

Jornada de Assistência ao Câncer de Mama na perspectiva do serviço de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Breast Cancer Assistance Journey from the perspective of the Public Healthcare Service of Rio Grande do Sul

Fernando Anschau¹, Sabrina Bedin¹, Luciane Kopittke¹, Tamiê de Camargo Martins², Ruth Bartelli Grigolon³, Isabel Monteiro⁴, Giovanna da Cunha Varolli², Rodrigo Luz²

- ¹ Medical Doctor, Grupo Hospital Nossa Senhora da Conceição
² Registered Pharmacist, Roche Pharmaceuticals, São Paulo, Brazil
³ Research Consultant, Oracle Life Sciences, São Paulo, Brazil
⁴ Registered Pharmacist, Roche Farmacêutica Química, Lda., Amadora, Portugal

Autor correspondente:
tamie.de_camargo_martins@roche.com

Como citar este artigo:
Anschau F, Bedin S, Kopittke L, Martins TC, Grigolon RB, Monteiro I, et al. Breast cancer assistance journey from the perspective of the public healthcare service of Rio Grande do Sul. JAFF[Internet];9(2).2024. doi: 10.22563/2525-7323.2024.v9.n.2. p.48-56

Financiamento: This manuscript was funded by Roche Pharmaceuticals, São Paulo, Brazil.

Recebido em 01/02/2024

Aceito para publicação em 18/03/2024

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a jornada do paciente com câncer de mama (CM) no Rio Grande do Sul (RS), Brasil, através das perspectivas dos Centros de Assistência Oncológica de Alta Complexidade (CACONs) e Unidades de Assistência Oncológica de Alta Complexidade (UNACONs). **Métodos:** Realizado entre março e maio de 2023 em 17 serviços públicos de Oncologia do RS, o estudo transversal utilizou um questionário de 54 perguntas aplicado a profissionais de saúde. A pesquisa cobriu vários aspectos, incluindo diagnóstico, tratamento, financiamento e trabalho em equipe multidisciplinar. Enfatizamos momento do diagnóstico e tratamento, pois a Lei nº 12.732/12 determina que o primeiro tratamento oncológico deve ser iniciado em até 60 dias. **Resultados:** Pacientes com CM realizam testes de triagem ao iniciar o tratamento (88,2%), com imunohistoquímica comumente realizada externamente (64,7%) e a PCR frequentemente solicitada (82,4%), levando uma média de 90 a 250 dias para todos os procedimentos. Os pacientes enfrentam desafios, como longas permanências hospitalares, viagens extensas para centros de tratamento, efeitos colaterais do tratamento e altos custos de transporte, muitas vezes levando à interrupção do tratamento. O estágio mais demorado é o tratamento, sendo que a infusão subcutânea é mais eficiente em termos de tempo do que a administração intravenosa. Limitações físicas, problemas de mobilidade, diagnóstico tardio (média de 90 dias) e acesso limitado aos cuidados afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. As equipes de saúde enfrentam dificuldades com diretrizes desatualizadas, falta de instalações para tratamento intravenoso e durações prolongadas das infusões. **Conclusão:** O estudo destaca a necessidade de abordar atrasos na triagem, restrições de recursos e disparidades no acesso aos cuidados, com a finalidade de aprimorar a qualidade do atendimento e a equidade no sistema, enfatizando obstáculos identificados na jornada dos pacientes com CM no sistema de saúde público.

Palavras-chave: câncer de mama; tratamento; jornada; Brasil; carga da doença.

ABSTRACT

Objective: This study aims to characterize the breast cancer (BC) patient journey in Rio Grande do Sul (RS), Brazil, through the perspectives of the High Complexity Oncology Assistance Centers (CACONs) and High Complexity Oncology Assistance Units (UNACONs). **Methods:** Conducted between March and May 2023 across 17 RS Oncology public healthcare services, the cross-sectional study utilized a 54-question questionnaire administered to healthcare professionals. The survey covered various aspects, including diagnosis, treatment, funding, and multidisciplinary teamwork. We put special emphasis on the time of diagnosis and treatment, as Law No. 12,732/12 mandates that the first oncological treatment must begin within 60 days. **Results:** Descriptive analysis revealed that BC patients undergo screening tests upon treatment entry (88.2%), with immunohistochemistry commonly performed externally (64.7%) and PCR often requested (82.4%) for adjuvant therapy initiation, taking an average of 90 to 250 days for all procedures. Patients encounter challenges such as lengthy hospital stays, extensive travel to treatment centers, treatment side effects, and high transportation expenses, often leading to treatment discontinuation. The most time-consuming stage is treatment, with subcutaneous infusion proving more time-efficient than intravenous administration. Physical limitations, mobility issues, late diagnosis (90-day average), and limited access to care significantly impact patients' quality of life. Healthcare teams face difficulties with outdated guidelines, lack of intravenous treatment facilities, and extended administration durations. Institutions confront barriers like drug shortages, guideline disparities, and logistical challenges. **Conclusion:** The study concludes by emphasizing the identified hurdles in BC patients' public healthcare journey, underscoring the need to address delays in screening, resource constraints, and disparities in access to care based on geographical, socioeconomic, and racial/ethnic factors to enhance overall quality of care and equity within the system.

Keywords: breast cancer; treatment; journey; Brazil; disease burden.

Contexto

O câncer é um sério problema de saúde pública. Mundialmente, estima-se que tenham ocorrido 19,3 milhões de novos casos de câncer e quase 10,0 milhões de mortes relacionadas à doença em 2020. O câncer de mama feminino ultrapassou o câncer de pulmão como o mais diagnosticado, com aproximadamente 2,3 milhões de novos casos anuais¹.

Embora o câncer de mama, em geral, apresenta um prognóstico oncológico mais favorável em comparação a outras neoplasias, em países em desenvolvimento, como o Brasil, a taxa de sobrevida em cinco anos é de 75,2%, enquanto em países desenvolvidos chega a 90%². A disparidade observada nas taxas de mortalidade reflete uma combinação de fatores, como diferenças no acesso à detecção precoce e a intervenções terapêuticas mais eficazes^{2,3}.

Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) desempenham papel crucial no sistema de saúde brasileiro, oferecendo uma ampla gama de serviços voltados ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer. Essas unidades especializadas são de suma importância para garantir que os pacientes recebam cuidados de alta qualidade e para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CACON, localizados em grandes hospitais e centros de referência em oncologia, oferecem serviços avançados, como transplantes de medula óssea, terapias-alvo e cirurgias complexas, atendendo pacientes com cânceres raros e complexos. Já as UNACON, presentes em diferentes níveis de complexidade hospitalar, concentram-se em procedimentos menos complexos, descentralizando o tratamento e ampliando o acesso ao cuidado especializado para um número significativamente maior de pacientes^{4,5}. De acordo com dados do TabNet/DataSUS, especificamente na região do Rio Grande do Sul nos últimos cinco anos (2018 a 2023), aproximadamente 19.864 pacientes com câncer de mama (CID C50, D05) foram diagnosticados e tratados no sistema público de saúde⁶.

Um dos grandes desafios no tratamento do câncer é iniciar a terapia no momento oportuno, quando esta é mais eficaz. Isso requer que os serviços de saúde realizem um conjunto complexo e coordenado

de ações capazes de viabilizar uma atenção integral, de qualidade e eficiente. Atualmente, o controle do câncer de mama é prioridade na agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil⁷. Apesar disso, ainda enfrentamos intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, levando a diagnósticos tardios, atrasos no tratamento, queda na qualidade da assistência e iniquidades⁸⁻¹⁰. Esses fatores impactam a progressão da doença, a qualidade de vida dos pacientes, o diagnóstico em estágios avançados e o aumento dos custos no tratamento oncológico.

Uma estratégia para organizar e integrar diferentes tipos de atenção é a implementação da linha de cuidado do paciente com câncer de mama, uma ferramenta que propõe a reorganização do fluxo assistencial e a adoção de boas práticas de cuidado para garantir uma atenção humanizada e de qualidade ao longo de toda a trajetória do paciente. Ao identificar pontos críticos nessa jornada, torna-se possível atuar na eliminação de barreiras para o atendimento oportuno, o diagnóstico e a continuidade do tratamento. Essa estratégia busca promover maior adesão ao plano diagnóstico e terapêutico, ampliação do acesso em tempo oportuno, aumento da frequência de comparecimento às consultas e melhoria na qualidade da assistência^{9,11}.

Neste estudo, nosso objetivo é avaliar a jornada do paciente com câncer de mama sob a perspectiva dos CACON e UNACON no Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Methodology

Foi realizado um estudo transversal envolvendo instituições do serviço público no Brasil, conduzido de março a maio de 2023. Uma pesquisa de campo foi aplicada utilizando um questionário específico desenvolvido pela equipe do estudo. Esse questionário continha 54 questões relacionadas ao diagnóstico e rastreamento, tratamento, transporte, financiamento e alocação de recursos, bem como ao envolvimento da equipe multidisciplinar (material suplementar). Cada questão do questionário apresentava categorias de resposta indicadas em termos de períodos em dias, tipos de tratamento ou exames diagnósticos, e possibilidades de razões para a determinação de dificuldades e barreiras.

Os participantes deste projeto foram os CACONs e UNACONs do RS, representados por seus profissionais de saúde, como enfermeiros, farmacêuticos e médicos. Cada instituição de saúde foi contatada por e-mail e, mediante aceite em participar da pesquisa, o instrumento de coleta de dados foi disponibilizado (material suplementar).

Neste artigo, foi dada ênfase às questões relacionadas ao tempo de diagnóstico e de tratamento. Consideramos o tempo como uma variável fundamental em nossa análise devido à promulgação de duas leis que impactam diretamente o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A primeira delas, a Lei nº 12.732/12, em vigor desde 23 de maio de 2013, estabeleceu um marco importante ao determinar que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve ser iniciado em até 60 dias a partir da assinatura do laudo anatomopatológico ou em período inferior, caso haja necessidade terapêutica específica registrada no prontuário do paciente¹². Além disso, a Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, que alterou a Lei nº 12.732/12, determinou que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasias malignas devem ser realizados em até 30 dias em situações específicas¹³. Portanto, a análise do tempo é crucial para avaliar a conformidade com essas normativas e garantir acesso oportuno e adequado ao tratamento oncológico no sistema público de saúde brasileiro.

Os dados obtidos foram avaliados em audiência pública realizada em 19 de junho de 2023, na Assembleia Legislativa do RS, em formato híbrido, com a participação das equipes multidisciplinares dos CACONs/UNACONs. Os resultados foram analisados de forma descritiva, identificando o número e a proporção de participantes que responderam a cada categoria apresentada em cada questão, bem como a proporção das respostas. Essa análise foi conduzida utilizando a plataforma Microsoft Excel (versão 2305, 2023, 64 bits).

Resultados

Foram obtidas respostas de 17 dos 31 CACONs e UNACONs do RS, indicando uma taxa de participação de 55% dos centros. Os dados foram agrupados nos seguintes tópicos: 1) tempo médio decorrido para a realização dos exames; 2) sobrecarga de tempo; 3) mo-

bilidade; 4) qualidade de vida e barreiras vivenciadas..

Tempo médio decorrido até a realização dos exames diagnósticos

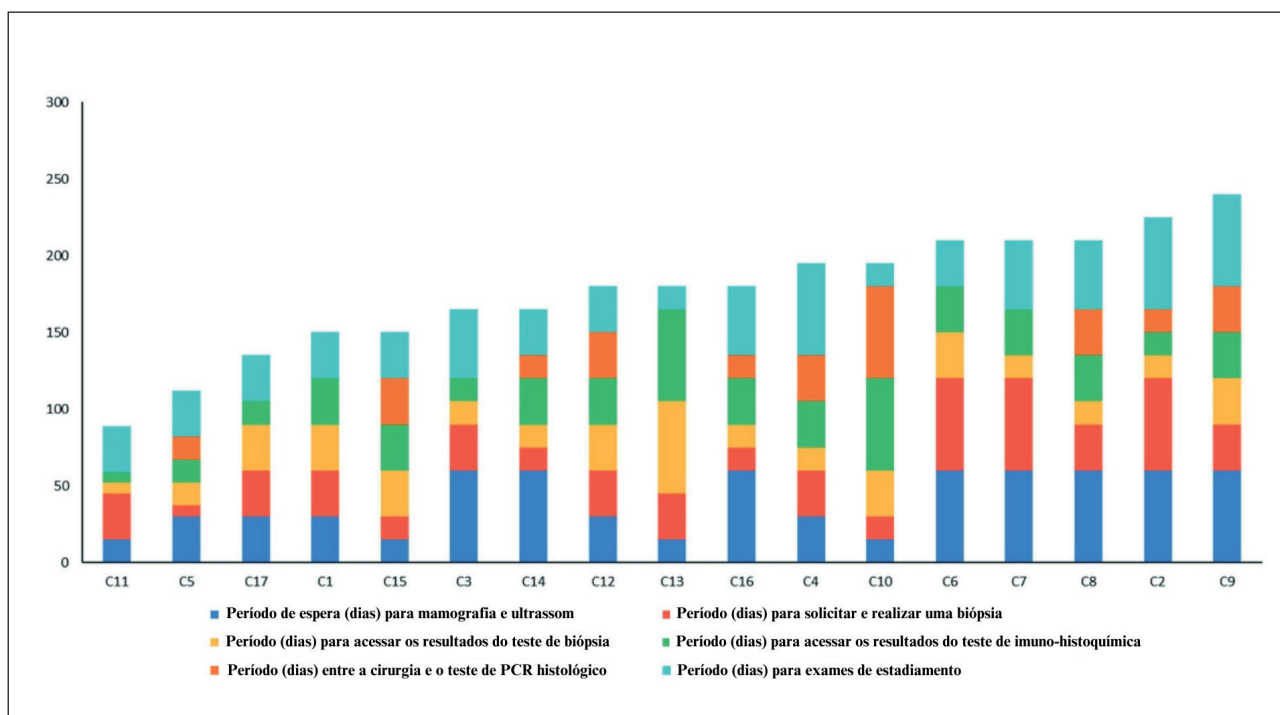
Oito centros apresentaram tempo médio para realização de mamografia e ultrassonografia de mamas superior a 50 dias. O tempo médio para a conclusão de todos os procedimentos variou entre 90 e 250 dias. A discriminação do tempo entre a conclusão de cada procedimento (tempo de espera para ultrassonografia de mamas, mamografia, exame clínico das mamas, autoexame, mamografia e ressonância magnética, biópsia e imuno-histoquímica) em cada um dos 17 centros é apresentada na Figura 1.

Sobrecarga temporal para a administração do tratamento

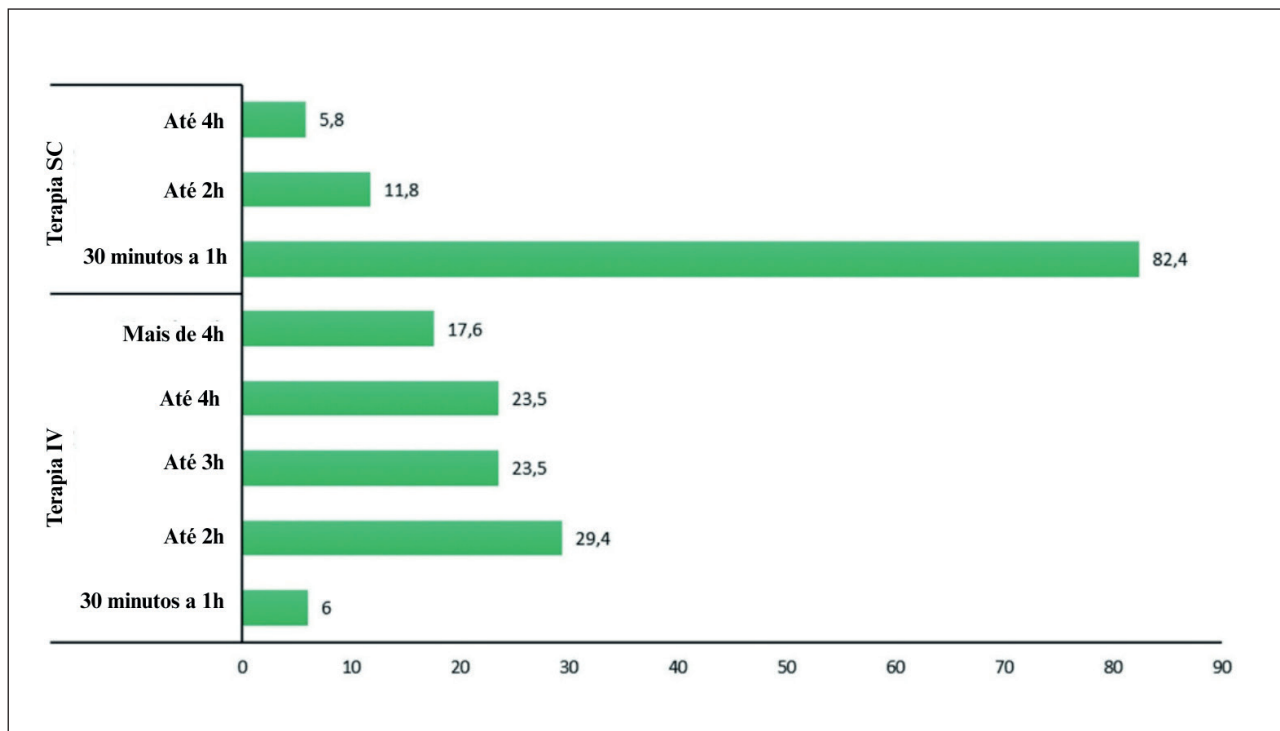
Identificamos que o tratamento é a etapa da jornada de cuidado que consome a maior parte do tempo. Ao analisar o tempo despendido no centro oncológico para o tratamento, observou-se que o tempo consumido para a administração de medicamentos subcutâneos (SC) (82,4% - tempo de administração de 30 minutos a 1 hora) foi consideravelmente menor em comparação à via de administração intravenosa (IV), na qual apenas 6% relataram levar de 30 minutos a 1 hora, enquanto a maioria, 79,9%, afirmou que o procedimento dura de 2 a 4 horas (Figura 2).

Mobilidade

A distância média entre a residência do paciente e o centro de tratamento foi informada por 14 centros, variando de 16 a 40 km em 6 centros, 40 a 70 km em 3 centros e acima de 70 km em 5 centros. A maioria dos centros relatou o transporte municipal, fornecido pelo governo local, como a principal forma de deslocamento dos pacientes até o centro de tratamento (Tabela 1). Na ausência de acesso à radioterapia no próprio serviço, os pacientes são encaminhados para locais de referência, que frequentemente não se encontram próximos ao centro onde já realizam o tratamento. Em média, esses pacientes são direcionados para serviços localizados a distâncias que variam de 45 km a 180 km do centro de tratamento atual.

Figura 1. Tempo médio decorrido para exames nos 17 CACON/UNACON avaliados.

Legenda. Os valores referem-se aos números máximos para a conclusão de cada procedimento dentro de cada categoria de faixa de tempo. C: Centro.

Figura 2. Tempo de permanência no centro oncológico para realização de terapias IV e SC.

Legenda. Os valores representam a proporção de centros que relataram a duração da permanência. SC: subcutâneo; IV: intravenoso.

Tabela 1. Distância percorrida para o tratamento.

Mobilidade	n(%)
Meios de transporte até o centro de tratamento	
Ônibus	4 (23,5%)
Transporte municipal fornecido pelo governo	12 (70,6%)
Transporte por aplicativo, ônibus ou transporte municipal fornecido pelo município de origem do paciente	1 (5,9%)
Distância média da residência do paciente até o centro de tratamento	
Até 5 km	1 (5,9%)
De 6 a 15 km	2 (11,8%)
De 16 a 40 km	6 (35,3%)
De 40 a 70 km	3 (17,6%)
Acima de 70 km	5 (29,4%)

Legenda: n -número de pacientes

Principais barreiras identificadas

Em relação às dificuldades e barreiras enfrentadas por todos os envolvidos no tratamento do câncer de mama (paciente, equipe de saúde e instituição), a maioria dos centros (16/17 centros) relatou que os pacientes enfrentam as seguintes dificuldades relacionadas ao tratamento: 1) longa permanência hospitalar (8/17); 2) frequência de visitas ao hospital/clínica para tratamento (11/17); 3) efeitos adversos ao tratamento (14/17); 4) distância/deslocamento até o local de tratamento (12/17); e 5) despesas com transporte até o local de tratamento (6/17). Essas dificuldades também foram apontadas como razões para que pacientes interrompessem o tratamento, além da progressão da doença (11/17), abandono voluntário do tratamento (10/17 centros) e falta de rede de apoio.

A maioria dos centros relatou que as barreiras enfrentadas pelos pacientes são: 1) limitações físicas/dor (13/17); 2) deslocamento até o local de tratamento (11/17); 3) atraso no diagnóstico/início do tratamento (7/17); e 4) falta de acesso a um cuidado adequado (11/17). No que se refere à equipe de saúde, a maioria dos centros relatou que as dificuldades relacionadas ao tratamento quimioterápico são: 1) as diretrizes do centro não refletem a Diretriz Diagnós-

tica e Terapêutica (DDT) vigente do Ministério da Saúde (6/17 centros); 2) falta de cadeiras (leitos) para aplicação do tratamento intravenoso (4/17 centros); e 3) longo tempo de aplicação pela via intravenosa (3/17 centros). As barreiras para o tratamento quimioterápico relacionadas aos centros foram: 1) desabastecimentos (3/17 centros); 2) as diretrizes do centro não refletem a DDT vigente (6/17 centros); e 3) questões logísticas (4/17 centros) (Tabela 2).

Tabela 2. Barreiras relatadas pelo paciente em relação à qualidade de vida.

Barreiras	n (%)
Limitações físicas/dor	13 (76,5)
Vida social limitada	7 (41,2)
Incapacidade para trabalhar	8 (47,1)
Preconceito	3 (17,6)
Tempo gasto no hospital	2 (11,8)
Deslocamento até o local de tratamento	11 (64,7)
Falta de apoio multidisciplinar	3 (17,6)
Falta de informação	4 (23,5)
Atraso no diagnóstico/início do tratamento	7 (41,2)
Falta de acesso a cuidados adequados	12 (70,6)

Legenda: n - número de pacientes

Discussão

Este estudo oferece uma análise sobre o funcionamento dos CACONs e UNACONs no estado do RS, Brasil. Os resultados são reveladores, pois destacam os desafios e as oportunidades que envolvem o tratamento do câncer de mama em um contexto nacional e apresentam as principais barreiras a serem superadas para alcançar diagnóstico e tratamento oportunos, equitativos, de qualidade e com adesão adequada.

Em relação ao tempo médio decorrido para a realização dos exames, os achados indicam variações significativas na velocidade dos procedimentos, refletindo uma realidade frequentemente vivenciada por pacientes brasileiros. A variação acima de 50 dias em oito centros para a realização de procedimentos diagnósticos, como mamografia e ultrassonografia mamária, revela a disparidade no acesso a exames essenciais. Em um estudo realizado na Tunísia, cerca de um terço dos pacientes 34,9% apresentou atrasos superiores a 60 dias para o diagnóstico¹⁴. Brand et al. identificaram intervalos de tempo e barreiras para

o diagnóstico de câncer em 57 países de baixa e média renda. Os intervalos médios para o diagnóstico precoce foram semelhantes em três estágios: acesso 1,2 meses, diagnóstico 0,9 meses e tratamento 0,8 meses¹⁵. Além disso, países de baixa renda apresentaram intervalos mais longos entre acesso e diagnóstico 6,5 meses¹⁵. Algumas barreiras associadas ao tempo para diagnóstico incluem baixa literacia em saúde, falta de conscientização, custo dos serviços de rastreamento e distância até o centro de rastreamento¹⁵⁻¹⁸. A faixa de 90 a 250 dias para a conclusão de todos os procedimentos enfatiza a necessidade de priorizar estratégias voltadas à redução desses prazos, de modo a melhorar a detecção precoce e, consequentemente, a efetividade do tratamento. Ademais, esse aspecto pode ter implicações profundas para a detecção precoce e eficácia terapêutica, ressaltando a importância de abordagens que reduzam o tempo de espera e otimizem o fluxo de trabalho nos centros. A taxa de realização de mamografia no país está substancialmente abaixo das diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, destaca-se que existe uma discrepância relevante entre essa taxa de cobertura e o número de exames diagnósticos confirmatórios realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{19,20}.

Os resultados deste estudo sobre o tempo para diagnóstico estão em consonância com as conclusões apresentadas por Traldi et al.²¹. Nesse estudo prévio, foi identificado um tempo médio de 5 meses ($142,6 \pm 10,1$ dias, variando de 12 a 451 dias) até a realização do processo diagnóstico. Além disso, constatou-se que 60% dos diagnósticos foram confirmados entre 4 e 6 meses (120 e 180 dias), enquanto 8,9% da amostra teve a oportunidade de receber o diagnóstico em até 60 dias. De acordo com o Ministério da Saúde, o acesso a exames diagnósticos e ao tratamento, quando necessário, está intrinsecamente ligado às referências estabelecidas e à estrutura da rede de atenção, conforme evidenciado por estudos anteriores. Ademais, a disponibilidade de recursos humanos qualificados e de equipamentos exerce influência crucial nesse processo²².

No contexto do tempo de administração do tratamento, o estudo apresenta uma diferença significativa entre as vias SC e IV, confirmando o esperado, uma vez que a via subcutânea é administrada de for-

ma rápida, enquanto a via intravenosa é majoritariamente lenta, mesmo quando realizada em bolus. O tratamento, um marco crítico na jornada do paciente, consumiu consideravelmente mais tempo quando administrado pela via IV. Esse cenário é relevante no contexto brasileiro, em que a infraestrutura de saúde frequentemente enfrenta desafios para atender a uma demanda significativa de pacientes, reduzindo, assim, a possibilidade de acesso para novos casos. A observação de que a via SC demanda menos tempo em comparação à via IV enfatiza a importância de tornar opções mais eficientes amplamente disponíveis. Essa discrepância sugere um espaço de melhoria, em que a busca por métodos de administração mais eficientes e menos demorados pode impactar positivamente a qualidade de vida do paciente ao reduzir o tempo gasto no centro oncológico²³. Isso pode não apenas melhorar a experiência do paciente, mas também liberar recursos para aprimorar outras áreas do cuidado oncológico²⁴⁻²⁶.

A mobilidade dos pacientes até os centros de tratamento surgiu como outra área de preocupação. Os achados sobre a distância média entre a residência do paciente e o centro de tratamento impactam diretamente a acessibilidade e a sobrecarga dos pacientes, especialmente relevante em um país de dimensões continentais como o Brasil. A dependência do transporte municipal, muitas vezes a única opção para diversos pacientes, evidencia os desafios de acessibilidade enfrentados por quem busca tratamento e ressalta a importância de parcerias com autoridades locais para ampliar o acesso. Garantir transporte para consultas e exames realizados fora do município de residência do paciente mostra-se uma medida tão crucial quanto a própria disponibilidade de serviços, mesmo em cenários em que os municípios integram regiões metropolitanas, onde o acesso poderia ser mais facilitado. A escassez de oferta nos serviços municipais frequentemente evidencia a disponibilidade de transporte como uma barreira ao acesso. A dificuldade de acesso ao tratamento é atribuída à incapacidade do município em realizar determinados exames confirmatórios, agravada pela necessidade de deslocamento para localidades distantes²⁷. A necessidade de encaminhar pacientes para locais de referência para determinados tipos de tratamento, a distâncias consideráveis do centro

atual, reforça a complexidade logística em áreas geograficamente extensas e evidencia a necessidade de maior coordenação entre instituições e autoridades de saúde para assegurar o acesso a todos os aspectos do tratamento do câncer. Pesquisas indicam que obstáculos no acesso a serviços especializados levam à busca por atendimento privado, gerando conflitos entre fluxos formais e informais de cuidado. Essa dinâmica compromete a capacidade de coordenação eficaz do cuidado em saúde e evidencia uma barreira significativa ao tratamento²⁸⁻³¹. De acordo com um estudo realizado no Brasil, com base em registros do DataSUS de 2019-2020, mais da metade dos casos de câncer de mama feminino iniciou o tratamento oncológico mais de 60 dias após o diagnóstico. Além da idade avançada, a necessidade de deslocamento superior a 200 km da residência para o tratamento foi um fator que influenciou esse atraso³².

No que diz respeito às barreiras durante o tratamento, a pesquisa demonstra os principais obstáculos vivenciados por pacientes, equipes de saúde e instituições. As dificuldades mencionadas, como longas internações hospitalares, efeitos adversos, deslocamentos frequentes e ausência de suporte, refletem desafios reais que afetam a jornada do paciente no Brasil³³. A necessidade de visitas frequentes ao hospital para tratamento, somada aos efeitos colaterais e limitações físicas, contribui para a redução da qualidade de vida dos pacientes³⁰⁻³⁴. Dificuldades relacionadas à adesão terapêutica foram evidentes, com pacientes interrompendo o tratamento por diferentes motivos³⁵. A ausência de rede de apoio e a falta de acesso a cuidados adequados também surgiram como fatores que impactam negativamente a continuidade do tratamento³⁶. A discrepância entre as diretrizes terapêuticas e a prática nos centros destaca a necessidade de melhor implementação das políticas de saúde e de atualizações constantes, a fim de garantir que os pacientes recebam tratamento de acordo com as melhores práticas disponíveis^{37,38}.

Esta pesquisa possibilitou a identificação das principais barreiras a serem superadas no percurso assistencial do câncer de mama, com vistas à redução do tempo de diagnóstico e tratamento e ao fornecimento de um cuidado centrado no paciente. A reestruturação da linha de cuidado para mulheres com câncer de mama é necessária para que a rede assistencial possa

agilizar e coordenar o atendimento, assegurando a transição do cuidado ao longo da rede de saúde, auxiliando-as a superar as diversas barreiras encontradas durante a jornada e priorizando as etapas necessárias para o início do tratamento o mais breve possível.

Portanto, sugere-se a criação de uma linha de cuidado otimizada para o câncer de mama, reunindo todos os atores da rede de saúde em um diálogo deliberativo com a estruturação dos processos necessários, elegendo prioridades com base na síntese de evidências científicas e no planejamento situacional, a fim de reduzir o intervalo entre diagnóstico e tratamento e melhorar o cuidado oferecido a essas mulheres.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Primeiramente, o questionário utilizado pelos autores foi composto por questões de múltipla escolha, o que pode não abranger todos os possíveis motivos para o fenômeno investigado, limitando a compreensão completa das causas subjacentes. Além disso, a subjetividade inerente às respostas de participantes específicos das unidades de tratamento pode não refletir um consenso dentro dessas unidades, levando a uma visão parcial da realidade. Outra limitação refere-se à localização geográfica das unidades de tratamento, que pode representar um cenário economicamente mais favorável em comparação a outras regiões do Brasil, afetando a generalização dos resultados para todo o país. A representatividade dos dados também é uma preocupação, uma vez que os resultados podem não ser extrapoláveis para outras populações ou contextos. Ademais, por não acompanhar a mesma população ao longo do tempo, o estudo não permite estabelecer relações causais entre condições e fatores de risco. Por fim, a incapacidade de estabelecer relações causais decorre da ausência de evidências de uma sequência temporal entre a exposição a um fator e o desenvolvimento subsequente da doença, o que limita a inferência de relações de causa e efeito com base nos resultados obtidos.

Conclusão

Em conclusão, este estudo fornece uma análise abrangente da situação dos centros oncológicos no RS, com foco em aspectos de adesão, eficiência e qualidade do tratamento. Além disso, a pesquisa

contribuiu substancialmente para a compreensão da situação dos centros oncológicos no contexto brasileiro, especialmente no que se refere ao tratamento do câncer de mama. Apesar da falta de representatividade amostral, os dados apresentados por este estudo estão alinhados com a literatura da área de pesquisa. Os resultados reforçam a urgência em enfrentar os desafios identificados, tais como o tempo de espera prolongado, a eficiência na administração de medicamentos, a mobilidade dos pacientes e a qualidade de vida durante o tratamento. A pesquisa serve como um lembrete importante de que são necessários esforços conjuntos entre governos, profissionais de saúde e a sociedade para superar esses desafios, garantindo um tratamento do câncer de mama mais eficaz, acessível e humanizado para todas as pacientes brasileiras.

Referências

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209–49.
2. Allemani C, Tomohiro M, Di Carlo V, Rhea H, Matz M, Bonaventura A, et al. Global surveillance of trends in cancer survival: analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers during 2000–2014 from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-3). *Lancet*. 2018;391(10125):1023–75.
3. Paquier Sala D, Pinto Okuno M, Taminato M, Pereira de Castro C, Louvison M, Yoshimi Tanaka O. e20200995 8 of Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review Sala DCP, Okuno MFP. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):1–8.
4. Governo Brasileiro. Habilitar hospitais em alta complexidade em oncologia [Internet]. gov.br. 2023 [citado 2023 Set 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-hospitais-em-alta-complexidade-em-oncologia#:~:text=Os estabelecimentos de saúde habilitados,paciente%2C independentemente de ser a>
5. Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Resolução nº 255/18 - CIB/RS [Internet]. 2018 [citado 2023 Set 19]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180743/18164302-cibr255-18.pdf>
6. TabNet e DATASUS. Painel-Oncologia - BR [Internet]. 2023 [citado 2023 Set 19]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Vol. 1. 2021.
8. Grabinski VF, Brawley OW. Disparities in Breast Cancer. *Obs Gynecol Clin N Am*. 2022;49:149–65.
9. Oliveira M, Scaff A, Franco AL da S, Pancini ALR, Hornburg B, Baldotto C, et al. Projeto ONCOREDE: A (Re)Organização da Rede de Atenção Oncológica na Saúde Suplementar. 2016. 116 p.
10. Thompson B, Hohl SD, Molina Y, Paskett ED, Fisher J, Baltic R, et al. Breast Cancer Disparities Among Women in Underserved Communities in the USA. *Physiol Behav*. 2017;176(1):139–48.
11. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(Suppl. 15):3537–40.
12. Brasil. Planalto. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 [Internet]. 2012 [citado 2023 Set 19]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm
13. Brasil. Planalto. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019 [Internet]. 2019 [citado 2023 Set 19]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/13896.htm#:~:text=LEI No 13.896%2C DE 30 DE OUTUBRO DE 2019&text=Altera a Lei no 12.732,no caso em que especifica.
14. Balhi S, Khiari H, Hsairi M. Factors Associated with Diagnostic Delays among Tunisian Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023

- Feb;24(2):471–7.
15. Brand NR, Qu LG, Chao A, Ilbawi AM. Delays and Barriers to Cancer Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Oncologist*. 2019 Dec;24(12):e1371–80.
 16. Nnaji CA, Ezenwankwo EF, Kuodi P, Walter FM, Moodley J. Timeliness of diagnosis of breast and cervical cancers and associated factors in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Feb;12(2):e057685.
 17. Srinath A, van Merode F, Rao SV, Pavlova M. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2023 Apr;38(4):509–27.
 18. Afaya A, Ramazanu S, Bolarinwa OA, Yakong VN, Afaya RA, Aboagye RG, et al. Health system barriers influencing timely breast cancer diagnosis and treatment among women in low and middle-income Asian countries: evidence from a mixed-methods systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec;22(1):1601.
 19. World Health Organization. Early Detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 3: early detection [Internet]. Geneva; 2007.
 20. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, dos-Santos-Silva I. 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. *Cad Saude Publica*. 2014;30:1537–50.
 21. Traldi MC, Galvão P, Morais SS de, Fonseca MRC da C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24:185–91.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 874, de maio de 2013. Institui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2013;129.
 23. Syrios J, Pappa E, Volakakis N, Grivas A, Alafis J, Manioudaki S, et al. Real-World Data on Health-Related Quality of Life Assessment in Patients With Breast Cancer Receiving Subcutaneous Trastuzumab. *Breast Cancer Basic Clin Res*. 2018;12.
 24. McCloskey C, Ortega MT, Nair S, Garcia MJ, Manevy F. A Systematic Review of Time and Resource Use Costs of Subcutaneous Versus Intravenous Administration of Oncology Biologics in a Hospital Setting [Internet]. Vol. 7, *PharmacoEconomics - Open*. Springer International Publishing; 2023. 3–36 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41669-022-00361-3>
 25. Kashiura D, Santos P, Yoshida L, Garrido S, Nardi E, Alves M. Modelo de impacto orçamentário do trastuzumabe subcutâneo comparado com o intravenoso no tratamento de câncer de mama HER-2 positivo no Sistema de Saúde Suplementar brasileiro. *J Bras Econ da Saúde*. 2019;10(3):269–77.
 26. Jackisch C, Manevy F, Frank S, Roberts N, Shafrin J. White paper on the value of time savings for patients and healthcare providers of breast cancer therapy: the fixed-dose combination of pertuzumab and trastuzumab for subcutaneous injection as an example. *Adv Ther*. 2022;39(2):833–44.
 27. Almeida MMM, Almeida PF de, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educ*. 2020;24:e190609.
 28. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saude Colet*. 2017;22:1141–54.
 29. Almeida PF de, Santos AM dos, Santos V da P, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Soc*. 2016;25:320–35.
 30. Batista DRR, de Mattos M, da Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm da UFSM*. 2015;5(3):499–510.
 31. Saldanha R de F, Xavier DR, Carnavalli K de M, Lerner K, Barcellos C. Estudo de análise de

rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):e00090918.

32. Nogueira MC, Atty AT de M, Tomazelli J, Jardim BC, Bustamante-Teixeira MT, Azevedo e Silva G. Frequência e fatores associados ao atraso para o tratamento do câncer de mama no Brasil, segundo dados do PAINEL-Onco-logia, 2019-2020. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2023;32:e2022563.
33. Cirqueira TQP, Ferreira AGN, dos Santos MH da S, Ferreira APM, Santos FDRP, da Costa Pinheiro PN. Relatos de vida de mulheres com câncer de mama. *CIAIQ2019*. 2019;2:1716–24.
34. Sousa Nascimento P de, Costa TR, Sousa Júnior DL de, Ribeiro JKC, Carvalho MAJ de, Mesquita FP, et al. Dificuldades enfrentadas por mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Interfaces Saúde, Humanas e Tecnol*. 2022;10(2):1336–45.
35. Fonseca AA, Souza ACF de, Rios BRM, Bauman CD, Piris ÁP. Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2017;(5):S222–9.
36. Almeida AM de, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2001;9:63–9.
37. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMD, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014;48:394–400.
38. Pisoni AC. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. 2013.

Supplementary Material -- Data collection tool

Screening and Diagnosis

1. Presence of screening tests upon arrival at the treatment center
2. Screening methods
3. Available procedures for diagnosis
4. Waiting time for mammography and breast ultrasound
5. Time for biopsy request and execution
6. Time to access biopsy results
7. Request for immunohistochemistry
8. Time to access immunohistochemistry results
9. Presence of PCR histological test to start adjuvant therapy
10. Conducting PCR histological test in the institution for adjuvant therapy initiation
11. Time between surgery and PCR histological test
12. Presence of genetics service
13. Referral for genetic testing
14. Access to mutation tests for referral
15. Absence of tests
16. Chest X-ray
17. Bone scintigraphy
18. Abdominal ultrasound
19. Laboratory tests
20. Chest tomography
21. Total abdominal tomography
22. Time for staging exams

Treatment

23. Time between neoadjuvant chemotherapy and surgery
24. Time between surgery and adjuvant chemotherapy
25. Main reason for patient-reported treatment interruption
26. Difficulties reported by the healthcare team in administering drug treatment
27. Difficulties reported by the patient in administering drug treatment
28. Difficulties reported by the institution in administering drug treatment
29. Time for IV therapy
30. Time for SC therapy
31. Access to radiotherapy
32. Referral location for radiotherapy and distance traveled between services
33. Start of radiotherapy treatment
34. Barriers reported by the patient for a proper quality of life
35. Evaluation of fertility preservation

Mobility

36. Means of transportation to the treatment center
37. Average distance from the patient's residence to the treatment center
38. Stage of care that consumes the most time during visits to the hospital and/or oncology outpatient clinic

Financing

39. Medical consultation
40. Antitumor drugs
41. Medications used concurrently with chemotherapy
42. General solutions
43. Printed materials
44. Laminar flow hood
45. Service cleaning and maintenance
46. Expectation of increased costs with disease progression
47. Center's preference for providing oncology drugs

Multidisciplinary Team

48. Provision of palliative care and the type of patient indicated for palliative care evaluation
49. Presence of multidisciplinary team evaluation in the therapeutic journey
50. Professionals involved in the therapeutic journey
51. Stage of treatment where multidisciplinary evaluation occurs
52. Presence of physiotherapy for rehabilitation after breast cancer surgery
53. Presence of psychological support for patients and families
54. Referral of patients and families for psychological treatment
55. Presence of a nurse navigator and the stage of treatment where the first contact occurs
56. Awareness strategies

Research and Miscellaneous

57. Presence of a clinical research center linked to the center
58. Proportion of patients undergoing treatment through clinical research
59. Presence of multidisciplinary discussions on clinical research cases

Este é um artigo publicado em acesso aberto
sob a licença Creative Commons do tipo BY

