito ou histopatológica de malignidade é a condição necessária para a indicação de tratamento de câncer. As evoluções biológicas das neoplasias malignas são determinadas de acordo com um sistema próprio de classificação, desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). O conhecimento da biologia dos tumores e da evolução das neoplasias malignas norteia a escolha do tratamento a uma melhor sobrevida dos doentes (BRASIL, 2017c).

Este sistema, no Brasil é denominado de “estadiamento”, que tem como base a avaliação da dimensão do tumor primário (representada pela letra T), a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais (representada pela letra N) e a presença, ou não, de metástase à distância (representada pela letra M), conhecido como Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos (BRASIL, 2015; 2018).

“Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, que estão em constante aperfeiçoamento. Essa classificação permite ao médico especialista em oncologia propor o tratamento mais adequado para cada paciente, uma vez que dois pacientes, com o mesmo tipo de câncer, mas com estadiamentos diferentes, podem ter diferentes propostas de tratamento (INCA, 2017a).”

O estadiamento da doença segundo a Classificação de Tumores Malignos (TNM), da União Internacional Contra o Câncer, leva em consideração os parâmetros que dizem respeito ao tamanho do tumor, a presença ou ausência de metástase em linfonodos regionais e a presença de metástase à distância. A determinação do estágio, como pode ser demonstrado no Quadro 1, auxilia na obtenção do prognóstico da doença e como tratá-la (BRASIL, 2018).

Para classificação do estadiamento dos tumores, os três componentes TNM são adicionados de uma combinação de números, como definidos no Quadro 1 (BRASIL, 2018).

Quadro 1 - Grupamento por Estádios do Carcinoma de Mama, segundo a Classificação TNM

Estadiamento	TNN 6ª Edição
0	TisN0M0
IA	T1*N0M0
IIA	T0N1M0; T1*N1M0; T2N0M0
IB	T0N1miM0; T1*N1mi M0
IIB	T2N1M0; T3N0M0
IIIA	T0N2M0; T1*N2M0; T2N2M0; T3N1M0; T3N2M0
IIIB	T4N0M0; T4N1M0; T4N2M0
IIIC	Qualquer T N3M0
IV	Qualquer T Qualquer N M1

Legenda: TNM = Classificação de Tumores Malignos

Fonte: Brasil, 2018.

As opções terapêuticas para o câncer de mama incluem a cirurgia do tumor primário, a avaliação do acometimento axilar e radioterapia, como forma de tratamento local e o tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia) (BRASIL, 2018; INCA, 2018).

O tratamento sistêmico pode ser prescrito como prévio, denominado tratamento neoadjuvante, ou após a cirurgia e a radioterapia, denominado tratamento adjuvante. As modalidades terapêuticas combinadas podem ter intento curativo ou paliativo, sendo que todas elas podem ser usadas isoladamente com finalidades paliativas (BRASIL, 2018; INCA, 2018).

Para o câncer inicial, estágio I e II, a cirurgia da mama é o principal tratamento, podendo ser conservadora, retirada apenas do tumor, ou mastectomia, com reconstrução mamária e avaliação dos linfonodos axilares. Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações (BRASIL, 2018; INCA, 2018).

Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, estágio III, o tratamento sistêmico, na maioria das vezes a quimioterapia, é a modalidade inicial. Após uma resposta adequada, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia) (INCA, 2018).

Para pacientes com tumores recidivados ou metastáticos, estágio IV, o tratamento sistêmico prescrito enquadra-se como paliativo, que é a palição de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional da doente, mas não repercutirá, obrigatoriamente, sobre a sua sobrevivência (BRASIL, 2018).

A quimioterapia neoadjuvante (prévia ou citorrredutora) é indicada para casos em que a intervenção cirúrgica não é possível, ou não está indicada, ou ainda em casos que se deseja a cirurgia conservadora de mama. Os estágios avançados referem-se ao IIIA, IIIB e III C (SLEDGE et al., 2014)(BRASIL, 2018).

Sledge et al., (2014) também relata que:

A quimioterapia neoadjuvante tornou-se o padrão de tratamento para pacientes com câncer de mama localmente avançado e uma alternativa razoável à quimioterapia adjuvante com grande doença operável.

A Quimioterapia adjuvante está indicada após tratamento cirúrgico curativo, quando o doente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável pelo exame físico e exames complementares indicados para o caso (SLEDGE et al., 2014; BRASIL, 2018).

O câncer de mama torna-se uma doença potencialmente prevenível, na medida em que se estabelece o diagnóstico precoce, a fim de detectar e assim iniciar o tratamento também em fases mais precoces (JESUS ; LOPES, 2003).

2.4 FINANCIAMENTO: TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Este financiamento é constituído por blocos, de acordo com as especialidades de suas ações. Entre os blocos existentes, tem-se o da Atenção de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, que inclui os procedimentos de alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017b).

Os hospitais habilitados para tratamento em oncologia informam os procedimentos realizados através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Para cada procedimento tem-se um código específico de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), com valores específicos (BRASIL,2016).

Os procedimentos para tratamento em oncologia, quimioterapia e radioterapia, são solicitados e registrados em laudo de Autorização de

procedimentos Ambulatoriais (APAC) e as internações utiliza o laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL,2017c). No entanto, para que o estabelecimento registre a sua produção realizada, no sistema de informação do SUS, é utilizado um código específico para cada procedimento, com valores correspondentes. Estes códigos estão organizados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), exemplificados no quadro 2, (BRASIL,2017c).

Os recursos do Ministério da Saúde são transferidos para os Gestores Municipais, e estes, via contratualização, repassam o recurso ao hospital habilitado que executa os procedimentos (BRASIL, 2017b).

Quadro 2. Valores unitários dos procedimentos realizados pelas participantes do estudo por grupos de terapias. Piauí, Brasil, 2018.

Grupo/procedimentos	Valor (R\$)
Terapias cirúrgicas	
Mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia	2462,85
Mastectomia simples em oncologia	2045,07
Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama)	1498,64
Segmentectomia/quadrantectomia/setorectomia de mama em oncologia	1913,83
Implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável (procedimento principal)	428,64
Procedimentos sequenciais em oncologia	0,00
Ooforectomia/ooforoplastia	509,86
Reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia	3.359,04
Setorectomia/quadrantectomia com esvaziamento ganglionar	358,20
Plástica mamária reconstrutiva pós-mastectomia com implante de prótese	315,92
Plástica mamária feminina não estética	514,17
Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama)	1498,64
Setorectomia/quadrantectomia	313,44
Procedimentos gerais	
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	45,93
Tratamento clínico de paciente oncológico	367,40
Radioterapias	
Radioterapia com acelerador linear só de fótons (por campo)	30,00
Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons (por campo)	35,00
Planejamento simples (por tratamento)	60,00
Braquiterapia	2000,00
Quimioterapias paliativas	
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado - 1ª linha	1700,00
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha	2378,90
Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha	301,50
Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado - 1ª linha	79,75

(Continua)

Poliquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo - 1ª linha	1700,00
Quimioterapias prévias	
Quimioterapia do carcinoma de mama (prévia)	1400,00
Poliquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio III	1400,00
Quimioterapias adjuvants	
Poliquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio I	571,50
Poliquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio II	800,00
Poliquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio III	800,00
Monoquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio I	34,10
Monoquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio II	34,10
Monoquimioterapia do carcinoma de mama her-2 positivo em estágio III	34,10
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I	79,75
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II	79,75
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio III	79,75
Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio I	571,50
Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II	800,00
Quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III	800,00
Fator estimulante do crescimento de colônias de granulócitos/macrófagos	871,00
Inibidor da osteólise	449,50

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS(SIGTAP)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama do Estado do Piauí.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os aspectos demográficos, socioeconômicos, ginecológicos, obstétricos e clínicos de mulheres que realizaram o tratamento para câncer de mama.

Descrever o fluxo de tratamento das mulheres a partir da circunstância de detecção de anormalidade até a realização do tratamento para câncer de mama.

Determinar o tempo para o diagnóstico do câncer de mama e o início para o tratamento.

Analisar os custos dispensados no tratamento de câncer de mama em tempo oportuno e não oportuno.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e analítico. A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições hospitalares de referência para o tratamento de câncer de mama em todo o Estado do Piauí, o Hospital São Marcos e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, ambos localizados no município de Teresina, capital do Estado do Piauí.

O Hospital São Marcos - Associação Piauiense de Combate ao Câncer que está localizado na região centro norte da cidade de Teresina, capital do Piauí, é um Hospital Geral de grande porte de caráter Filantrópico e credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS) dispendo atualmente de 221 leitos SUS. É o único Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no Estado do Piauí, até maio de 2016 era a única referência de oncologia para os pacientes SUS no Piauí.

Em 2015 o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) foi inserido como ponto de atenção na rede Oncológica do Estado do Piauí. É um Hospital Geral Público Federal de médio porte, oferta serviços de alta e média complexidade com 190 leitos, todos do SUS. Habilitado como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) oferece os serviços de oncologia para a rede.

Os dados da pesquisa foram obtidos através dos sistemas de informação Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Gestor Saúde e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI-APAC), dos prontuários (dados secundários) e através de entrevista com as pacientes (dados primários), com horário acordado.

O período do estudo para a realização da coleta de dados ocorreu de janeiro de 2018 até junho de 2018.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que estavam em tratamento no estado do Piauí, no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Neste período, foram registrados 1.040 casos novos de câncer de mama, segundo dados da Associação Piauiense de Combate ao

Câncer e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Compuseram a amostra as mulheres que atenderam ao seguinte critério de inclusão: apresentar registro no sistema gestor de marcação de consultas. Foram critérios de exclusão: não apresentar prontuário da paciente e não 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:

Equação 1

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde 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 conforme literatura (BLEICHER et al., 2016; MCLAUGHLIN et al., 2012; MOLINIÉ et al., 2013; SOUZA et al., 2015), 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 a amostra entre as instituições com registro dos casos: Hospital São Marcos (140) e Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (15). Para coleta dos dados, foi construída uma lista das mulheres que atenderem aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra. O sorteio foi realizado por meio do BioEstat, versão 5.0. Aquelas que não foram localizadas após três tentativas de contato foram substituídas, também, por sorteio, até completar o quantitativo mínimo da amostra.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um formulário de coleta de dados, onde foram incluídas as variáveis contendo características sociodemográficas (data de nascimento, estado civil, escolaridade, cor/raça, residência, atividade remunerada, possuir filhos, idade da primeira gestação, amamentação, menarca, menopausa, profissão); epidemiológicas (comorbidades, tabagismo, bebida alcoólicas, uso de contraceptivo, terapia hormonal, câncer de mama anterior, e doenças benignas de câncer);

diagnóstico e tratamento (data dos primeiros sintomas, lateralidade, CID, Tamanho do tumor, linfonodo regional, presença de metástase); a data do início do tratamento foi analisada relacionado com essas variáveis; foram incluído, também, variáveis referentes aos custo dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Foram definidas como variáveis operacionais para verificação do tempo para início do 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.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O levantamento de custos com o tratamento foi feito através dos dados secundários no prontuário de cada paciente referente ao período do tratamento das mulheres entrevistadas. Para a composição da planilha de custos, foram organizados os procedimentos realizados por grupos de terapias (cirúrgicas, procedimentos gerais, radioterapias e quimioterapias), conforme valores unitários disponibilizados na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) apresentados no quadro 2.

4.5 ESTATÍSTICA

4.5.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Microsoft Excel[®], a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. 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).

Na análise inferencial, a normalidade das distribuições dos custos das terapias foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi utilizado o teste de correlação de Spearman para verificar a relação entre os custos com as terapias utilizadas no tratamento das mulheres e o intervalo entre o diagnóstico e o início do

tratamento. Foram apresentados os valores de significância ($p < 0,05$) e coeficiente de correlação (r).

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 deste 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 Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança (IC). Os percentuais das tabelas de contingência foram calculados nas colunas e as variáveis foram interpretadas (comparadas) nas linhas.

Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

4.5.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram analisados usando o software IBM® SPSS®, versão 23.0. A análise descritiva foi realizada com apresentação do tempo para início de tratamento e a tempestividade do tratamento, apresentando a frequência absoluta e o percentual.

O dado “tempo para início de tratamento” foi coletado a partir das informações registradas no prontuário, onde consta a data do resultado da biópsia, comprovada com o resultado de exame, ou através do questionamento com a paciente, sendo comprovado com o resultado de exame ou através da data informada pelo paciente. A partir desta informação, foi calculado o tempo que cada paciente esperou para início do tratamento. O início do tratamento foi considerado com o dia da primeira intervenção, seja cirúrgico, quimioterapia ou radioterapia.

Para a análise dos custos da radioterapia, foi considerado como multiplicador o índice de campos de radioterapia com megavoltagem por planejamento (=91,87), que foi de acordo com o relatório de avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia, da Coordenação Geral de Atenção

Especializada/DAET/SAS-MS a média de campos por planejamento para o ano de 2016, considerando que não foi possível na análise dos prontuários quantificar a quantidade de campos por planejamento.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal (HU-UFPI), CAEE: 63470716.8.0000.8050, parecer nº.1.933.576 e pelo Comitê de Ética do Hospital São Marcos, CAEE: 63470716.8.3002.5584, parecer nº 2.565.844. E atendeu às normalizações da resolução 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012) que trata dos aspectos éticos de pesquisas em seres humanos.

Os dados coletados foram tratados de forma confidencial. As participantes foram informadas dos objetivos e metodologia da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE B). Foi resguardo o direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, assim como garantindo o direito de anonimato e garantia de não acarretar prejuízo ou risco aos participantes.

5 RESULTADOS

Neste estudo foram incluídas cento e cinquenta e cinco participantes. O perfil demográfico e socioeconômico compreendeu as seguintes variáveis: faixa etária no diagnóstico, estado civil, cor ou raça, grau de instrução, atividade remunerada, renda e ocupação. A idade média (\pm DP) de 53,6 (\pm 12,4) anos, com a mínima de 26,0 e máxima de 82,9 anos. Em relação ao estado civil, 57,4% eram casada/união estável; quanto à cor ou raça prevaleceu entre as entrevistadas a cor parda 58,1%. Das mulheres participantes da pesquisa Escolaridade: 6,9 (\pm 5,8) anos de estudo, com máximo de 20 anos, sendo que 28 (18,1%) não eram alfabetizadas. Quanto à renda individual mensal (R\$): 899,43 (\pm 1.055,32), com máximo de (R\$)10.000,00 e renda familiar mensal (R\$): 1.245,85 (\pm 1.311,35), com máximo de (R\$)10.000,00 (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas 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
Total	155	100,0		

Legenda: M: média; DP: desvio padrão

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018

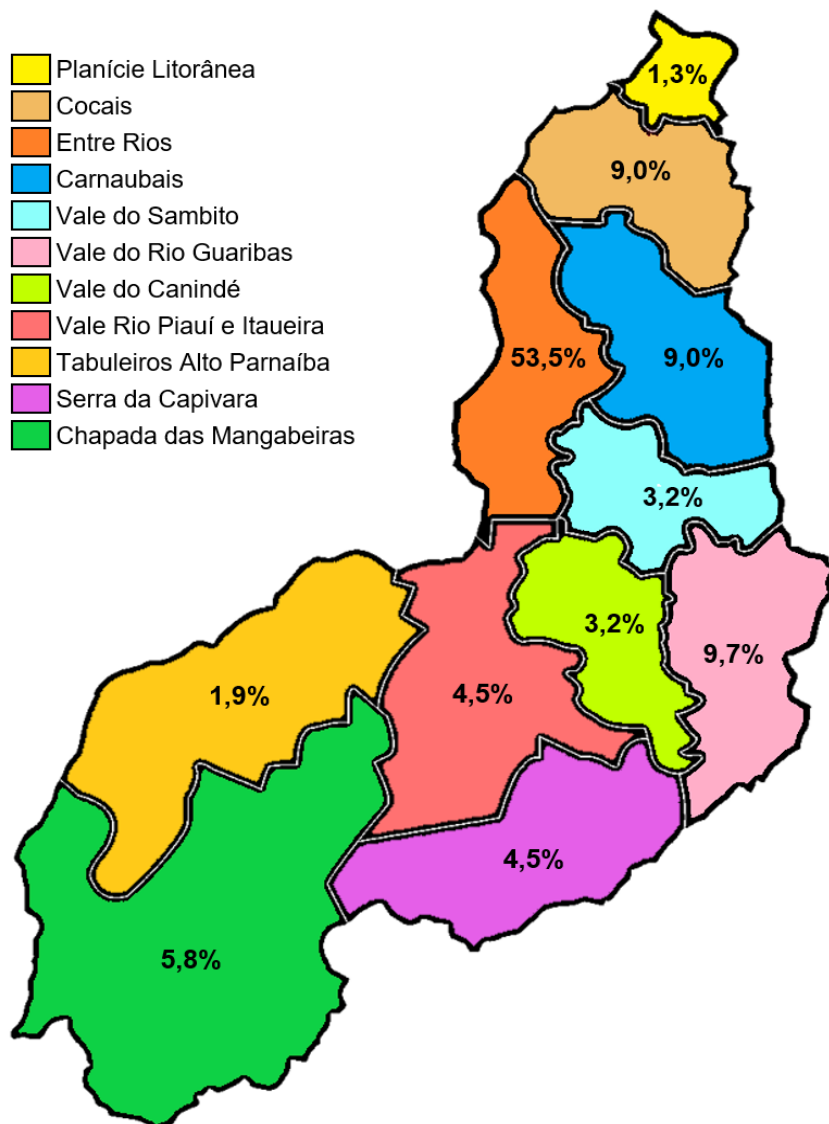
A Tabela 2 mostra a frequência e o percentual de casos de câncer de mama distribuídos entre os 11 (onze) Territórios de Saúde do Estado do Piauí. A Figura 1 mostra, no mapa do Piauí com os respectivos limites e localização de cada Território. O maior percentual, 53% das mulheres, residiam no Território Entre Rios onde fica a Capital do Estado do Piauí e a maior concentração dos pontos de atenção de alta complexidade do Piauí, seguido por Vale do Rio Guaribas (9,7%), Carnaubais e Cocais (9,0%), Chapada das Mangabeiras(5,8%), Serra da Capivara e Vale do Rio Piauí e Itaueira (4.5%), Vale do Canindé e Vale do Sambito (3,2%), Tabuleiro do Alto Parnaíba (1,9%) e Planície Litorânea (1,3%) (Figura 1).

Tabela 2- Frequência absoluta e o percentual dos casos de câncer de mama distribuídos nas regiões de saúde do Piauí (n=155). Piauí, Brasil, 2018.

Residência (Regiões de saúde)	Frequência	Percentual (%)
Entre Rios	83	53,5
Cocais	14	9
Tabuleiros do Alto Parnaíba	3	1,9
Chapada das Mangabeiras	9	5,8
Serra da Capivara	7	4,5
Vale Rio Piauí e Itaueira	7	4,5
Vale do Canindé	5	3,2
Vale do Rio Guaribas	15	9,7
Vale do Sambito	5	3,2
Planície litorânea	2	1,3
Carnaubais	5	3,2
Total	155	100

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

Figura 1 - Distribuição percentual dos casos de câncer de mama avaliados conforme regiões de saúde do Piauí (n=155). Piauí, Brasil, 2018



Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018

Para as variáveis relacionadas aos aspectos ginecológicos e obstétricos das mulheres, foram consideradas informações referente ao ciclo reprodutivo da mulher, como idade da menarca, gestação, amamentação, menstruação, menopausa e intervenção cirúrgica com Histerectomia (Tabela 3). Das 155 participantes, 136 (87,7%) declaram que tinham filhos, sendo a idade média da primeira gestação: 22,5 ($\pm 5,3$), com mínimo 14,0 e máximo 38,0 anos. Com relação

à amamentação 131 pacientes (84,0%) amamentaram, com um tempo de amamentação (em meses) de 16,6 ($\pm 13,5$) meses, variando de um mês aos cinco anos. A idade média da menarca foi de 13,5 ($\pm 1,7$) anos, com mínimo de 10,0 e máximo de 18,0 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Aspectos ginecológicos e obstétricos das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018.

Característica		M	DP	N	%
Filhos	Sim			136	87,7
	Não			19	12,3
Idade da primeira gestação (anos)		22,5	5,3		
Amamentação de filhos	Sim			131	84,5
	Não			7	4,5
Não possui filhos				17	11,0
Tempo de amamentação (em meses)		16,6	13,5		
Idade da menarca (anos)		13,5	1,7		
Menopausa	Sim			124	80,0
	Não			31	20,0
Idade de início da menopausa (anos)		47,4	7,1		
Parada da menstruação em decorrência da QT*	Sim			18	11,6
	Não			95	61,3
	Não soube informar			8	5,2
Histerectomia*	Sim			15	9,7
	Não			98	63,2
	Não soube informar			8	5,2
Total				155	100,0

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; QT: quimioterapia; *: N=124

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

As informações relacionadas com a presença de comorbidades, uso de contraceptivos, terapia hormonal, tabagismo, etilismo, doenças benignas da mama e histórico de câncer de mama anterior foram catalogadas na Tabela 4, onde 64 das mulheres (41,3%) relataram alguma comorbidade, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica com 50 (32,3%), Diabetes Mellitus 21 (13,5%), hipercolesterolemia 4 (2,6%), sobrepeso 4 (2,6%), cardiopatias 3 (1,9%), obesidade 2 (1,3%), lúpus eritematosos sistêmicos 2 (1,3%) e depressão 1 (0,6%). O uso de contraceptivo foi informado por 64 das pacientes (41,3%), com 51 (32,9%) orais, 12 (7,7%) métodos de barreira e 2 (1,3%) injetáveis (Tabela 4).

Tabela 4 - Características epidemiológicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018.

Característica		N	%
Comorbidades	Sim	64	41,3
	Não	91	58,7
Uso de contraceptivos	Sim	65	41,9
	Não	90	58,1
Terapia hormonal	Sim	9	5,8
	Não	146	94,2
Tabagismo	Fumante	4	2,6
	Ex-fumante	40	25,8
	Nunca fumou	111	71,6
Etilismo	Ex-alcoolista	54	34,8
	Nunca bebeu	101	65,2
Câncer de mama anterior	Sim	47	30,3
	Não	108	69,7
Doenças benignas da mama	Sim	41	26,5
	Não	114	73,5
CID	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
Total		155	100,0

Legenda: QT: quimioterapia; *: em dias

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

A tabela 5 mostra a distribuição percentual das pacientes, conforme a classificação clínica pré-tratamento no sistema de classificação TNM: O percentual e a categoria de tumor (T), área de acometimento linfonodal (N) e metástase a distância (M), possibilitando assim o agrupamento em estágios. Os locais da metástase também foram listados dada a sua importância. As principais metástases: pulmonar 6 (3,9%), óssea 4 (2,6%), pleural 1 (0,6%) e um caso compreendia metástase óssea e linfonodal (0,6%).

Tabela 5 - Distribuição das pacientes conforme a classificação clínica pré-tratamento no Sistema TNM (n=155). Piauí, Brasil, 2018

	Tamanho do tumor		Linfonodo regional		Presença de metástase			
	N	%	N	%	N	%		
TX	1	0,6	NX	3	1,9	M0	127	81,9
T0	1	0,6	N0	49	31,6	M1	11	7,1
T1	9	5,8	N1	53	34,2	pMx	4	2,6
T2	45	29,0	N2	21	13,5	pM0	8	5,2
T3	32	20,6	pN1	8	5,2	Mx	5	3,2
T4	7	4,5	pNx	1	0,6			
T1c	10	6,5	pN2a	2	1,3			
T4b	13	8,4	pN3a	3	1,9			
pT2	12	7,7	pN0	8	5,2			
T4d	5	3,2	N2b	1	0,6			
T1a	3	1,9	N3a	2	1,3			
T1b	2	1,3	N2a	1	0,6			
pT1a	1	0,6	pN2	1	0,6			
T1c	1	0,6	N3	1	0,6			
T4d	1	0,6	N3c	1	0,6			
T1b	1	0,6						
pT1c	2	1,3						
pT3	5	3,2						
pT1	1	0,6						
T4c	2	1,3						
T4b	1	0,6						

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018

Estadiamentos delimitados por estágio foram mostrados na tabela 6, onde foram catalogados a distribuição da frequência das mulheres por estágio clínico. Assim, das 155 participantes, 17 (11%) eram do estágio IA, 3 (1,9%), IB, 28 (18,1%) IIA, 36 (23,2%) IIB, 27 (17,4%) IIIA, 27 (17,4%) IIIB, 6 (3,9%) IIIC e 11 (7,1%) IV. Evidenciando que 45,8% das pacientes, foram diagnosticadas em estágios III com o IV, considerado tardio.

O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi outro parâmetro estudado, observando-se uma média (\pm DP) de 275,1 (\pm 491,2) dias (\equiv 9,2 meses), com mínimo 4 dias e máximo 4.903 dias (13,6 anos), e mediana (\pm intervalo interquartil) igual a 122,3 (\pm 279,12) dias (\equiv 4,1 meses) (Tabela 6).

No que se refere ao intervalo de tempo, entre o diagnóstico e o início do tratamento, a média de tempo foi de 112,7 (\pm 93,6) dias, variando de 12 a 550 dias

(18,3 meses \equiv 1,5 anos), com mediana 83,8 (\pm 78,91) dias (2,8 meses), sendo que 111 (71,6%) mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias após o diagnóstico do câncer de mama (Tabela 6).

Tabela 6 - Características clínicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018

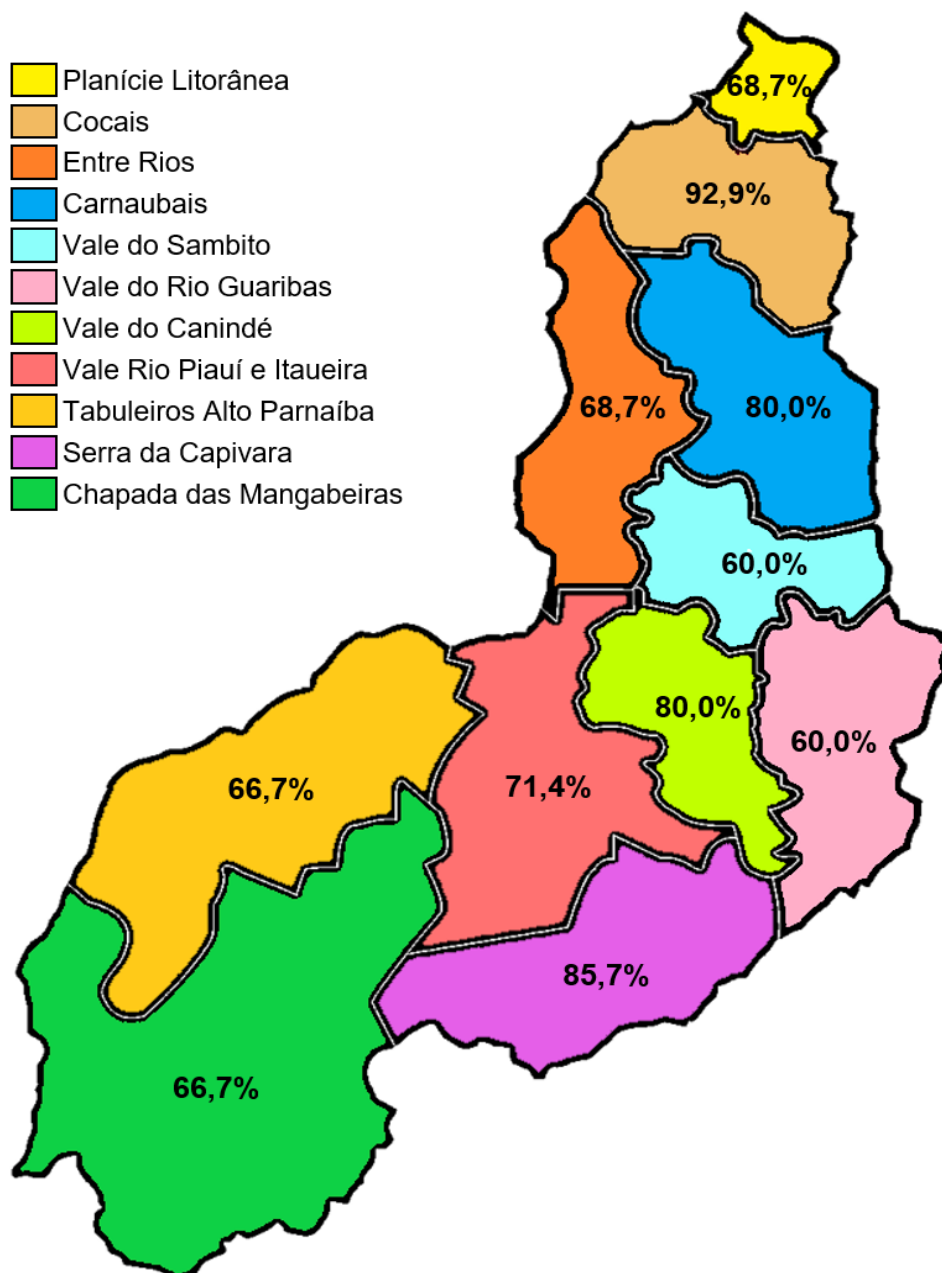
Característica		M	DP	N	%
Estágio da doença	I A			17	11,0
	I B			3	1,9
	II A			28	18,1
	II B			36	23,2
	III A			27	17,4
	III B			27	17,4
	III C			6	3,9
	IV			11	7,1
	Intervalo entre o início dos sintomas e diagnóstico*		275,1	491,2	
Intervalo entre diagnóstico e início do tratamento*	Maior que 60 dias	112,7	93,6	111	71,6
	Até 60 dias			44	28,4
Total				155	100,0

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; QT: quimioterapia; *: em dias

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

A Figura 2 mostra informações a respeito dos percentuais de atrasos no início do tratamento entre territórios de saúde do Piauí. O maior atraso foi entre as mulheres residentes no território de Cocais com 92,9%; em seguida, Serra da Capivara com 85,7%; Carnaubais e Vale do Canindé 80%; Vale do Rio Piauí e Itaueira 71,4%; Entre Rios e Planície Litorânea com 68,7%; Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros do Alto Parnaíba 66,7% e Vale do Sambito e Vale do Rio guaribas com 60%.

Figura 2 Percentual de pacientes com atraso para o início do tratamento isoladamente por território de saúde do Piauí (n=155). Piauí, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

A Tabela 7 mostra a correlação entre as variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento. É possível observar as associações, estatisticamente significativas, entre o tempo para início do tratamento, com o território estadual, o qual pertence a residência da mulher, ($p=0,041$) 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 que iniciou tratamento no intervalo maior que 60 dias foi 34 (30,6%), enquanto apenas 6 (13,6%) realizaram no prazo. Nesta relação, a razão de prevalência (RP) foi 1,269 (IC95%=1,057-1,524), indicando que mulheres que residem nos territórios citados apresentam uma prevalência 26,9% maior de atraso no início do tratamento em comparação aos demais territórios do Estado do Piauí.

Quanto ao estágio do câncer de mama, a frequência de mulheres com estádios 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 do câncer de mama, nos quais o tumor está limitado à mama, apresentam prevalência 24,0% maior de atraso no início do tratamento comparativamente às diagnosticadas com estádios III e IV. Para as demais variáveis operacionais na tabela, não foram verificadas associações significativas ($p>0,05$) (Tabela 7).

Para as demais variáveis operacionais na Tabela 7, embora não tenham sido verificadas associações significativas ($p>0,05$), descritivamente, quando comparadas as frequências proporcionalmente entre “maior que 60 dias” e “até 60 dias” para início do tratamento do câncer de mama, foram observados maiores percentuais de atraso em mulheres que iniciaram o tratamento em instituição privada/filantrópica 103 (92,8%) vs. 37 (84,1%), ter realizado consulta após primeiros sintomas na APS ou consulta especializada do SUS 55 (49,5%) vs. 19 (43,2%), biópsia particular 70 (63,1%) vs. 25 (56,8%), fazer acompanhamento na atenção básica 35 (31,5%) vs. 13 (29,5%), desempenhar alguma atividade remunerada 78 (70,9%) vs. 30 (68,2%), com renda individual e familiar de até R\$ 954,00, respectivamente, 8 (10,0%) vs. 1 (3,3%) e 22 (20,6%) vs. 8 (20,0%).

Tabela 7 - Associação entre variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento das mulheres (n=155). Piauí, Brasil, 2018

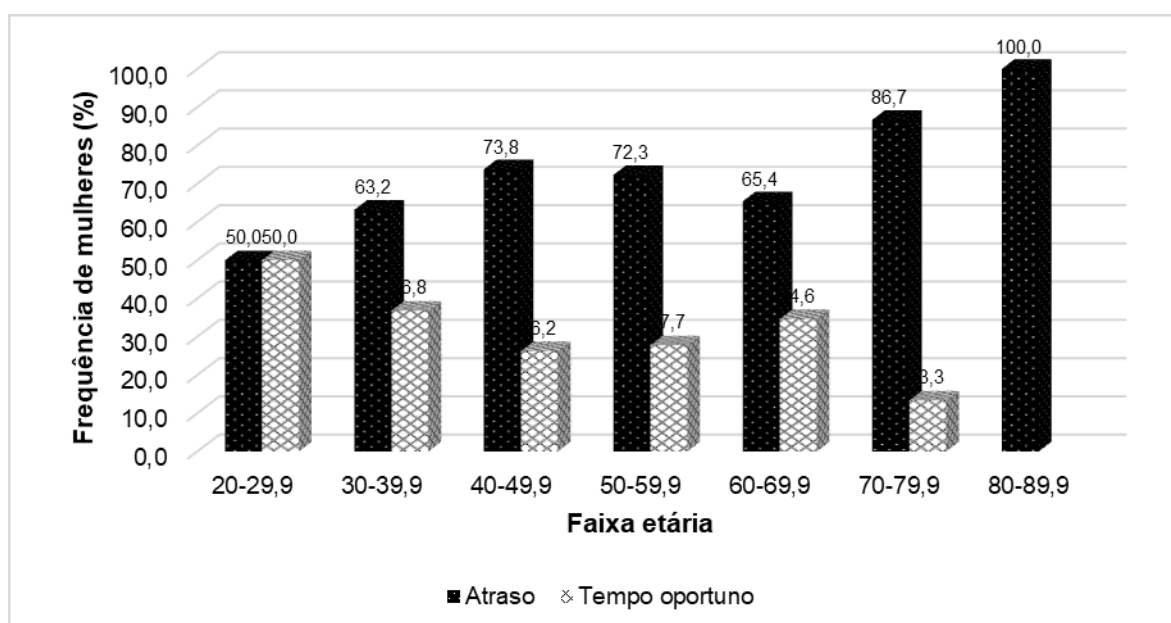
Variável	Tempo para início do tratamento				p	
	>60 dias		≤60 dias			
	n	%	n	%		
Residência (região de saúde)					0,041^f	
Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais	34	30,6	6	13,6		
Entre Rios, Tabuleiros Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras, Vale do Rio Guaribas e Vale do Sambito	77	69,4	38	86,4		
Local do início do tratamento	HSM	103	92,8	37	84,1	0,131 ^f
	HUUFPI	8	7,2	7	15,9	
Consulta após primeiros sintomas	APS ou especializada do SUS	55	49,5	19	43,2	0,593 ^f
	Particular ou campanhas	56	50,5	25	56,8	
Realização da biópsia	Particular	70	63,1	25	56,8	0,472 ^q
	SUS	41	36,9	19	43,2	
Acompanhamento na Atenção Básica	Sim	35	31,5	13	29,5	0,809 ^q
	Não	76	68,5	31	70,5	
Atividade remunerada	Sim	78	70,9	30	68,2	0,738 ^q
	Não	32	29,1	14	31,8	
Renda individual	Até R\$ 954,00	8	10,0	1	3,3	0,440 ^f
	Acima de R\$ 954,00	72	90,0	29	96,7	
Renda familiar	Até R\$ 954,00	22	20,6	8	20,0	0,940 ^q
	Acima de R\$ 954,00	85	79,4	32	80,0	
Estádio do câncer de mama	Estádios I e II	66	59,5	18	40,9	0,037 ^q
	Estádios III e IV	45	40,5	26	59,1	
Total		111	100,0	44	100,0	

Legenda: 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

Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018.

A Figura 3 mostra que o atraso para início do tratamento de câncer de mama é diretamente proporcional à faixa etária, quanto maior a idade maior é o atraso. Na faixa etária de 20-29 anos, 50% das mulheres atrasaram o início de tratamento; na faixa etária de 30-59 anos, o atraso foi de 60% e 74%; e, para faixa etária acima de 60 anos, o atraso foi mais de 80% das mulheres, chegando a 100% para as mulheres na faixa etária acima de 70 anos.

Figura 3 - Distribuição das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama por faixa etária e atraso para início do tratamento (n=155). Piauí, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

A Figura 4 mostra o fluxo de acesso para realização da biópsia e para o tratamento percorrido pelas mulheres, após a detecção de anormalidade. Em que 25% usaram como porta de entrada a Atenção Básica, 22,6% foi por meio de consulta na atenção especializada SUS, 50,3% relataram que buscaram atendimento particular inicialmente e 1,9% das mulheres tiveram como porta de entrada as campanhas específicas para enfrentamento ao câncer de mama.

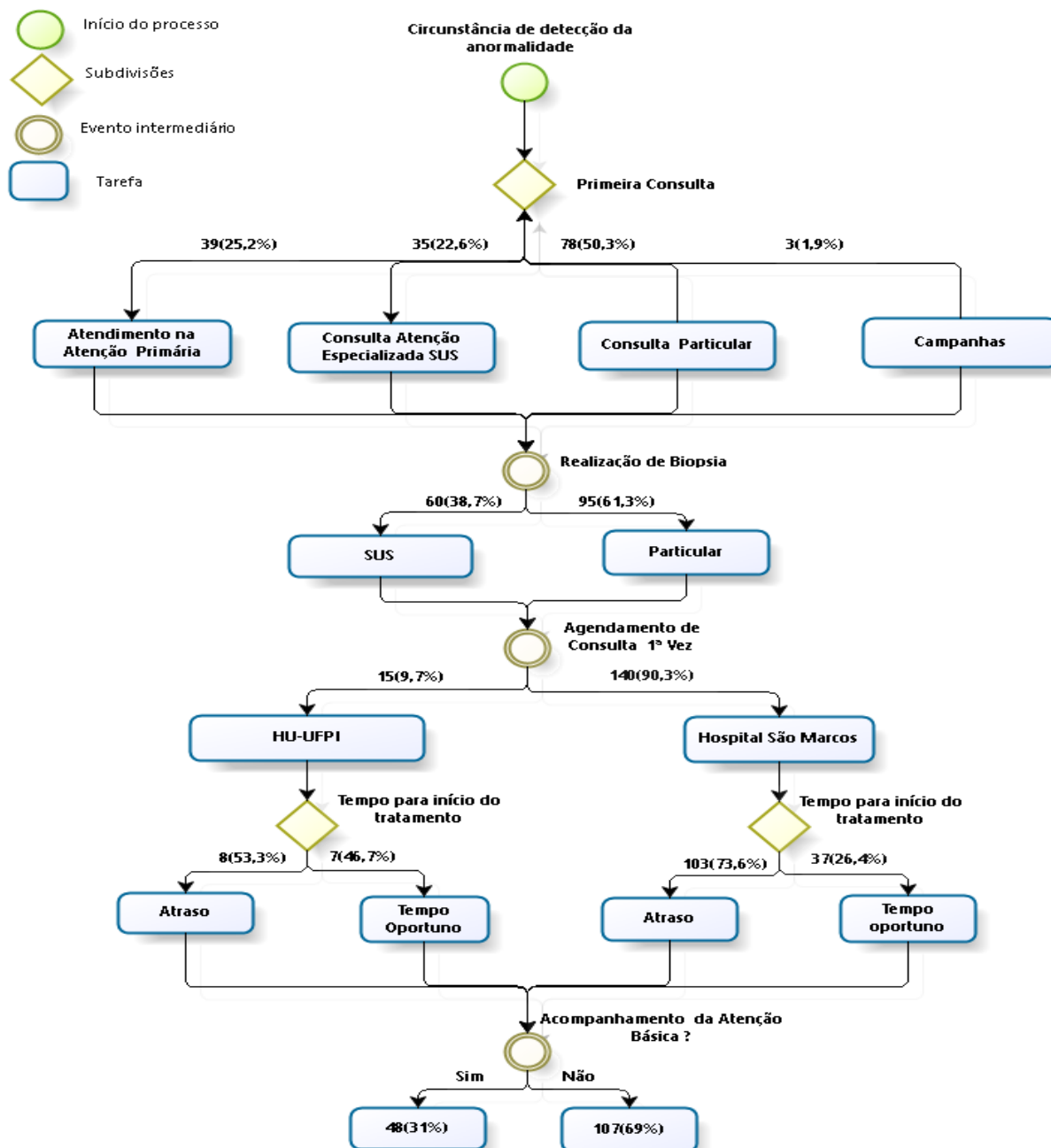
Do total das 155 mulheres entrevistadas, no que se refere à realização da biópsia, 61,3% relataram a realização em serviços particular. Tal informação foi confirmada através de busca ativa no sistema gestor saúde (sistema de regulação do SUS). Para cada mulher que relatou ter feito o procedimento de biópsia na rede

privada, a informação foi confrontada com o registro de marcação para a realização deste procedimento no sistema de regulação (Figura 4). É importante destacar que o procedimento de biópsia ambulatorial, integralmente pelo SUS, no Estado do Piauí é ofertado apenas pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

Em relação ao agendamento para a primeira consulta com o especialista em oncologia e para iniciar o tratamento, 90,3% das mulheres pesquisadas foram agendadas para o HSM e 9,7% para o HU-UFPI. Das que foram para a consulta de 1ª vez no HSM 73,6% iniciaram o tratamento com mais de 60 dias após o diagnóstico, já no HU-UFPI o percentual foi de 53,3 %.

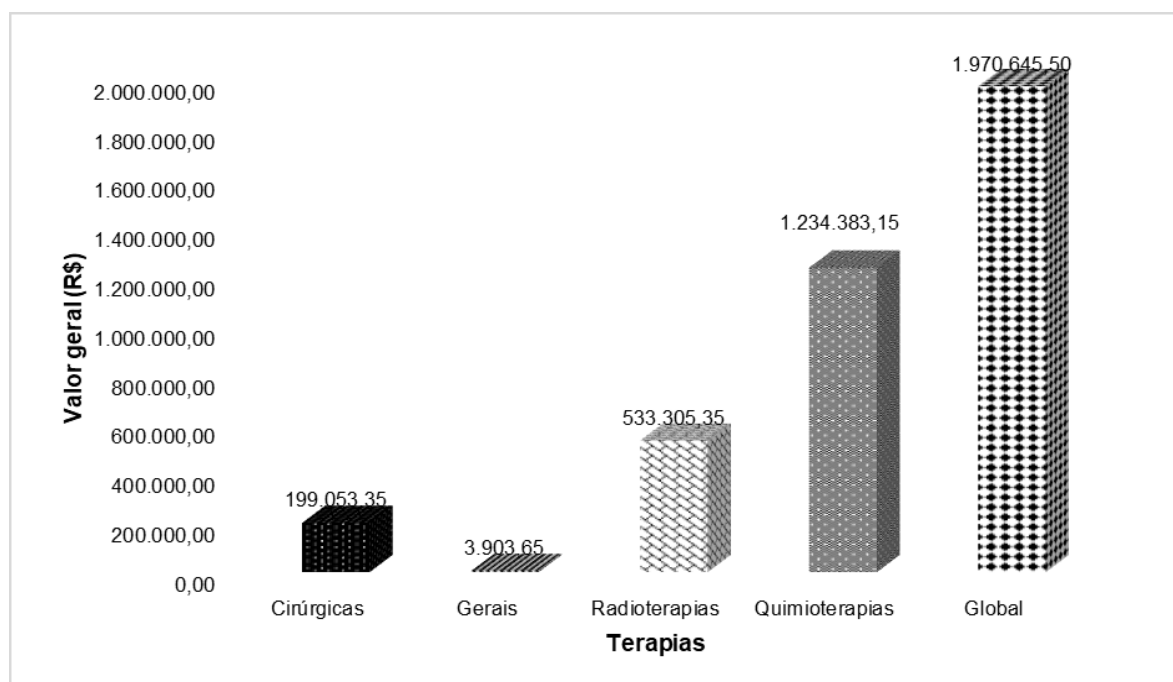
Os dados relacionados ao acompanhamento da Atenção básica, 69% das mulheres pesquisadas referiram não serem acompanhadas pela Atenção Básica (Figura 4).

Figura 4 - Fluxo de acesso a realização da biópsia e ao tratamento das mulheres que realizaram terapia para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018



A Figura 5 mostra os custos do tratamento até o momento da entrevista. Valor geral das terapias cirúrgicas: R\$ 199.053,35 (mediana 2.342,47 ± 2.462,85; mínimo: R\$ 313,44; máximo: R\$ 10.038,21), valor geral dos procedimentos gerais: R\$ 3.903,65 (mediana R\$ 367,40 ± 114,81; mínimo: R\$ 45,93; máximo: R\$ 367,40), valor geral das radioterapias: R\$ 533.305,35 (mediana R\$ 8.268,30 ± 3.904,48; mínimo: R\$ 2.756,10; máximo: R\$ 30.776,45) e o valor total das quimioterapias foi de R\$ 1.234383.150 (mediana: R\$ 6.618,38 ± 6.512,65; mínimo: R\$ 79,75; máximo: R\$ 52.734,55).

Figura 5 - Custos do tratamento do câncer de mama nas mulheres (n=155). Piauí, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da Pesquisa, 2018

Com relação ao valor das quimioterapias, por indicação de finalidade terapêutica, observa-se uma variedade de custos em diferentes fases de tratamentos. Para as quimioterapias paliativas foi calculado o valor geral de R\$ 423.397,20 (mediana: R\$ 10.758,25 ± 13.420,34; mínimo: R\$ 1.700,00; máximo: R\$ 52.335,80), considerando que em alguns casos, esse tratamento paliativo, chegou a R\$ 52.335,80. Para as quimioterapias prévias, R\$ 569.800,00 (mediana: R\$ 8.400,00 ± 4.200,00; mínimo: R\$ 1.400,00; máximo: R\$ 14.000,00).

O valor geral das quimioterapias adjuvantes foi de R\$ 241.185,95 (mediana: R\$ 2.033,50 \pm 3.670,00; mínimo: R\$ 68,20; máximo: R\$ 7.173,85) com valor global de procedimentos quimioterápicos de R\$ 1.234.383,15 (mediana: R\$ 6.618,38 \pm 6.512,65; mínimo: R\$ 79,75; máximo: R\$ 52.734,55). O maior valor financeiro observado foi para indicação de quimioterapia prévia 46,16%, seguido da quimioterapia paliativa 34,3%, e por último a quimioterapia adjuvante com 19,54% do valor financeiro gasto pelo SUS.

Custo total do tratamento ficou R\$ 1.970.645,50. O custo por mulher teve uma mediana de R\$ 9.940,84 (\pm 11.436,81; mínimo: R\$ 239,25; máximo: R\$ 52.734,55).

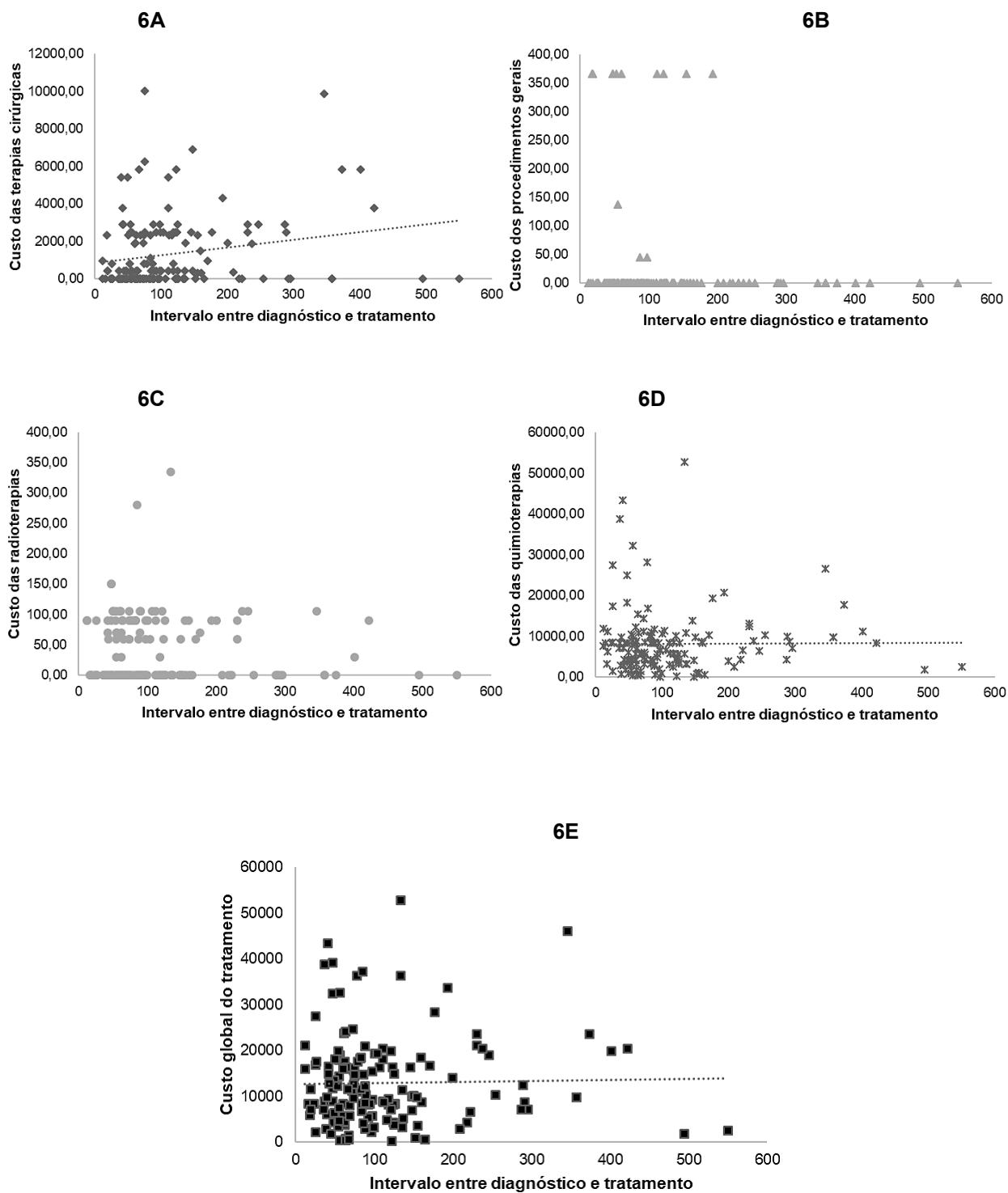
A figura 6A mostra uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o intervalo de tempo, do diagnóstico ao início do tratamento, e os custos com as terapias cirúrgicas ($p=0,027$; $r=0,177$), de modo que, quanto maior foi o tempo para início de tratamento, maiores foram os gastos com procedimentos cirúrgicos.

Todavia, não foi verificada correlação estatística entre o tempo para início do tratamento e o custo por grupos de terapias: procedimentos gerais ($p=0,225$; $r=-0,098$) e radioterapias ($p=0,992$; $r=-0,001$) como mostra a figura 6B e 6C respectivamente. Esta ausência de correlação pode ser explicada em decorrência das mulheres analisadas ainda estarem com o tratamento em andamento, e algumas das pacientes entrevistadas que estavam iniciando o tratamento.

Com relação ao custo das quimioterapias e o tempo para início do tratamento, figura 6D, não se observou uma correlação estatística. Mas é possível observar a formação de uma relação linear positiva fraca, próxima de nula com um $p=0,883$ e um $r=0,017$. Reforça-se esse fato a questão da análise do custo não ter o valor total do tratamento final, assim como algumas pacientes entrevistadas estarem no início do tratamento (Figura 6D).

Do mesmo modo, quando analisado o custo total do tratamento não se observou uma correlação estatística. Porém, é possível ver a formação de relação linear positiva fraca, mas próxima de uma relação nula, sendo um $p=0,94$ e $r=0,001$. Mostra uma tendência para o aumento do gasto com terapia oncológica na medida em que aumenta o tempo para o início do tratamento, mesmo não apresentando uma correlação estatística positiva (figura 6E).

Figura 6 - Correlação entre os custos dispensados no tratamento do câncer de mama e o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento (n=155). Piauí, Brasil, 2018



Fonte : Banco de dados da Pesquisa 2018.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, foi demonstrado que a maioria das mulheres do Estado do Piauí está iniciando o tratamento de câncer de mama com um atraso de mais de sessenta dias do diagnóstico, ou seja, o acesso não está acontecendo em tempo oportuno. Conseqüentemente, um maior percentual de mulheres foi diagnosticada em estágio mais avançado.

Evidenciou-se que os recursos existentes no orçamento da saúde do Estado do Piauí não estão sendo utilizados de maneira adequada. Isso mostrou que existem lacunas na organização dos serviços de atenção oncológica, dificultando o acesso da mulher ao tratamento em tempo oportuno.

A média de idade das mulheres no presente estudo foi de 53,6 anos, semelhantes os estudos nacionais, tais como Veiga et al., (2010), Cavalcanti et al., (2012) e Medeiros et al., (2015), respectivamente 50,5, 48, 54 anos. No México, um estudo de Llerenas et al., (2016) indicou uma média de idade de 52 anos, assim como em Ruanda com a média de idade dos pacientes de 49 anos (HEALTH, 2015). Entretanto, a média foi menor quando comparado com os EUA, como mostra o estudo de Mclaughlin et al., (2012), no qual a idade média é de 61,6 anos (DP: 15 anos) e o de Bleicher et al., (2016) com média de idade de 75,2, assim como a média de idade da França, de 60 anos, segundo estudo de Molinié et al., (2013).

Na variável escolaridade, a média foi de 6,9 anos de estudos, porém, com a presença de valores bastante heterogêneos. Esses dados mostram uma correlação com os estudos de Rosa; Radünz e Brüggemann, (2013), na qual a maioria tinha ensino fundamental; e Cristina et al., (2017) em que a maioria dos participantes tinha menos que 8 anos de estudo. Porém, uma média mais baixa em relação ao estudo de Barros, (2013) e Höfelmann; Anjos; Ayala, (2014), que apresentaram uma média de 9 anos de estudo.

A renda declarada foi bem diferente entre as participantes, sendo verificadas grandes diferenças salariais, o que pode ser constatado pelo fato de o desvio padrão ser elevado e acima da média, mostrando valores de renda bastantes heterogêneos, uma realidade de países em desenvolvimento (ESPINA; MCKENZIE; DOS-SANTOS-SILVA, 2017). Quando relacionamos com a renda média, calculada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD 2018, esta

ficou abaixo da média que foi de R\$: 1.346 (IBGE, 2018), porém esse resultado mostrou um valor mais alto em relação à pesquisa de Barros, (2013) em que a média de renda familiar foi de R\$ 530,00.

Com relação ao percentual de casos relacionados ao território de residência de cada mulher entrevistada, houve um percentual maior no território Entre Rios. É importante relatar que esta região é onde fica localizada a capital do Estado, com uma maior concentração de serviços médicos e uma maior concentração populacional. Um percentual semelhante também foi encontrado em Girgin et.al., (2015) 65% residiam em áreas mais urbanas. Assim como Silva et al., (2013) destacou na sua pesquisa, na qual a maioria das mulheres (96,1%) vivia em áreas urbanas.

Para Cecílio et al., (2015) existe uma enorme heterogeneidade entre as diferentes regiões geográficas do país, em que as taxas de doença podem variar de 29,15 casos por 100.000 mulheres na região norte para 66,12 casos por 100.000 mulheres na Região Sul e ainda refere que a incidência de câncer de mama em países da América do Sul é a metade dos países europeus (cerca de 44 casos por 100.000 mulheres latino contra 84 casos por 100.000 mulheres no Norte da Europa). Na Turquia, 60% viviam em grandes cidades com população superior a 500.000 (OZMEN et al., 2014).

Ao analisar a variável idade da menarca, a média foi de 13,5 anos. Este resultado ficou próximo do resultado do estudo nacional realizado por Höfelmann; Anjos e Ayala, (2014), no qual detectou que 80% das participantes tiveram uma menarca aos 12 anos ou mais. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo Paquistanês de Habibullah et al., (2016), que a menarca aconteceu antes dos 15 anos em 97% das mulheres.

O estudo mostrou um percentual elevado de mulheres que iniciaram o tratamento num estágio mais avançado. Assim, começa-se a evidenciar falhas no sistema de saúde no que se refere a todo o processo de atenção ao câncer de mama, sendo um achado grave na medida que a detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados à maior taxa de cura das mulheres com câncer de mama (ROSA; RADÜNZ; BRÜGGEMANN, 2013).

Na análise do estágio do câncer, separadamente, observamos que o IIB tem maior percentual, deve-se resaltar que as mulheres desse estágio tem

estadiamento (TNM) de T2N1MO (Tumor com mais de 2 cm até 5 cm de dimensão e clinicamente fixos ou confluentes; ou metástase detectadas clinicamente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(ais) na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo axilar); ou T3N0M0 (tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão)(BRASIL, 2018).

Chama atenção a soma dos percentuais do estágio III e IV, um valor de 45,8%. Esse resultado ficou mais elevado que aquele encontrado por Alves et al.,(2017) 41,6%. Já um estudo de Cristina et al., (2017b) feito no Paraná encontrou um percentual mais elevado (63,4%). Com relação aos estudos internacionais, dados semelhantes foram encontrados no México (48,1%) nos estádio III e IV (LLERENAS et al., 2016), porém, abaixo do percentual encontrado no estudo em Ruanda, no qual 52% das mulheres tinham doença na fase III e 24% tinham doença fase IV no momento do diagnóstico (PACEET et al., 2015). Nos EUA, o percentual foi de 20% nos estádio III e IV (Ruddy et al., 2014).

Ozmen et al., (2014), no entanto, quando analisou fatores que afetam o atraso no tratamento do câncer de mama na Turquia, concluiu que a maioria dos pacientes (76%) no momento do diagnóstico estava nos estágios I ou II do câncer de mama fase inicial e nenhuma metástase nódulo linfático foi encontrada em 42% dos pacientes.

Höfelmann; Anjos; Ayala, (2014) no estudo em que avaliou a sobrevida e fatores de prognósticos em mulheres com câncer de mama, concluíram que o estadiamento foi a variável com a maior magnitude de associação com a sobrevida dos pacientes. Ainda no mesmo estudo, os autores observaram que a probabilidade de estar viva após dez anos foi menor para aquelas pacientes diagnosticadas em estádios III e IV e que mulheres diagnosticadas nestes estágios apresentaram razão de risco de morte 17,1 vezes maior quando comparadas com outras em estádios iniciais.

Com relação ao tempo para estabelecer o diagnóstico a partir da circunstância de detecção de anormalidade, o presente estudo obteve a média de 275,1 dias, com desvio padrão elevado de 491,2 e uma mediana de 122,3 dias. Esse atraso contribuiu para justificar o estadiamento avançado da doença, sinalizando que as mulheres atendidas com esse atraso podem ter taxas de sobrevida diminuída. Esses dados estão bem elevados quando comparados com o

estudo nacional de Cristina et al., (2017) que obteve tempo médio para o diagnóstico foi de 102,5 (\pm 165,5 dias). Um ponto a ser destacado é a razão entre mamografias e população alvo do rastreamento, o qual, no Brasil, mostrou-se baixa em todas as faixas etárias analisadas (AZEVEDO et al., 2014).

Quando comparado com os estudos internacionais, a média de atraso deste trabalho continua elevada. No Paquistão, a média foi de 165 dias (HABIBULLAH et al., 2016); e na Colômbia, 91 dias (PINEROS et al., 2008). À medida que compara-se com países de um maior potencial de desenvolvimento, essa diferença fica ainda maior. No México, a média foi de 30 dias (LLERENAS et al., 2016). Estudos americanos, como o de Mclaughlin et al., (2012), (RUDDY et al., 2014) a média foi de 22 dias e 16,5 dias, respectivamente. No entanto, uma revisão sistemática feita com trabalhos africanos revelou atrasos com valores maiores do que foi encontrado no estudo, tempos médios do reconhecimento de sintomas ao diagnóstico entre 4 e 15 meses (ESPINA; MCKENZIE; DOS SANTOS-SILVA, 2017).

Paiva e Cesse, (2015) enfatizaram que a alta mortalidade por câncer de mama no Brasil está ligada ao retardo na investigação das lesões suspeitas e início do tratamento oportuno. Caplan, (2014) reforça 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 a longo prazo é melhor.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi acima do preconizado. Neste estudo a média de atraso de 112,7 não atendendo à Lei 12.732 da Presidência da República, de 22 de novembro de 2012, a qual estabelece o tempo de 60(sessenta) dias para início do tratamento de câncer (BRASIL, 2012). Em 71,6% dos casos, percentual muito elevado de mulheres, iniciaram o tratamento em um tempo maior que 60 dias. Quando acrescenta-se a esse intervalo o período tempo para o diagnóstico, encontramos uma média de 387,8 dias. Esses valores encontrados neste trabalho estão acima da média nacional. Alves et al., (2017), em estudo realizado na região do Cariri, Nordeste do Brasil, o atraso foi de 71,5 dias; Cristina et al., (2017) encontrou média de 87,3 dias; e Kaliks et al., (2013), 68 dias. Medeiros et al., (2015b), no seu estudo que analisou o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama em mulheres, verificou o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento de 43 dias (Região

Sudeste: 44 dias; Nordeste: 43 dias; Sul: 39 dias; Centro- oeste: 30 dias; Norte: 49 dias).

Para Caplan, (2014) o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento é preocupante para o prognóstico do paciente, pois quando atrasa, leva à fase de progressão, agravamento da doença, ou complicações do tratamento.

A literatura internacional revelou atrasos menores em relação ao presente estudo. O trabalho de Mclaughlin et al., (2012), realizado na Carolina do Norte, em mulheres de baixa renda, concluiu que 66% das mulheres receberam o seu primeiro curso de tratamento no prazo de 30 dias de diagnóstico, e quase todas as mulheres (90%) receberam tratamento inicial no prazo de 60 dias após o diagnóstico.

No México, o tempo entre a biópsia de diagnóstico e o início do tratamento foi de 37 dias (LLERENAS et al.,2016). O estudo colombiano foi o que mais se aproximou deste aqui realizado, com mediana de tempo do diagnóstico ao tratamento de 137 dias (IC 95%: 127-147) (PINEROS et al.,2011).

O intervalo de tempo entre o momento da circunstancia de detecção de anormalidade e diagnóstico e o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento foi maior. Isso pode ser relacionado á dificuldade com que as pacientes têm em entrar no processo de cuidado do câncer de mama, o que é reforçado pelo percentual de mulheres que iniciaram o tratamento com o estágio avançado.

Quando relacionamos os percentuais de atraso com os territórios de Saúde do Estado do Piauí, observamos um percentual elevado em relação ao início do tratamento em todos os Territórios. Porém, quanto aos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale do Canindé e Carnaubais o percentual foi ainda maior.

Vale ressaltar que este resultado não foi encontrado apenas nos territórios mais distantes em relação á cidade onde fica o UNACON e CACON. Na verdade o percentual de atraso maior de 92,9% foi no território de Cocais, que a sua sede (Piripiri) fica a uma distância de 166,9Km do local de tratamento, seguido por Serra da Capivara (São Raimundo Nonato) com 85,7%, que fica distante 521,6 Km, Carnaubais 80% (Campo Maior) distante 84Km e Vale do Canindé 80% (Oeiras) distante 278,9 Km. 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 ficou os serviços de referências para tratamento de câncer.

Esses resultados evidenciam que o atraso não está ligado às barreiras geográficas, mas pode estar relacionado a uma desarticulação dos serviços de atenção, ou seja, 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.

Na relação entre o tempo para início do tratamento e Territórios de residência das mulheres, quem residia nos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais tiveram maior prevalência de atraso em relação aos outros territórios, qual seja, 26,9 % maior a prevalência para começar o tratamento em atraso do que quem reside nos outros territórios.

Quando da associação entre o estágio e o atraso para início do tratamento, foi maior para quem estava nos estágios iniciais, I e II. Portanto, aquelas pacientes diagnosticadas nos estágios I e II tiveram prevalência de 24% maior em relação àquelas nos estágios III e IV para iniciar o tratamento acima do tempo normatizado pela legislação.

Com relação às variáveis: local de início de tratamento, consulta após primeiros sintomas, realização da biópsia, acompanhamento na atenção básica, atividade remunerada, renda individual e renda familiar, apesar de não ter sido observado significância estatística, apresentaram um resultado descritivamente importante. Com relação ao local de tratamento das mulheres que iniciaram terapia, com atraso, o percentual foi bem maior no HSM comparativamente com as de não atraso. Já no HU-UFPI comparativamente foi maior para o tratamento dentro do prazo. Isso pode ser justificado pelo fato de o HU-UFPI além de fazer o tratamento também faz o diagnóstico. Esse fator está de acordo com a portaria 140 na qual, entre as obrigações dos estabelecimentos habilitados com CACON e UNACON, está: “determinar o diagnóstico definitivo e a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento, de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas” (BRASIL, 2014).

Com relação à realização da biópsia, o atraso foi maior comparativamente para quem realizou a biópsia particular. A mulher, mesmo custeando a biópsia, teve atraso no início do tratamento. Podemos inferir que quem faz a biópsia pelo SUS obteve melhor êxito, pois a mesma já está no fluxo correto de acompanhamento, ou ainda contou com um serviço que disponibiliza o diagnóstico e tratamento, como é o caso do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, ficando assim mais fácil o acesso ao tratamento, por esse motivo inicia o tratamento em um intervalo de tempo menor.

Em análise da correlação entre a faixa etária com o tempo de atraso, a faixa etária de 20-29,9 foi que iniciou com menor atraso. Esse dado é muito preocupante, considerando que 50% dessas mulheres que se encontram numa idade abaixo da metade da expectativa de vida no Brasil iniciam o tratamento em tempo não oportuno. A outra extremidade, que é faixa etária de 80-89 anos, observou-se que 100% das mulheres iniciaram o tratamento com atraso. Esse resultado pode estar relacionado com o fato de que mulheres de menor faixa etária têm um câncer mais agressivo. Assim, o serviço de saúde parece estar dando mais agilidade ao início do tratamento. Lopes et al., (2017), no seu estudo, concluiu que o menor atraso foi na faixa etária menor que 40 anos, enquanto o maior foi na faixa etária 41-59 anos. Já Pace, Mpunga, Hategekimana et al., (2015), em Ruanda, observaram um menor atraso em 40-49,9 anos, assim como no estudo em Taiwan, no qual o maior percentual de atraso foi na faixa etária de menos de 44 anos (SHIEH et al., 2014).

Com relação ao desenho do fluxo ou processo da mulher desde a circunstância de detecção de anormalidade até o tratamento e acompanhamento da atenção básica, observamos que o acesso ao tratamento não está acontecendo de maneira adequada. Das mulheres entrevistadas, mais da metade iniciaram o caminho pelos serviços privados. Esse dado pode ser uma evidência que a rede não esteja atendendo a necessidade desta população. Dessa maneira, buscam o serviço privado, como aponta uma relação também muito desfavorável para a população de baixa renda. Semelhantes dados foram encontrados por Trufelli et al., (2015), em que 36% das pacientes foram encaminhadas pelo posto de Saúde da Família e 48% pelos serviços privados.

Outro ponto relevante no percurso é o fato de após entrada, seja pelo SUS ou particular, para conseguir firmar o diagnóstico, a grande maioria das mulheres precisa realizar a biópsia particular (61,3%). Isso pode ser em decorrência da oferta de biópsia abaixo da necessidade, o que é compatível com o estudo feito por Azevedo et al.,(2014) 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%.

Ainda no mesmo estudo Azevedo et al., (2014) demonstrou 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 diagnóstico precoce para o câncer de mama.

No passo seguinte ao início do tratamento, as mulheres retornam à atenção básica para fazer o agendamento da consulta de 1º vez oncológica 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 maior que a metade das entrevistadas não ser acompanhada 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 ações (BRASIL, 2017).

Esses resultados apontam os serviços desarticulados, sem uma conexão, sem interligação. Cada ponto de atenção está trabalhando sem que aconteça uma comunicação entre eles, conseqüentemente as pacientes ficam soltas dentro de um emaranhado de pontos de atenção entre serviços SUS e serviços privados.

Tanto a atenção básica, que deveria ser a coordenadora e ordenadora do cuidado, como a atenção especializada, que também deveria coordenar dentro do seu serviço o acompanhamento das pacientes de forma estruturada, possibilita essa solução de continuidade do acesso ao tratamento. Na verdade, a mulher é quem

busca sozinha a resolução das suas necessidades. É claro que a falta de uma rede ordenada com um elemento coordenador é ponto primordial para que a mulher consiga o acesso ao tratamento.

Mckevitt et al., (2017) em um estudo no Canadá, que tinha o cuidado coordenado dentro dos centros de diagnóstico, observou a redução do tempo de diagnóstico da implantação de clínicas de acesso rápido. Assim concluiu que o tempo desde a busca para o diagnóstico até o início de tratamento diminuiu de 92 dias para 64 dias. O mesmo estudo mostrou 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 alcance dos resultados.

Trufelli et al., (2015) relacionou que 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 prognóstico.

Em Taiwan, o sistema de saúde não tem um ordenamento de referência e contra referência. 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. Portanto, iniciam o tratamento em um menor tempo (SHIEH et al., 2014).

O elevado tempo de espera para a realização do diagnóstico e para o início do tratamento pode produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevivência. Traz também prejuízos relacionados à qualidade de vida, pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas e resulta na sobreposição de sequelas (PAIVA; CESSE, 2015).

Do ponto de vista de custos, é importante reforçar que os dados foram extraídos dos prontuários de cada paciente, o que pode evidenciar um valor subestimado, considerando que não é o valor total pago pelo SUS para o serviço. Além disso, esse custo não corresponde ao valor total do final do tratamento, e sim,

à soma a partir do momento do início do tratamento até a data da entrevista de cada paciente.

Com relação ao custo até o momento da entrevista, a mediana foi de R\$ 9.940,84, com uma variação grande de valor entre o mínimo (R\$ 239,25) e o valor máximo (R\$ 52.734,55). Todos esses custos foram cobertos pelo Sistema Único de Saúde. Desse modo, observou-se que os valores dispensados para o tratamento do câncer de mama foram relevantes, ainda mais considerando que o valor do custo encontrado no trabalho não significava o valor total do final do tratamento de cada mulher.

Em um estudo feito na França para avaliar o impacto da gestão médica sobre os custos do tratamento, o custo médio do tratamento foi avaliado em R\$ 32.000 (VOIDEY et al., 2014). Já em um estudo de custos em mulheres com câncer metastático nos Estados Unidos, foi evidenciado que, em um período de 18 meses, os custos médicos de cuidados com pacientes com câncer de mama metastático foram de 128.556 dólares por paciente (VERA-LLONCH et al., 2011). Os valores encontrados na literatura são maiores do que o do estudo em decorrência de o trabalho não abordar o valor total do tratamento.

Em relação às modalidades de tratamento, a quimioterapia, representou o maior percentual (63%) do valor total gasto pelo SUS no tratamento das mulheres, seguido pela radioterapia, o restante foi para os procedimentos de internação (cirúrgicos e clínicos). Estes resultados reforçam o que a portaria 140 define com relação ao cálculo do impacto financeiro para habilitação de estabelecimentos hospitalares em oncologia, em que a maioria dos recursos fica para a parte ambulatorial da quimioterapia e radioterapia (BRASIL., 2014). Do mesmo modo, Kaliks et al.,(2013) em seu estudo que descreveu o fluxo e os custos associados ao diagnóstico e tratamento, a maioria dos recursos são utilizados na quimioterapia e radioterapia.

Com relação à análise das modalidades de tratamento da quimioterapia, observamos um valor elevado de quimioterapia prévia e de quimioterapia paliativa. O menor valor foi gasto com quimioterapia adjuvante, o que reforça os dados que as mulheres estão iniciando o tratamento em estágios avançados. Conseqüentemente, o acesso da mulher ao tratamento de câncer de mama no estado do Piauí está acontecendo de maneira inadequada. Diante disso, mesmo não analisando as

questões relativas às limitações de recursos dentro do SUS, esses dados permitem inferir que o recurso existente não está sendo gasto de maneira que as mulheres tenham o melhor resultado possível.

Kaliks et al., (2013) reforçou no seu estudo que a organização de um fluxo de referência e contra referência é extremamente importante para alcançar o benefício de início de tratamento em tempo oportuno.

No estudo da tendência entre os custos dispensados no tratamento de câncer de mama e o intervalo entre o diagnóstico e o início de tratamento com relação às terapias cirúrgicas, uma correlação positiva foi mostrada. Assim, na medida em que o atraso para o início do tratamento aumenta, os custos também aumentam, mostrando uma relação de significância com relação às terapias cirúrgicas. Isso implicou em um maior custeio com procedimentos direcionados ao tratamento do câncer de mama em estágios mais avançados cujo valor de referência é mais alto.

Dessa forma, tem-se como consequência a necessidade de aumento do valor dispensado para os serviços de tratamento oncológico e o atraso para início do tratamento, considerando que os recursos são migrados para tratamentos de maiores custos. Assim, os recursos existentes passam a atender uma menor quantidade de pacientes, o que tem como consequência, o tratamento das mulheres em estágio mais avançado. Isso mostra um ciclo negativo de assistência ao tratamento do câncer de mama.

Um trabalho que foi desenvolvido no Egito analisou o retorno do investimento no rastreamento de câncer de mama, mostrando que o custo médio para pacientes rastreados e não rastreados foi estimado em US \$: 28.632 e US \$: 58.170, respectivamente (SKRUNDEVSKIY et al., 2018).

Neste trabalho, não foi verificada uma correlação entre intervalo para início de tratamento, os custos para radioterapia e procedimentos gerais. Esse fato pode ter ocorrido em decorrência de algumas entrevistadas estarem no início do tratamento, além de o trabalho não abordar a totalidade do tratamento, mas, tão somente o que foi gasto pelo SUS até o momento da entrevista. No entanto, essa hipótese precisa ser confirmada e novas investigações devem ser feitas para determinar a real significância.

Com relação aos custos das quimioterapias, apesar de não ter sido observado uma relação de significância estatística, este estudo mostrou uma tendência de aumento dos gastos, à medida que acontece o atraso para início do tratamento. A ausência da relação estatística pode-se inferir que ocorreu em decorrência de o trabalho não estar falando do custo total de tratamento, bem como o fato a amostra das mulheres ser heterogênea, com relação à fase do tratamento.

Taylor (2017), na sua revisão que descreve a evolução da economia da saúde, traz que as evidências disponíveis mostram ser mais vantajoso investir em prevenção e tratamentos de câncer em estágios iniciais do que dedicar recursos ao cuidado de tumores avançados; e que os gastos públicos devem ser direcionados para minimizar a incidência de canceres avançados.

Neste estudo reforça-se a necessidade de organização da rede de atenção oncológica no Estado do Piauí. Assim, teríamos os recursos utilizados da melhor maneira, possibilitando a mulher ter acesso ao tratamento no tempo oportuno e, conseqüentemente, um tratamento mais resolutivo.

Assim, a partir desses resultados da pesquisa elaborou-se um fluxo ideal de acesso ao tratamento de câncer de mama no Estado do Piauí(Apêndice E), bem como uma ferramenta de acompanhamento e monitoramento do processo da mulher na linha de cuidado oncológica(Apêndice C,D).Essa ferramenta de monitoramento foi baseada no KANBAN, muito difundido na indústria e atualmente nas emergências hospitalares (HEISLER,2012). A partir de algumas adequações elaborou-se um procedimento operacional padrão para a elaboração da planilha KANABAN e do procedimento operacional padrão do monitoramento.(Apêndice C,D).

Alguns dados de interesse ainda precisam ser analisados para determinar de forma precisa a relação de significância entre o tempo para início de tratamento e os custos para o tratamento. Nesse contexto, outras investigações são necessárias para a organização e para o planejamento financeiro dos recursos públicos no Sistema Único de Saúde.

7 CONCLUSÃO

No estado do Piauí, o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo como preconizado pelo Ministério da Saúde. Neste estudo foram identificados percentuais muito significativos de mulheres que iniciam o tratamento com atraso.

O fluxo de acesso ao tratamento de câncer de mama não está permitindo as mulheres usufruir do melhor resultado possível. Ficou notório que os serviços estão desarticulados e isto pode acarretar atrasos para o início do tratamento, aqui notificados.

Quanto à análise dos custos de tratamento, para as mulheres que iniciaram o tratamento em tempo oportuno e não oportuno, foi detectado maior custeio para os procedimentos aplicados ao tratamento do câncer de mama em estágios mais avançados. Conseqüentemente há a necessidade de aumento nos valores dispensados para os serviços.

Este estudo evidencia a necessidade de uma maior organização dos serviços de saúde e funcionalidade das redes, levando em conta a necessidades da população através do atendimento em tempo oportuno e de forma resolutiva. A articulação com a atenção primária, como ordenadora e coordenadora do cuidado, se torna fundamental para proporcionar o acesso ao tratamento e a utilização dos recursos destinados ao tratamento da maneira mais eficiente.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. F. N. et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 4–11, 2017. Disponível em :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5320774/>>. Acesso em : 5 de nov. de 2017.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 5 de nov. de 2017.

AZEVEDO E SILVA, G. 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 Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1537–1550, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>>. Acesso em: 5 de nov. de 2017.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. DE; Interval for access to treatment for breast cancer in the Federal District, Brazil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, v. 35, n. 10, p. 458–63, 2013.

BARROS, F. P. C. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 264–271, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0264.pdf>>. Acesso em: 5 de nov. de 2017.

BLEICHER, R. J. et al. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. **JAMA Oncol.**v.2, n. 3, p. 330-339, 2016 Disponível em :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788555/>>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

BRASIL. Constituição Federal (1998). Artigos 196 a 200. **Lex: Legislação Federal e Marginália**. Brasília: [s.n.]. 1998.

_____. Decreto-lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. **Lex: coletânea de legislação: edição federal**. 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, v. 123, p. 1, 2011a. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 de nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da saúde. **Curso de Auditoria Analítica em Média e Alta Complexidade do SUS com foco em oncologia**. Brasília-DF. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ). 2017. Disponível em : <
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em :16 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. **Diário Oficial da União** Nº 63, Seção 1 p. 50–52, 2014. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 6 de nov. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em : 6 de nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1559**, de 1º de agosto de 2008. p. 5, 2008. Disponível em :<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em:6 de nov.2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, v. 192, p. 1–254, 2017a. Disponível em :<
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriziz-3-Redes.html>>. Acesso em: 10 de nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017b: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, v. 190, p. 1–8, 2017b. Disponível em :<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em : 10 de nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de Fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estru. **Diário Oficial da União**, p. 1–18, 2014. Disponível em :<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em : 10 de nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 876, de 16 de Maio de 2013. **Diário Oficial da União**, 2013a. Disponível em :<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html>. Acesso em : 6 de nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, p. 18–21, 2013b. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html>. Acesso em : 6 de nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014. v. 60. **Diário Oficial da União** 2014. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html>. Acesso em: 6 de nov.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de regulação, A. E. C. G. de S. DE I. **Manual de bases técnicas da oncologia – sia/sus - sistema de informações ambulatoriais**. 23ª. ed. Brasília. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. **Diário Oficial da União**, v. 23, p. 33–34, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, T. E. I. E. Portaria conjunta nº 04, de 23 de janeiro de 2018: Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. **Diário Oficial da União**, n. 23, 2018. Disponível em:<
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/Portaria-Conjunta-n-19-PCDT-Carcinoma-de-Mama.pdf>>. Acesso em: 10 de jul de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília. 2011b. Brasília. 2011b. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em : 6 de nov de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília.v.1, p. 26. 2006.

_____. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 3. ed. Brasília-DF. 2015a. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_interfederativa_3ed.pdf>. Acesso em: 6 de nov.2016.

_____. Tribunal de contas da união. **Relatório de Auditoria Operacional : Política Nacional de Atenção Oncológica**. p. 132, 2011. Disponível em:<
<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-na-politica-nacional-de-atencao-oncologica.htm>>. Acesso em: 10 de dez. de 2016.

CAPLAN, L. **Atraso no câncer de mama : implicações para a fase de diagnóstico e sobrevivência**. v. 2, p. 1–5, 2014.

CAVALCANTI, L. P. D. G. et al. Assistência em mastologia em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. **Rev. bras. cancerol**, v. 58, n. 4, p. 63–69, 2012.

CECÍLIO, A. P. et al. O câncer de mama no Brasil: desafios epidemiologia e tratamento. **Revista: Cancro de mama: tragets and therapy**. Paraná, 2015.

CRISTINA, T. et al. **Atraso no diagnóstico e tratamento de cancro da mama entre as usuárias de um serviço de referência no Brasil**. v. 18, p. 3017–3023, 2017.

DONABEDIAN, A. **Effects of Medicare and Medicaid on Access to and Quality of Health Care**. v. 91, n. 4, 1976. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1440541/>. Acesso em: 3 de dez. 2017.

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**. v. 27, n. 10, p. 659-671, 2017.

ESPOSTI et al. Dimensions of oral health services access in printed media. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.1, p.19-30, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100019&lng=en&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 06 nov. 2016.

EUYDIA, E. P. Á.S. et al. Atrasos Centros de Referência Câncer in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural em Ruanda. **The Oncologist**., p. 780–788, 2015.

FERREIRA, B. Â. et al. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, v. 40, p. 715-726, 2011.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia - A luta do CEBES**, 1997. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-171>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

FRENK J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex.**, v.27, n. 5, p. 483-493, 1985. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/19080047_Concept_and_measurement_of_accessibility>. Acesso em : 3 de dez. de 2017.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 119–140, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em: 3 de dez. de 2017.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: FIOCRUZ (Ed.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro (RJ): [s.n.]. p. 177–198, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>>. Acesso

em:3 de dez. de 2017.

GIOVANELLA, L; VASCONCELOS, S.E. L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. Ed, Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2012.

GIRGIN, S. et al. Examinar as razões para o atraso no diagnóstico e tratamento de câncer de mama no Sudeste da Anatólia. **Journal of Clinical and Experimental Investigações**, v. 6, n. 4, p. 375–381, 2015.

GRABOIS, M. F.et al. Access to pediatric cancer care in Brazil: mapping origin-destination flows. **Revista de saude publica**, v. 47, n. 2, p. 368–78, 2013. Disponível em :< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/en_0034-8910-rsp-47-02-0368.pdf>. Acesso em:3 de dez. 2017.

HABIBULLAH, S. et al. **Para determinar os fatores responsáveis pelo diagnóstico Atraso de cancro da mama entre as mulheres**. v. 2016, n. 3, p. 62–65, 2016.

HEALTH, G. **Atrasos Centros de Referência Câncer inBreastCancerPresentationandDiagnosisatTwoRural em Ruanda**. p. 780–788, 2015.

HEISLER P.A. Aplicação da metodologia KAN BAN como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre, RS: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2012.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C. DOS.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1813–1824, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Mensal**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Comentarios_Sinteticos/2018_1_trimestre/pnadc_201801_trimestre_comentarios_sinteticos_Piaui.pdf>. Acesso em: 16 maio. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): [s.n.]. v. 3. ed. 2017a.

_____. **Ações e Programas no Brasil: Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/740-Einsten_P2_Vol5N4_Miolo_pág.144_a_145.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2018. 03 de dez. 2017.

_____. **Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, p. 130, 2017b. Disponível em : <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em : 03 de dez. 2017.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública**, p. 483–453,

1985.

HONAISS. **Pequeno dicionário houaiss da língua portuguesa**, 1. Ed. São Paulo Ed. Moderna livro, 2015.

JESUS, L. L. C.; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Revista de Enfermagem UERJ**.v.11, p.208-211, 2003.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em : 3 de dez. 2017.

KALIKS, R. A. et al. Tratamento de pacientes com câncer de mama a partir de um sistema público de saúde em um centro privado: custos dos cuidados para uma parceria-piloto público-privada em oncologia. **Einstein (São Paulo) [online]**. v. 11, n. 2, p. 216–223, 2013.

LLERENAS, A. A. et al. Efeito de atraso de cuidados de entrega na sobrevivência de mulheres mexicanas com cancro da mama. v. 58, n. 2, p. 237–250, 2016.

LOPES, T. C. R. et al. Delay in diagnosis and treatment of breast cancer among women attending a reference service in Brazil. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**., v. 18, n. 11, p. 3017–3023, 2017.

MAGHOUS, A. et al. Fatores que influenciam o atraso diagnóstico de câncer de mama avançado em mulheres marroquinas. **BMC Cancer**, 2016.

MCKEVITT, E. C. et al. Coordination of radiologic and clinical care reduces the wait time to breast cancer diagnosis. **Current Oncology**, 2017.

MCLAUGHLIN, J. M. et al. Efeito sobre a sobrevivência de intervalos mais longos entre Confirmação Diagnóstico e Tratamento Iniciação entre as mulheres de baixa renda com câncer de mama. **Journal de Clinical Oncology**, v. 30, p. 4493–4500, 2012.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1269–1282, 2015a.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**., v. 31, n. 6, p. 1269–1282, 2015b.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2.^a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 1 de jul. de 2017.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

MOLINIÉ, F. et al. Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: A population-based study in France. **Breast**, v. 22, n. 5, p. 810–816, 2013. Revista: *Cancer Epidemiology*. Disponível em : < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782113000775?via%3Dihub> > . Acesso em : Acesso em: 01 de fev. 2018.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Access to cancer care: mapping hospital admissions and high-complexity outpatient care flows. The case of breast cancer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317–326, fev. 2011. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013 > . Acesso em : 03 de nov. de 2017.

ORGANIZATION, W. H. **Neglected tropical diseases: equity and social determinants**. 2010.

OZMEN, V. et al. Factores que afectam a um atraso no tratamento do cancro da mama na Turquia: um estudo da Federação turco de Doenças da mama Societies. **Public Health**, v. 25, p. 9–14, 2014.

PACEET et al. Atrasos Centros de Referência Câncer in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural em Ruanda. 2015. **Revista: The Oncologist**. Disponível em: < <http://theoncologist.alphamedpress.org> > . Acesso em: Acesso em: 01 fev. 2018.

PAIVA, C.; CESSE, E. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23–30, 2015.

PIAUI. **Plano de Atenção Oncológica do Piauí (PAOPI)** 2015.

PINEROS et al. Atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, em Bogotá, Colômbia. **Revista de Saúde Pública do México**, v. 53, n. 6, p. 372-80, 2008.

ROSA, L. M. DA.; RADÜNZ, V.; BRÜGGEMANN, O. M. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 104–111, 2013.

RUDDY, K. J. et al. **Apresentação cancro da mama e atrasos de diagnóstico em jovens**. v. 1, n. 617, p. 20–25, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 26-268, 2012. Disponível em: <

<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SLEDGE, et al. **Passado, Presente e Futuro Desafios na mama Tratamento do Câncer**. 2014. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/740-Einsten_P2_Vol5N4_Miolo_pág.144 a 145.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/740-Einsten_P2_Vol5N4_Miolo_pág.144_a_145.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2017.

SHIEH, S. H. et al. Delayed time from first medical visit to diagnosis for breast cancer patients in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 113, n. 10, p. 696–703, 2014.

SILVA, T. B. et al. **Dificuldades na implementação de um programa de rastreio organizado do cancro da mama no Brasil, com ênfase na métodos de diagnóstico**. p. 1–11, 2013.

SKRUNDEVSKIY, A. N. et al. Return on Investment Analysis of Breast Cancer Screening and Downstaging in Egypt: Implications for Developing Countries. **Value in Health Regional Issues**., v. 16, p. 22–27, 2018.

SOUZA, C. B. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3805–3816, 2015. Disponível em :< http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/en_1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>Acesso em : 3 de dez. 2017.

TAYLOR, D. The reality of economics for oncologists. **Breast.**, v. 33, p. 183–190, 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 20, n. d, p. 190–198, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf> >. Acesso em :3 de dez.2017.

TRUFELLI, C. et al. AdjuvAnt treAtment delAy in breAst cAnCer pAtients. **Rev assoc med Bras.**, v. 61, n. 5, p. 411–416, 2015a.

TRUFELLI, D. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira.**, v. 54, n. 1, p. 72–6, 2015b.

VEIGA, D. F. et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment : the impact on the quality of life of women with breast cancer Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador : impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.**, v. 10, n.1, p. 51-57, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000100005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em : 29 set.2018.

VERA-LLONCH, M. et al. Custos de Saúde em mulheres com câncer de mama metastático recebendo quimioterapia como sua principal modalidade de tratamento. **BioMed Central.** Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141771>.doi:10.1186/1471-2407-11-250>.Acesso em: 01 fev. 2018.

VOIDEY, A. et al. Organizing medical oncology care at a regional level and its subsequent impact on the quality of early breast cancer management: a before-after study. **BMC Health Services Research.**, v. 14, n. 1, p. 326, 2014.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**



APÊNDICE A

ACESSO DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA AO TRATAMENTO NO ESTADO DO PIAUÍ

Dados de identificação e controle:

Nº do formulário: _____

Data do diagnóstico: ___ / ___ / ___

Data da coleta: ___ / ___ / ___

Nº do Prontuário : _____

Dados socioeconômicos

Data de nascimento: ___/___/_____

Atividade remunerada:

() Sim. Renda individual mensal (R\$): ____

() Não Renda familiar mensal (R\$): ____

Estado civil:

() Solteiro(a)

() Casado(a) / União estável

() Separado(a) / Divorciado(a)

() Viúvo(a)

Possui filhos?

() Sim. Quantos? _____ G ___ P ___ A ___

() Não

Escolaridade (em anos de estudo): _____

Com quantos anos começou a estudar? _____

Até que idade estudou? _____

Repetiu quantos anos? _____

Idade da primeira gestação: _____

() Sem filhos

Já amamentou?

() Sim. Quanto tempo : _____

() Não

() Sem filhos

Cor/raça:

() Branca

() Preta

() Parda

() Amarela

() Indígena

Idade da menarca: _____

Residência (regiões de saúde):

() Entre Rios

() Cocais

() Tabuleiros Alto Parnaíba

Está na menopausa?

() Sim. Idade de início: _____

() Não

- Chapada das Mangabeiras
 Serra da Capivara
 Vale Rio Piauí e Itaueira
 Vale do Canindé
 Vale do Rio Guaribas
 Vale do Sambito,
 Planície litorânea
 Carnaubais

Profissão :

Dados epidemiológicos

Comorbidades:

- Hipertensão arterial sistêmica
 Diabetes Mellitus
 Sobrepeso
 Obesidade
 Outras: _____

Pratica atividade física regular?

- Sim. Frequência semanal: _____
 Não

Tabagismo:

- Fumante Ex-fumante Nunca fumou

Bebidas alcoólicas:

- Alcoolista Ex-alcoolista Nunca bebeu

Marcação após sentir os primeiros sintomas :

- Atendimento na atenção básica
 Consulta no SUS atenção especializada: Qual especialista
 Consulta particular

Marcação após o resultado da Biopsia foi através :

- Posto de Saúde(Atenção Básica)
 Um amigo conseguiu fazer a marcação
 Outros

Uso de contraceptivos:

- Sim: [] Barreira [] Injetáveis
 [] Orais [] Outro: _____
 Não

Terapia hormonal:

- Sim. Qual? _____
 Não

Câncer de mama anterior?

- Sim Não

Doenças benignas da mama?

- Sim Não

Atenção Básica faz acompanhamento

() sim : Como ?

() Não

Como foi o fluxo ?

Dados de diagnóstico e tratamento

Data dos primeiros sintomas: ___/___/_____

Data da Mamografia sugestivo de Nódulo : ___/___/___

Data do diagnóstico: ___/___/_____

CID : _____

Lateralidade:

() Direita

() Esquerda

() Bilateral

Tamanho do tumor:

Linfonodo Regional:

Presença de metástase:

() M0

() M1. Local: _____

Data do início do tratamento: ___/___/_____

Estágio da doença:

Opções Terapêuticas Utilizadas

Opções Terapêuticas Utilizadas	Tipo	Código Sigtap	Valor
Cirúrgicos			
Radioterapia			
Quimioterapia			
Hormonioterapia			
Total			

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Título do projeto Acesso da Mulher com Câncer de Mama ao tratamento no Estado do Piauí. Pesquisador responsável: Maria das Graças Medeiros Carvalho - Pesquisador participante: Samara Maria Moura Teixeira Sousa / Instituição/Departamento: UFPI/CCS- Teresina Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 99852-3605 E-mail: samaraenfmoura@hotmail.com

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Justificativa: Assim analisar o acesso da mulher com câncer de mama ao tratamento no Estado do Piauí propiciará a organização de um serviço de qualidade para que o tratamento de câncer de mama possa ocorrer no tempo adequado e de acordo com a necessidade da população para obtenção uma maior resolubilidade. A garantia do acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadão é princípio básico do Sistema único de Saúde.(GRABOIS et al., 2013).Os estudos onde se avalia o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas (SOUZA et al., 2015).Os dados obtidos mediante o estudo possibilitará o conhecimento do problema do acesso ao tratamento do câncer de mama o que propiciara a melhor organização dos serviços de Atenção Oncológica no Estado do Piauí na medida em que indica mudanças no fluxo, assim como elencará os aspectos financeiros como custo utilidade o que contribuirá de forma significativa para todos os níveis de gestão embasando-as no planejamento das ações de saúde.

Objetivo do estudo: Avaliar o acesso da mulher com diagnóstico de Câncer de Mama ao tratamento do Estado do Piauí.

Procedimentos: Sua participação na pesquisa consistirá de responder um formulário contendo características sociodemográficas, epidemiológicas, diagnóstico e tratamento.

Riscos: A sua participação não envolverá riscos.

Benefícios: Sua colaboração estará trazendo benefícios para o desenvolvimento científico como também contribuirá para a organização do acesso ao tratamento de câncer de Mama.

Sigilo: Asseguro que sua identidade será mantida em segredo e que você poderá retirar seu consentimento para a pesquisa em qualquer momento, bem como obter outras informações se lhe interessar. Além disso, sua participação não envolverá nenhum custo para você.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF/n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Acesso da Mulher com Câncer de Mama ao tratamento no Estado do Piauí.” Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer natureza. Assino, portanto, este termo de consentimento confeccionado em duas vias, ficando de posse de uma delas e a outra com a pesquisadora responsável.

Local e data: _____, ___/___/____.

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Local e data, ____ / ____ / ____.

Pesquisador Responsável

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Hospital Universitário na sala da secretaria do Setor de Gestão do Ensino e Setor da Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, no 2º andar (Posto 3) - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI / Tel.: (86) 3228-5201.

SUS	Estratégia Saúde da Família de Flor de Lis UNACON/CACON Coordenação do cuidado da Atenção Básica e Atenção Especializada	POP: DATA: REVISÃO :
	Procedimento Operacional Padrão - POP TÍTULO: Monitoramento da ferramenta KANBAN	
Conceito: Monitoramento da ferramenta KANBAN no tempo de início do tratamento		
Objetivo: Descrever as etapas para o monitoramento do KANBAN		
Responsável pela execução: Coordenadora do cuidado na equipe da atenção básica e UNACON/CACON		
Finalidades:		
<ul style="list-style-type: none"> • Permitir uma visão geral dos pacientes da equipe de maneira rápida; • Permitir uma visão global dos pacientes com diagnóstico firmado; • Monitorar o tempo para início do tratamento. • Auxiliar na tomada de decisões 		
Materiais necessários		
Computador e planilha do KANBAN		

Descrição do procedimento
8. Registrar na planilha nome do paciente;
9. Acessar gestor e ou prontuário do paciente para acompanhar o processo;
10. Registrar a data do diagnóstico;
11. Semanalmente acompanhar o status do paciente quanto ao início ou não do tratamento, colocando a data deste monitoramento na planilha;
12. A planilha calcula automaticamente e coloca o status do kanban no momento;
13. Avaliação dos dados;
14. Tomada de medidas para a resolução das pendências que estão impactando o início do tratamento.
Registros : Os registros serão organizados na planilha KANBAN

Elaborado por:	Revisado por:	
-	-	







APÊNDICE E- LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA
























LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA

Bizagi Modeler

Índice

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO E CONCEITOS.....	15
2.2 LEGISLAÇÕES NORMATIVAS AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	18
2.3 CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO.....	21
2.4 FINANCIAMENTO: TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.....	25
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	29
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	31
4.5 ESTATÍSTICA.....	31
4.5.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.5.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	62
APÊNDICES	71
APÊNDICE A	72
APÊNDICE B	75
TÍTULO: Elaboração da Planilha do KANBAN	78
TÍTULO: Monitoramento da ferramenta KANBAN	79
DIAGRAMA 1: FLUXO DA LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA.....	87
FLUXO DA LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA	88
ELEMENTOS DO PROCESSO.....	88

	Anexos.....	88
	Event	88
<input type="checkbox"/>	Marcar no sistema gestor os encaminhamentos necessários.....	88
	Gateway.....	88
<input type="checkbox"/>	Realizar exames de comprovação diagnóstica	88
	Necessário encaminhamento ?.....	88
<input type="checkbox"/>	Encaminhar para a Atenção Básica.....	88
<input type="checkbox"/>	Marcar para Unacon\ CACON	89
<input type="checkbox"/>	Realizar exames de comprovação diagnóstica	89
<input type="checkbox"/>	Consultar	89
<input type="checkbox"/>	Solicitar exames complementares.....	89
<input type="checkbox"/>	Realizar ações de promoção da saúde	89
<input type="checkbox"/>	Realizar rastreamento	89
<input type="checkbox"/>	Implementar ações de diagnóstico precoce	89
	Necessário encaminhamento	89
<input type="checkbox"/>	Estadiar	89
<input type="checkbox"/>	Definir terapeutica	89
<input type="checkbox"/>	Realizar Cirurgia.....	89
<input type="checkbox"/>	Prever Quimioterapia.....	89
<input type="checkbox"/>	Radioterapia	89
<input type="checkbox"/>	Marcar no sistema gestor os exames na cota de vagas para oncologia	90
<input type="checkbox"/>	Realizar exames complementares.....	90
	Aguarda liberação do exame	90

	Aguardar liberação de exames.....	90
	Exames liberados.....	90
	Encaminhar para a AB.....	90
	Marcar consulta oncologia de 1ª vez.....	90
	Event	90
	Procedimento liberado.....	90
	Exames liberados.....	90
	Contactar a coordenação do cuidado na AB.....	91
	Avaliar conduta	91
	Paciente comparece para exame.....	91
	Paciente comparece parao exame.....	91
	Entregar informe para paciente	91
	Informe com data e horário da consulta	91
	Contactar a coordenação do cuidado para sanar pendências.....	91
	Aguarda liberação de exames.....	91
	Gateway.....	91
	Contactar coordenação do Cuidado.....	91
	Informar paciente data e horário	91
	Agendamento realizado	91
	Informar paciente horário e data do atendimento	92
	Contactar regulação responsável pela gestão	92
	Agendamento realizado	92
	Event	92



















	Aguardar agendamento	92
	Informar paciente data e horário.....	92
	Componente Atenção Básica	92
	Componente Atenção Especializada	92

DIAGRAMA 2: PROCESSO DE INFORMAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO93

PROCESSO DE INFORMAÇÃO DA		
COORDENAÇÃO DO CUIDADO		94
ELEMENTOS DO PROCESSO.....		94

	Event	94
	Acompanhar agendamento do procedimento no sistema.....	94
	Aguardar agendamento em tempo oportuno.....	94
	Procedimento agendado.....	94
	Contactar Regulação.....	94
	Informar ao paciente data de horário do procedimento.....	94
	Agendamento marcado.....	94
	Informe com data e horário para o paciente.....	94
	Alimentar planilha de acompanhamento pela coordenação do cuidado.....	95
	Acompanhar via sistema gestor e planilha as condutas em cada ponto de atenção.....	95
	Necessário comunicação entre os pontos de atenção.....	95
	Contactar a coordenação do estabelecimento executante.....	95
	Acompanhar condutas dispensadas e tratamento.....	95
	Cada solicitação inicia um novo processo.....	95





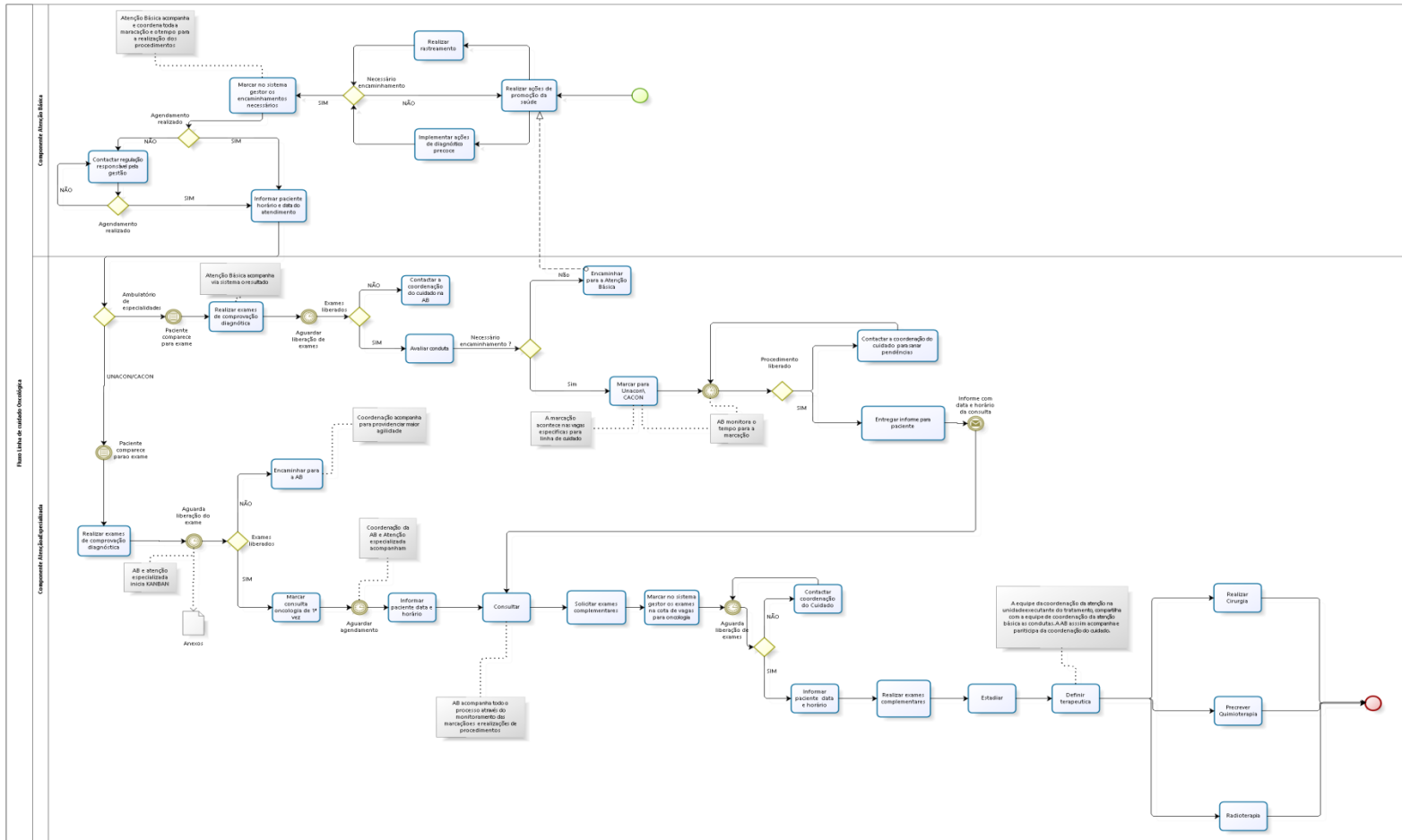
	Confirmação diagnóstica.....	95
	Iniciar Monitoramento via KANBAN.....	95
	Registrar na planilha.....	95
	Informes para acompanhamento na Atenção Básica.....	95

DIAGRAMA 1: FLUXO DA LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA



Versão: 1.0

Autor: Samara Maria Moura Teixeira Sousa

FLUXODALINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA

ELEMENTOS DO PROCESSO



Anexos

Arquivo anexo

[MODELO POP 2018.doc](#)



Event



Marcar no sistema gestor os encaminhamentos necessários



Gateway

Portões

Ambulatório de especialidades

UNACON/CACON



Realizar exames de comprovação diagnóstica



Necessário encaminhamento ?

Portões

Não

Sim



Encaminhar para a Atenção Básica

Marcar para Unacon\ CACON

Realizar exames de comprovação diagnóstica

Consultar

Solicitar exames complementares

Realizar ações de promoção da saúde

Realizar rastreamento

Implementar ações de diagnóstico precoce

Necessário encaminhamento

Portões

SIM

NÃO

Estadiar

Definir terapêutica

Realizar Cirurgia

Prever Quimioterapia

Radioterapia

Marcar no sistema gestor os exames na cota de vagas para oncologia

Realizar exames complementares

 Aguarda liberação do exame

 Aguardar liberação de exames

 Exames liberados

Portões

NÃO

SIM

Encaminhar para a AB

Marcar consulta oncologia de 1ª vez

 Event

 Procedimento liberado

Portões

Contactar a coordenação do cuidado para sanar pendências

SIM

 Exames liberados

Portões

SIM

NÃO

Contactar a coordenação do cuidado na AB

Avaliar conduta

Paciente comparece para exame

Paciente comparece parao exame

Entregar informe para paciente

Informe com data e horário da consulta

Contactar a coordenação do cuidado para sanar pendências

Aguarda liberação de exames

Gateway

Portões

NÃO

SIM

Contactar coordenação do Cuidado

Informar paciente data e horário

Agendamento realizado

Portões

SIM

NÃO

Informar paciente horário e data do atendimento

Contactar regulação responsável pela gestão

Agendamento realizado

Portões

SIM

NÃO

Event

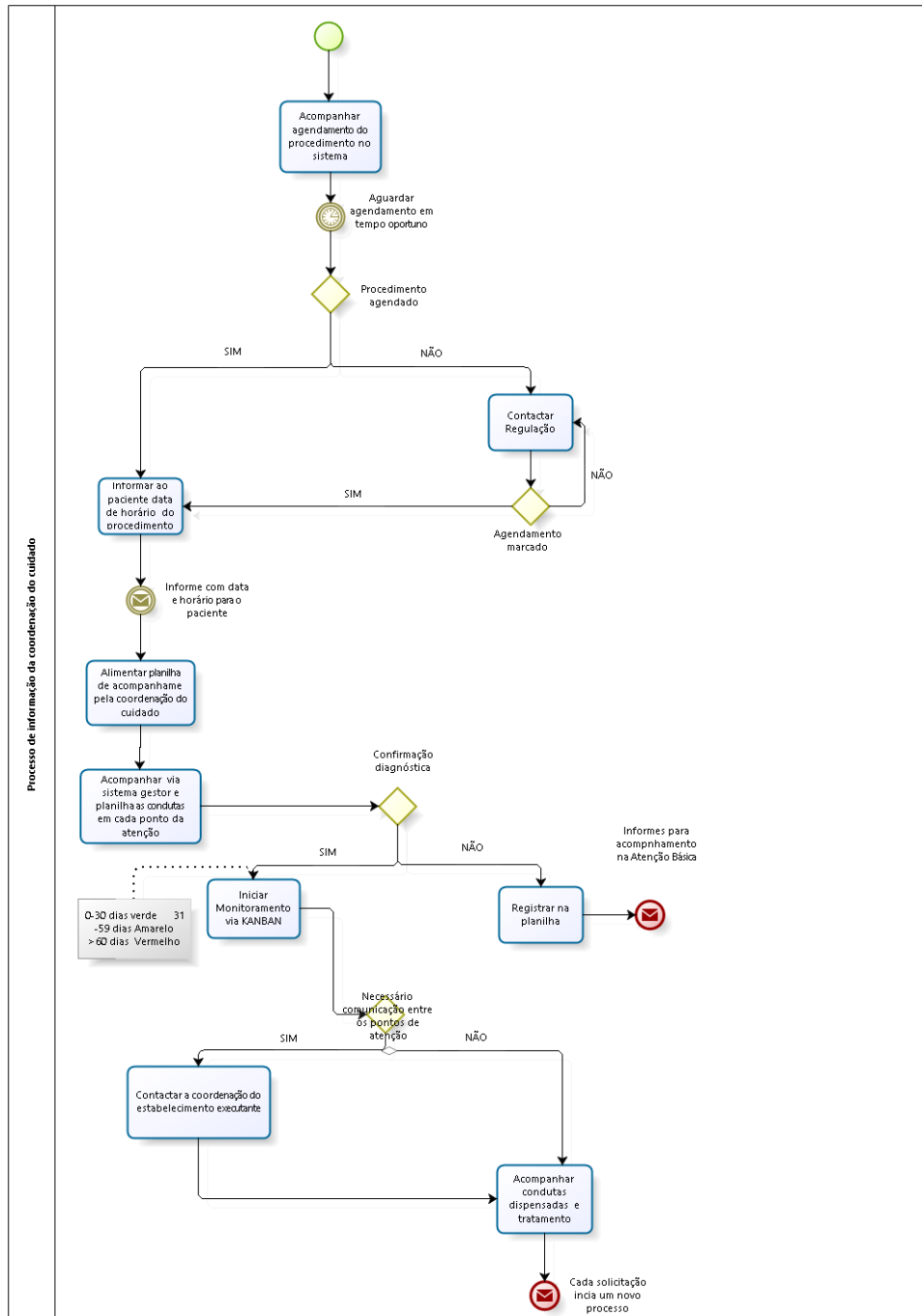
Aguardar agendamento

Informar paciente data e horário

Componente Atenção Básica

Componente Atenção Especializada

DIAGRAMA 2: PROCESSO DE INFORMAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO



Versão: 1.0

Autor: Samara Maria Moura Teixeira Sousa

PROCESSO DE INFORMAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

ELEMENTOS DO PROCESSO



Event



Acompanhar agendamento do procedimento no sistema



Aguardar agendamento em tempo oportuno



Procedimento agendado

Portões

NÃO

SIM



Contactar Regulação



Informar ao paciente data de horário do procedimento



Agendamento marcado

Portões

SIM

NÃO



Informe com data e horário para o paciente

Alimentar planilha de acompanhamento pela coordenação do cuidado

Acompanhar via sistema gestor e planilha as condutas em cada ponto de atenção

Necessário comunicação entre os pontos de atenção

Portões

SIM

Contactar a coordenação do estabelecimento executante

Acompanhar condutas dispensadas e tratamento

Cada solicitação inicia um novo processo

Confirmação diagnóstica

Portões

SIM

NÃO

Iniciar Monitoramento via KANBAN

Registrar na planilha

Informes para acompanhamento na Atenção Básica

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL SÃO CARLOS

ASSOCIAÇÃO PIAUENSE DE
COMBATE AO CÂNCER/
HOSPITAL SÃO MARCOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso da Mulher com Câncer de Mama ao Tratamento no Estado do Piauí

Pesquisador: Samara Maria Moura Teixeira Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63470716.8.3002.5584

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO PIAUENSE DE COMBATE AO CÂNCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.565.844

Apresentação do Projeto:

O acesso ao tratamento ao câncer de mama no tempo oportuno é de primordial importância para o melhor prognóstico da paciente. Esse estudo objetiva Avaliar o acesso da mulher com diagnóstico de Câncer de Mama ao tratamento do Estado do Piauí. Um estudo transversal de abordagem analítica, será desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí e no Hospital São Marcos. Através da coleta de dados secundários e dados primários a população compreenderá mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período de 20011 a 2016 a amostra mínima necessária para o estudo será de 344 participantes. A amostragem será aleatória simples. Para coleta dos dados, será construída uma lista das mulheres que atenderem aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra. O sorteio será realizado por meio do BioEstat. Os dados do estudo serão inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Microsoft Excel, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as mulheres diagnosticadas com câncer de mama quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos.

•Identificar os custos do tratamento conforme os procedimentos ambulatoriais e Hospitalares.

Endereço: Rua Olavo Bilac 2300

Bairro: Centro

CEP: 64.001-180

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-8102

Fax: (86)2106-8102

E-mail: cep.hsm@saomarcos.org.br

ASSOCIAÇÃO PIAUENSE DE
COMBATE AO CÂNCER/
HOSPITAL SÃO MARCOS



Continuação do Parecer: 2.565.844

- Verificar o fluxo de acesso da paciente com câncer de mama ao tratamento.
- Analisar o custo-utilidade no tratamento do câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa podem ser cansaço, aborrecimento que eventualmente venha a ocorrer ao responder o questionário podendo ter momentos de baixo auto estima, assim com a perda de sigilo constrangimento, para que isso não ocorra o participante será entrevistado em uma sala individualmente.

Benefícios:

Benefícios para o desenvolvimento científico como também contribuirá para a organização do acesso ao tratamento de câncer de Mama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para meio científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa relevante para meio científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado

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_DO_P ROJETO_1051838.pdf	12/03/2018 10:54:09		Aceito
Outros	Curriculo.pdf	06/02/2017 19:59:45	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2017 19:59:09	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Projeto Detalhado	projeto.doc	06/02/2017	Samara Maria	Aceito

Endereço: Rua Olavo Bilac 2300

Bairro: Centro

CEP: 64.001-180

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-8102

Fax: (86)2106-8102

E-mail: cep.hsm@saomarcos.org.br

ASSOCIAÇÃO PIAUENSE DE
COMBATE AO CÂNCER/
HOSPITAL SÃO MARCOS



Continuação do Parecer: 2.565,844

/ Brochura Investigador	projeto.doc	19:58:49	Moura Teixeira Sousa	Aceito
Brochura Pesquisa	pesquisa.doc	06/02/2017 19:58:23	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 27 de Março de 2018

Assinado por:
Neylany Raquel Silva
(Coordenador)

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

UFPI - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso da Mulher com Câncer de Mama ao Tratamento no Estado do Piauí

Pesquisador: Samara Maria Moura Teixeira Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63470716.8.0000.8050

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.933.576

Apresentação do Projeto:

Esse estudo objetiva Avaliar o acesso da mulher com diagnóstico de Câncer de Mama ao tratamento do Estado do Piauí. As pesquisadores justificam a realização da pesquisa informando que o câncer é um problema de saúde pública mundial, no Brasil e no Piauí não é diferente. O aumento da incidência de mortalidade é diretamente proporcional as mudanças nos padrões demográficos, tais como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. O desafio é garantir o acesso equitativo e integral ao diagnóstico e tratamento da doença. Diante da estimativa crescente de casos de câncer para que seja possível o diagnóstico e o tratamento precoce fatores devem ser levado em conta desde a oferta de serviços de acordo com a necessidade da população até o acesso oportuno. No entanto na prática profissional observa a dificuldade de grande parte das pacientes para iniciar o tratamento, surgindo a necessidade de busca de evidências a cerca desse assunto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar o acesso da mulher com diagnóstico de Câncer de Mama ao tratamento do Estado do Piauí.

Objetivos secundários:

- Caracterizar as mulheres diagnosticadas com câncer de mama quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos.

Endereço: Campus Ministro Petrônio Portella S/N, Bairro Ininga Teresina - PI

Bairro: ININGA

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3228-5244

Fax: (86)3237-2060

E-mail: comitedeeticadahupi@gmail.com

UFPI - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.933.576

- Identificar os custos do tratamento conforme os procedimentos ambulatoriais e Hospitalares.
- Verificar o fluxo de acesso da paciente com câncer de mama ao tratamento.
- Analisar o custo-utilidade no tratamento do câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa podem ser cansaço, aborrecimento que eventualmente venha a ocorrer ao responder o questionário, podendo ter momentos de baixo auto estima, assim como a perda de sigilo e constrangimento. Para que isso não ocorra o participante será entrevistado em uma sala individualmente.

Benefícios:

Benefícios para o desenvolvimento científico como também contribuirá para a organização do acesso ao tratamento de câncer de Mama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal de abordagem analítica, será desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí e no Hospital São Marcos. Através da coleta de dados secundários e dados primários. A população compreenderá mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período de 2011 a 2016 e a amostra necessária após calculada para o estudo será de 344 participantes. A amostragem será aleatória simples. Para coleta dos dados, será construída uma lista das mulheres que atenderem aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra. O sorteio será realizado por meio do BioEstat. Os dados do estudo serão inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do Microsoft Excel, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados conforme a legislação vigente

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto de pesquisa, "Acesso da Mulher com Câncer de Mama ao Tratamento no Estado do Piauí", está apto a ser executado, segundo a Res. 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Ministro Petrônio Portella S/N, Bairro Ininga, Teresina - PI
Bairro: ININGA **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3228-5244 **Fax:** (86)3237-2060 **E-mail:** comitedeeticadohupi@gmail.com

UFPI - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.933.576

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_845004.pdf	06/02/2017 20:01:19		Aceito
Outros	Curriculo.pdf	06/02/2017 19:59:45	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2017 19:59:09	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	06/02/2017 19:58:49	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Brochura Pesquisa	pesquisa.doc	06/02/2017 19:58:23	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/02/2017 19:57:16	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	06/02/2017 19:56:55	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstituicao.pdf	06/02/2017 19:55:56	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/02/2017 19:55:40	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	06/02/2017 19:53:41	Samara Maria Moura Teixeira Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 20 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes
(Coordenador)

Endereço: Campus Ministro Petrônio Portella S/N, Bairro Ininga Teresina - PI

Bairro: ININGA

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3228-5244

Fax: (86)3237-2060

E-mail: comitedeeticadahupi@gmail.com

