



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p205-222

O itinerário terapêutico de pacientes com câncer de mama e de próstata

The patient therapeutic itinerary with breast cancer and prostate

Fabiana Mota Almeida Peroni

Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP; Consultora Projeto Fortalecimento Gestão Estadual/Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil; fmaperoni@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9317-7750>

Caroline Evelyn Sommerfeld-Ostetto

Doutora em Saúde Coletiva; Docente em Faculdade Guilherme Guimbala - Associação Catarinense de Ensino Joinville, SC, Brasil; sommerfisio@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8972-263X>

Silvia Maria Santiago

Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP; Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil; santiago@fcm.unicamp.br; <https://orcid.org/0000-0003-0587-2935>

Maria da Graça Garcia Andrade

Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP; Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil; mgraa@fcm.unicamp.br; <https://orcid.org/0000-0002-5920-5735>

Amanda Gabriela Araújo da Silva

Especialista em Atenção Básica (UFRN); Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz, RN, Brasil; ag.amandagabriela@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8743-4722>

Lia Maristela da Silva Jacob

Doutora em Ciências da Saúde/UNICAMP; Faculdade São Leopoldo Mandic e Faculdade Municipal Professor Franco Montoro, Araras/Mogi Guaçu, SP, Brasil; liamaristela@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>

Resumo: Objetivou-se compreender os aspectos envolvidos na busca, no acesso e na utilização de serviços de saúde, a partir de trajetórias assistenciais de pacientes com câncer de mama e de próstata, na região de Campinas/SP, Brasil. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, em que os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela metodologia de análise temática. Na atenção primária, verificou-se a realização de ações de promoção da saúde, aparecendo para os usuários no momento em que necessitaram de encaminhamento para acessar os serviços especializados. Observaram-se dificuldades no acesso aos serviços de média e alta complexidade, sobretudo, para iniciar o tratamento, mediante radioterapia. Assim, as redes de atenção regionalizadas precisam ser fortalecidas, para que cumpram com o propósito na garantia de respostas às necessidades de saúde dos usuários, suprimindo as barreiras aos itinerários regionais, ao facilitar o acesso da população com câncer.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Detecção Precoce de Câncer; Tempo para o Tratamento; Neoplasias de mama; Neoplasias da Próstata.

Abstract: The objective was to understand the aspects involved in the search, access and use of health services, based on care trajectories of patients with breast and prostate cancer, in the region of Campinas/SP, Brazil. This is a descriptive research, with a qualitative approach, in which data were obtained through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis methodology. In primary care, health promotion actions were carried out, appearing to users at the moment when they needed referrals to access specialized services. Difficulties were observed in accessing services of medium and high complexity, especially to start treatment, using radiotherapy. Thus, regionalized care networks need to be strengthened, so that they comply with the purpose of ensuring responses to users' health needs, removing barriers to regional itineraries, by facilitating access for the population with cancer.

Keywords: Health Services Accessibility; Early Detection of Cancer; Time-to-Treatment; Breast Neoplasms; Prostatic Neoplasms.

Introdução

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade), na maioria dos países.¹ Recente estimativa mundial, realizada em 2018, aponta que ocorreram, no mundo, 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos.² Os tipos de cânceres mais frequentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%), enquanto nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%).¹

No Brasil, a distribuição da incidência por região geográfica revela que a Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência de câncer, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%).¹ O país tem realizado esforços crescentes para mudar este cenário, melhorando a eficiência dos níveis de atenção à saúde, com políticas públicas voltadas para prevenção de câncer, como a pactuação de indicadores e o estabelecimento de leis que reforçam os direitos dos usuários.^{1,3,4} Esses esforços, somados aos programas públicos, podem reduzir a morbimortalidade por câncer, no entanto, verifica-

se que o acesso das pessoas aos exames, ao tratamento e à resolubilidade não acontece de forma ágil.^{5,6,7}

O acesso à saúde é compreendido como a oportunidade de utilização de serviços, em termos de justiça social e equidade, de acordo com as necessidades dos indivíduos, em tempo e local apropriado.^{8,9} Refere-se, deste modo, a capacidade das pessoas em utilizar o serviço de saúde para resolução de alguma demanda, no momento em que acreditam ser necessário, e relaciona-se às características dos sistemas de serviços de saúde que podem possibilitar o atendimento das necessidades da população ou concorrer para entraves no percurso de cuidado.^{9,10}

Ainda que o arcabouço político e jurídico aponte para a universalidade e igualdade de acesso, na prática, ainda se observam empecilhos para sua operacionalização.^{11,12} As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento.¹³

Desde o surgimento dos primeiros sinais e sintomas de adoecimento, da confirmação diagnóstica precoce ou tardia da doença, até o processo de tratamento, existe uma trajetória a ser percorrida. Esse caminho é denominado itinerário terapêutico e refere-se à busca de cuidados terapêuticos, o qual procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos, na tentativa de solucionarem os próprios problemas de saúde.^{14,15} Porém, os caminhos percorridos em busca de cuidados, por vezes, são distintos e não coincidem necessariamente com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde, e quando se trata de atenção ao câncer, o trajeto realizado de maneira inadequada pode projetar um diagnóstico tardio, diminuindo as chances de cura e aumentando os riscos de sequelas e óbito.¹⁶

Na presente pesquisa, utilizou-se da reconstituição de itinerários terapêuticos de pacientes com câncer de mama e de próstata, na perspectiva de conhecer os movimentos de busca por atendimento nos serviços de saúde. Neste sentido, reconstituiu-se o que talvez se possa denominar mais apropriadamente de trajetória assistencial, ou seja, o percurso traçado pelo paciente com câncer para obter diagnóstico e tratamento na rede de serviços.

Dessa forma, objetivou-se analisar os aspectos envolvidos na busca, no acesso e na utilização dos serviços de saúde por indivíduos com câncer de mama e de próstata, na região de Campinas/SP, tendo como eixo analítico a integralidade do cuidado e a organização das RAS.

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como eixo norteador a integralidade do cuidado. Realizada nos municípios da macrorregião de Campinas/SP, Brasil, no Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII), composto por 42 municípios, distribuídos em quatro Colegiados Gestores Regionais (CGR): Bragança, Campinas, Jundiaí e Oeste. Escolheram-se quatro municípios do DRS VII, no qual cada município faz parte de um dos quatro Colegiados, de modo a permitir olhar mais amplo sobre o Departamento Regional de Campinas/SP.

Este estudo delimitou a compreensão do itinerário assistencial de pacientes acometidos por câncer de mama e câncer de próstata, por serem tipos de neoplasias de alta incidência na população feminina e masculina, respectivamente.^{1,2} Os critérios de inclusão desta pesquisa foram pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de mama feminina ou de próstata, idade acima de 18 anos e concordância em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O número de participantes não foi previamente delimitado, logo, as entrevistas foram realizadas até que se observasse repetição das respostas, com a consequente saturação teórica dos dados.¹⁷

Em cada município, o gestor municipal indicou um informante-chave que, com base nos critérios estabelecidos e nas informações disponíveis em cada secretaria, colaboraram com a identificação dos pacientes a serem entrevistados. Em três dos municípios onde se realizou a pesquisa, existia o Cadastro do Paciente Oncológico, desenvolvido pela OncoRede e preenchido no ano de 2010, o qual tem o objetivo de identificar os pacientes com câncer que moram em um município e as necessidades de saúde destes, de forma a auxiliar na gestão do cuidado.¹⁸

Para reconstituir as trajetórias dos pacientes com câncer de mama e próstata, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, baseadas em roteiro composto por questões semiabertas que versavam sobre os seguintes temas: necessidades de saúde antes da doença; descoberta do câncer: suspeita e diagnóstico; tratamento/acompanhamento; relação com os serviços e profissionais de saúde;

necessidades atuais de cuidado, tendo como objetivo central conhecer o percurso realizado pelo paciente na busca por assistência.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores no local indicado pelo paciente, no domicílio ou na Unidade Básica de saúde (UBS), gravadas em aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Com intuito de preservar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos e codificados com nomes de pedras semipreciosas ou preciosas. As entrevistas foram realizadas de fevereiro a novembro de 2010.

Além disso, também, procedeu-se à coleta de dados a partir de entrevistas com gestores municipais e regionais/estaduais na tentativa de contextualizar a política e compreender os aspectos relacionados à organização da rede de atenção oncológica, bem como as potencialidades e os desafios para garantir o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado.

Para análise das entrevistas e sistematização dos dados, buscou-se evidenciar como tem acontecido o acesso aos serviços de saúde para realização do diagnóstico e tratamento do câncer na região estudada, utilizando-se da metodologia da análise temática, em que os temas recorrentes foram organizados e os resultados classificados conforme os significados.¹⁹ Os resultados estão apresentados em duas categorias: “Entre a suspeita e o diagnóstico do câncer: o itinerário dos usuários na atenção primária” e “O acesso na percepção do usuário aos serviços de média e alta complexidade: fragilidades na rede de atenção às pessoas com câncer”.

Este estudo foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, conforme parecer de nº 1111/2010, tendo sido respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 510/16, do Ministério da Saúde do Brasil.²⁰

Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico, considerando a população do estudo, composta por sete indivíduos, sendo três do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, e quatro do sexo masculino, com câncer de próstata.

Entre a suspeita e o diagnóstico do câncer: o itinerário dos usuários na atenção primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel estratégico na linha de cuidado do câncer, competindo a esse nível de atenção, entre suas atribuições, realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer; implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes; encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; bem como coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da RAS.⁸

Ao considerar as opiniões dos gestores municipais avaliados neste estudo, a APS tem cumprido com seu papel, sobretudo, no que se refere às ações de promoção da saúde, com a realização de projetos que visam a prática de atividade física e a alimentação saudável, combate ao tabagismo, além de realização do atendimento domiciliar, a partir da atenção multiprofissional.

Percebeu-se na fala do senhor Rubi a importância da APS para o cuidado e a assistência à saúde, o qual relatou que durante anos frequentava a mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) para controle da hipertensão e do diabetes, sendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) referência no decorrer do processo com o câncer, desde a realização dos exames para confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento.

No entanto, na fala dos demais participantes, observou-se que poucas referências foram feitas sobre a APS nos itinerários terapêuticos. Na trajetória do Senhor Âmbar, por exemplo, a UBS apareceu apenas no momento em que necessitou de encaminhamento para acessar os serviços especializados. A atenção primária apareceu como um “trampolim”, uma passagem necessária, para acessar pontos da rede de maior densidade tecnológica.

Na trajetória do senhor Coral, merece atenção a ausência da APS no processo de cuidado da saúde, o qual relatou que até mesmo o acompanhamento da hipertensão e do diabetes era realizado no ambulatório de especializado pelo médico que o acompanhava há um tempo.

Diversos condicionantes podem refletir sobre os aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, como se percebeu no itinerário terapêutico da usuária Ametista, em que se verificou dificuldade em relação ao tempo na identificação dos sinais e sintomas da doença.

Deitada na cama, um belo dia, cismeí de tocar o seio, 15 dias depois da menstruação (...) aí, tocando o seio, senti um carocinho, acho que ele tinha meio centímetro, quando eu descobri. Aí, fui, comentei com minha mãe, daí ela falou para mim assim: deve ser nada! Eu fiquei cismada com aquele caroço, mas deixei passar uns três meses com o carocinho. Cismeí, marquei uma consulta com médico do posto de saúde (...).

Na trajetória de Ágata, a percepção da situação como problema demorou um pouco mais. Referiu que percebeu o caroço enquanto amamentava o filho caçula, mas não se preocupou, parecia ser “leite empedrado”, depois de um ano e percebendo que estava aumentando, resolveu agendar uma consulta na UBS. Alerta-se para o fato da usuária frequentar a mesma unidade há mais de 14 anos, sempre para levar os filhos.

As dificuldades quanto ao acesso aos exames para confirmação de diagnóstico de câncer foram percebidas na fala de gestores municipais como desafio, apesar dos esforços para superá-los.

Promoção e prevenção, eu acho que a gente pode aprimorar e a gente tem uma governabilidade nisso, e estamos fazendo. Agora, têm outras coisas que fogem da nossa governabilidade. Que é o caso, por exemplo, exatamente de alguns exames complementares de alto custo. Não podemos esperar juntar 300 para fazer (falando das mamografias, cuja demanda não consegue atender). Tinha que ter um fluxo mais fácil para isso (Gestor municipal 1).

Outra coisa assim, descoberto o caso, que evidentemente você faz, aí sim, é que começa a dar os problemas. Toda a parte de atenção terciária a gente tem dificuldade de encaminhamento (...) Você tem de fazer esforços pessoais, esforços das equipes, até um certo relacionamento pessoal, para conseguir. Isso não pode ser. O sistema tinha de dar conta disso (Gestor municipal 1).

Olha, geralmente, o que chega para mim de dificuldade é o acesso a serviços. Na hora que você coloca dentro do serviço, a maioria dos problemas que surgem, a gente já se organizou previamente para ver. A dificuldade de se fazer o diagnóstico para se ter o acesso à rede, às vezes, eu tenho que pagar um exame particular para fazer. É isso que a gente está com problema (Gestor municipal 2).

O acesso na percepção do usuário aos serviços de média e alta complexidade: fragilidades na rede de atenção às pessoas com câncer

O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos, e está sendo, cada vez mais, discutido em termos de justiça social e equidade.⁹ O uso dos serviços de saúde circunscreve à disponibilidade de oferta de ações e serviços, estando relacionado, também, aos fatores sociais, econômicos e culturais, logo, o acesso decorre de ações no âmbito do sistema e serviços de saúde, bem como de práticas intersetoriais e transversais.^{9,11}

O senhor Coral relatou que com a suspeita do câncer de próstata e pelas dificuldades para conseguir vaga no hospital de referência, o único tratamento realizado e possível foi a radioterapia em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia Pediátrica. Não sendo possível a continuidade do seguimento nesse serviço, o usuário retornou para o município de origem, em que com dificuldades, devido às demoras para agendamentos, tentava realizar acompanhamento com urologista.

Nesse caso, não apenas a ausência da APS merece atenção, percebe-se, também, as dificuldades de acesso aos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e às Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), serviços capacitados para determinar a extensão da neoplasia, tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica.

A atenção especializada deve apoiar e complementar os serviços da APS na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, no qual os hospitais habilitados, como UNACON, CACON e Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, devem oferecer tratamentos especializados de alta complexidade e densidade

tecnológica para as pessoas com câncer e serem estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, escopo e acesso.⁸

É de suma importância que sejam realizadas avaliações e encaminhamento oportunos, sendo necessária atenção pelos profissionais de saúde quanto aos principais sinais e sintomas do câncer na população. Neste contexto, a APS possui papel fundamental, o qual foi destacado no discurso dos gestores e técnicos do nível federal: a necessidade de fortalecimento desse nível de atenção. É preciso que as equipes de saúde estejam sensibilizadas e preparadas para suspeitar e, suspeitando, devem contar com uma rede bem estruturada que ofereça suporte ao diagnóstico e tratamento.

Ao observar o itinerário terapêutico de Ágata, verificou-se que o tempo decorrido entre o primeiro contato com a equipe da ESF para consulta médica e a confirmação do diagnóstico de câncer de mama foram, aproximadamente, sete meses. Tempo que, segundo a usuária, fez muita diferença no prognóstico da doença, em que, caso houvesse sido diagnosticado com antecedência, talvez não fosse necessário realizar a mastectomia, e evitaria, assim, o sofrimento com a rejeição do implante. Percebe-se, deste modo, insatisfação quanto à demora para o primeiro contato com a ESF, também com o momento do diagnóstico inicial pelo médico da qual relatou ser apenas um “tumorzinho” não cancerígeno, não sendo necessário se preocupar no momento.

Conforme relato da usuária Ágata, aproximadamente após seis meses, desde a primeira consulta na ESF, a mesma retornou à unidade com uma inflamação na mama, recebendo indicação de tratamento medicamentoso e encaminhamento para realização de biópsia. Mais uma vez, a usuária destacou o aspecto tempo e a morosidade do sistema em ofertar respostas mais rápidas:

Ele esperou a cirurgia e tirou o caroço, mandou para biópsia em Campinas. Daí, como já era dezembro, em cinco dias veio o resultado, porque quando é câncer vem o resultado rápido. Aí, ele não me ligou em dezembro, deixou passar natal, réveillon, na primeira semana de janeiro, ele me ligou, pediu para eu ir lá urgente, eu fui, mas nunca que passou pela minha cabeça que eu estivesse com câncer de mama. Aí, cheguei lá, ele me deu a notícia de que o meu era câncer de mama, que provavelmente eu ia ter que fazer quimioterapia, radioterapia e que não era para me preocupar que hoje em dia isso é tão avançado que tem a cura (...) Nossa, eu e a minha família toda ficou chocada naquele primeiro

momento sabe. Ele me deu um encaminhamento, levei no posto de saúde lá embaixo, não lembro o nome da moça que saiu para eu fazer o encaminhamento para Campinas.

Com relação às trajetórias assistenciais, percebeu-se diversidade de fluxos e serviços acessados, configurando diferentes redes. O exemplo do senhor Âmbar que iniciou a trajetória em uma unidade de Pronto Atendimento, com dores e dificuldade para urinar; também a usuária Ágata que aguardou nove meses para iniciar a radioterapia, sendo encaminhada pelo CACON, onde iniciou o tratamento para uma UNACON em outra região de saúde, somente para realizar a radioterapia.

A usuária Ametista aguardou quatro meses entre a indicação da radioterapia e a realização da primeira sessão. Para o senhor Rubi, o tempo de espera chegou a sete meses. Sabe-se que há déficit referente aos equipamentos de radioterapia em todo o Brasil, situação que, em parte, está relacionada à complexidade da área, aos elevados custos de aquisição, implantação e oferta de procedimento e à escassez de recursos humanos especializados.

Embora, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tenha acrescido a quantidade de procedimentos, bem como o orçamento para radioterapia de forma constante e linear, o modelo não atende às reais demanda da população brasileira, uma vez que não considera a incidência acumulada de câncer e não é projetada no período para uma estimativa mais precisa da quantidade de procedimentos necessários.²¹

Outro aspecto observado e mencionado pelos gestores municipais e profissionais da regulação municipal se referiu à dificuldade em conseguir vaga no CACON regional para tratamento do câncer de próstata. Em dois municípios, no período das atividades de campo, 11 pacientes foram devolvidos aos municípios de origem, reconhecidos pela regulação local como os “pacientes sem rede”, gerando angústia não somente para o paciente e a família, como também para o profissional de saúde que se sentia impotente diante da situação. As dificuldades e as manobras para acessar os serviços especializados podem ser observadas na fala de um dos gestores municipais:

A gente vai para onde tem lugar... Quando aparece esses diagnósticos mais complicados, sabe o que acontece? Todo mundo resolve procurar, inclusive as famílias. Às vezes, a família consegue um local antes da gente, por contatos familiares. Então, a gente acaba indo onde a primeira porta abre (...) A

oncologia a gente não tem acesso em Campinas. São Paulo não tem serviço que aceite. Então, ou a gente entra aqui, ou a gente manda para Barretos.... Salvo alguns casos que eu já vi o Estado, o Arnaldo Vieira de Carvalho, excepcionalmente acolhe. Mas, já tem que estar diagnosticado. Furando fila e é com contato.... é fora do sistema, entendeu? É outra rede (Gestor municipal 2).

Esses resultados demonstram fragilidade na rede regionalizada de atenção à saúde às pessoas com câncer, o que é preocupante, uma vez que essas dificuldades no acesso comprometem a qualidade da assistência e a integralidade do cuidado, em desacordo às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Discussão

As RAS, enquanto mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde, demandam articulação sincrônica com os diferentes níveis de atenção, serviços e profissionais, no qual os propósitos em comum são norteados pela garantia do acesso à saúde como direito e as necessidades sociais como premissa para o provimento do cuidado singular aos sujeitos de forma integral, resolutiva e equânime.¹³

Nesse contexto, a organização em rede tem sido considerada condição importante à garantia do direito à saúde no SUS, uma vez que nenhum ponto de atenção isolado, qualquer que seja o nível de complexidade, é suficiente para resolver as demandas de saúde de um indivíduo ou população, que depende da constituição de redes integradas de serviços para garantia dos cuidados.^{13,22}

Alguns dos participantes deste estudo relataram a atenção primária como o local em que se realizou a primeira consulta, apresentando-a como porta de entrada da população ao sistema de saúde e meio para acesso à atenção especializada. Semelhante a esses achados, Barros e colaboradores observaram que mulheres com câncer de mama, no Distrito Federal, realizaram com maior frequência a primeira consulta na atenção primária, com os serviços privados em segundo lugar, no entanto, muitas referiram necessitar utilizar contatos informais próprios ou dos profissionais de saúde que as atenderam para conseguir atendimento mais ágil nos serviços de saúde.²³

Cecilio e colaboradores avaliaram que vários contextos influenciam a conduta singularizada dos sujeitos para a escolha dos serviços de saúde e a interação de diferentes atores, entre estes, usuários, profissionais de saúde, gestores e sistemas de saúde, em que estes últimos determinam a trajetória e a espera pelo tratamento de pacientes com câncer.²⁴

A partir de falas de alguns participantes, identificou-se que, apesar de perceber algum sinal ou sintoma, levou-se tempo para buscar o serviço de saúde para investigação. Ainda que os sujeitos identifiquem algum desequilíbrio orgânico, é possível que no começo dos sintomas as pessoas possam negar a própria condição, atendendo a um tipo ideal de trabalhador que está sempre capacitado a atender às demandas do sistema produtivo e que é infalível ao adoecimento.²⁵

Destaca-se que alguns fatores relacionados aos usuários podem gerar atrasos no diagnóstico de doenças, como o câncer, a exemplo das percepções sobre ausência de acesso aos serviços de saúde, do desconhecimento sobre os sinais de alerta de câncer e da existência de mitos sobre a doença.²⁶

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1/3 dos cânceres é evitável, no entanto, para que isso aconteça, é necessário atenção e investimento para prevenção, diminuição dos fatores de risco e identificação precoce do câncer. Estes fatores acarretam menores custos e maior probabilidade de cura.²⁷ Nesta pesquisa, observou-se que a demora para realização de consultas, exames e procedimentos gerou insatisfação em usuários participantes. Em estudos realizados com mulheres com câncer de mama, havia entraves que parecem atravessar toda a rede no acesso aos exames e procedimentos de diagnóstico, sinalizando que a demora na realização de exames por meio do SUS constitui possível fator para o diagnóstico tardio do câncer de mama.^{6,10}

Desse modo, a insatisfação observada pela extensa demora se justifica, principalmente, pois para o câncer, o acesso à rede de atenção em tempo hábil influencia a sobrevivência do usuário, uma vez que um dos fatores mais importantes desta patologia é o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento.^{11,27} Logo, o acesso em tempo oportuno para esses pacientes é fundamental.

A OMS afirma que a desigualdade presente em diversos países é um fator limitante para o acesso ao serviço.²⁷ O conjunto de barreiras financeiras, culturais, sociais e geográficas, bem como a escassez de investimento em programas de promoção da saúde, prevenção, principalmente na atenção primária, dificultam o acesso aos recursos adequados.¹²

De acordo com dados do Ministério da Saúde, aproximadamente, 45% dos pacientes com câncer de mama têm o primeiro atendimento com a doença já em estágio avançado.²⁸ Na Malásia, observou-se que cerca de 50% a 88% das mortes seriam evitáveis se o diagnóstico do câncer fosse precoce e os indivíduos tivessem um acesso ideal ao serviço.²⁹ Reforça-se, portanto, a importância de que os pacientes diagnosticados com neoplasias devem ter acesso imediato ao tratamento ideal, para otimizar as chances de sobrevivência.

A literatura apresenta fragilidades na atenção primária quanto à realização de busca ativa, que deve preconizar ações de prevenção, ao invés de valorizar sinais e sintomas. Tem-se apontado que a prevenção não tem sido realizada de maneira periódica, mas de modo oportuno, quando os usuários vão às UBS por outros motivos e acabam realizando o rastreamento.¹¹

Solano e colaboradores estudaram os principais fatores que influenciam o acesso de homens ao serviço de atenção primária, por meio de estudo exploratório descritivo, relevando que o tempo de espera e a pouca resolubilidade são fatores que dificultam a busca do serviço, além de horários incompatíveis com daqueles que trabalham no mesmo horário de expediente da UBS.³⁰

Por isso, enfatiza-se a importância de promover discussões, no âmbito da APS, voltadas ao público masculino, não somente sobre o exame de rastreamento, como também acerca da prevenção de doenças, de modo a prevenir a morbimortalidade e desmistificar as questões que permeiam o câncer de próstata.^{7,30}

Neste estudo, alguns participantes relataram dificuldades quanto ao acompanhamento da saúde na atenção primária, ao contrário foi referido por usuárias com câncer de colo uterino na Região Nordeste do Brasil, as quais afirmaram utilizar as UBS como serviço de busca regular para as ações preventivas e assistenciais, e que, apesar de muitas falas apontarem fragilidades na atenção primária, esta foi avaliada positivamente pela maioria das mulheres em função do acolhimento, do diálogo dos profissionais e da representação da UBS como locus disponível para busca de cuidados.²²

O desenvolvimento de estratégias para conscientização da população sobre sinais de alerta do câncer de mama e de próstata, acompanhada de melhoria de acesso desses casos à atenção primária e confirmação diagnóstica, por meio da implantação de um sistema de regulação clínica de vagas e concentração da investigação diagnóstica em centros de referência, tem sido apresentado na literatura

como fator de potencial de superar diversas barreiras de acesso e melhorar o prognóstico dos usuários.²⁶

Na assistência ao paciente oncológico, a atenção especializada se apresenta como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e elevado custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando aos demais níveis de atenção à saúde.⁸ Deste modo, ressalta-se que para otimizar esses encaminhamentos, é importante fortalecer a APS na ordenação do acesso à atenção especializada e terciária, e que a utilização do sistema de regulação tem sido instrumento positivo para adequar a oferta à demanda, com priorização dos casos, de acordo com a classificação dos critérios clínicos.

É necessário destacar que, nos últimos anos, as legislações têm buscado superar as fragilidades de acesso de usuários com câncer e fortalecer a assistência à saúde desses usuários. A criação da Lei 12.732, de novembro de 2012, garante tratamento gratuitamente aos pacientes com neoplasia maligna, instituindo que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 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 único.³

Também, em junho de 2018, foi aprovada a Lei 13.685/18, que determina que os serviços de saúde públicos e privados devem notificar os casos de câncer em todo território nacional, entrando em vigor em 22 de dezembro de 2018. Essa medida pretende identificar as lacunas de assistência, diagnóstico, tratamento e prevenção de diversos tumores.⁴ Ademais, esta Lei visa obter dados consolidados para a Lei dos Sessenta Dias.

Verificaram-se, neste estudo, dificuldades de usuários para o acesso ao tratamento por radioterapia. Sabe-se que não é incomum notícias de filas, atrasos de tratamento, ausência de aparelhos e sucateamento do parque radioterápico, estando o sistema radioterápico do SUS em elevado risco de colapso, associado a diversos fatores, como o aumento da incidência, envelhecimento populacional e de remuneração desse sistema no SUS.²¹

Reconhece-se que os serviços de maior densidade tecnológica, por sua característica, estão mais concentrados, gerando grande desafio a regulação e a contratualização para garantia da integralidade na atenção oncológica.¹² Neste contexto, a descentralização baseada na municipalização é considerada

um desafio ao processo de regionalização e pactuação entre os entes federados, esse aspecto é especialmente relevante na oncologia, em que a garantia da integralidade depende da articulação entre todos os níveis de atenção, com uma rede de referência explícita e regulada para os usuários.^{8,13}

Uma das possíveis limitações deste estudo seria o viés de memória, demandando dos usuários fatos do passado, quanto à suspeita, ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama ou próstata, no entanto, considera-se que essas restrições foram reduzidas, por se tratar de tema de elevado significado para os participantes e ter decorrido pouco tempo antes da entrevista. Além disso, a opção da pesquisa qualitativa pode não ter sido suficiente para compreensão do acesso em uma rede regionalizada em totalidade, considerando a ampla discussão envolvida no tema, no entanto, o entendimento foi facilitado neste estudo por abranger diferentes interlocutores, trazendo informações acerca das ações relacionadas à oncologia desenvolvidas na região estudada.

Considerações finais

A compreensão da trajetória assistencial de pessoas com câncer de mama e câncer de próstata permitiu conhecer, a partir dos discursos, algumas práticas em busca do atendimento às necessidades de saúde, em que o provimento dos princípios da integralidade e resolutividade podem ser questionados para a população estudada.

Frente ao exposto, reforça-se a importância da implantação de estratégias que visem melhoria do acesso dessa população aos serviços de saúde, considerando a utilização desses serviços de acordo com as necessidades, em tempo e local apropriado, promovendo maior justiça social e equidade.

Além disso, a operacionalização da rede de atenção voltada às pessoas com câncer é de suma importância, para possibilitar a formação de relações horizontais entre diferentes pontos de atenção, tendo a APS como ordenadora dessa rede. Assim, as RAS precisam ser fortalecidas, para que garantam respostas às necessidades de saúde dos usuários, suprimindo as barreiras aos itinerários regionais, ao facilitar o acesso, com oferta suficiente de serviços e racionalidade nos gastos, sendo essencial, portanto, investimentos em todos os níveis de atenção, segundo as necessidades de saúde em contextos regionais.

Referências

- ¹ Brasil. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, Inst Nac Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2019.
- ² Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. **Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries**. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
- ³ Brasil. **Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012**. Ministério da Saúde. 2012.
- ⁴ Brasil. **Lei nº13.685, de 25 de junho de 2018**. Ministério da Saúde. 2018.
- ⁵ Alencar APA, Matos JHF de, Souza JF de, Marques VMC, Lira PF, Moreira AEA, et al. **Itinerário terapêutico de mulheres com câncer**. *Brazilian J Dev*. 2020;6(6):42023–35.
- ⁶ Oliveira SB, Soares DA. **Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores**. Vol. 44, *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro; 2020. 169–181 p.
- ⁷ Krüger FPG, Cavalcanti G. **Conhecimento e Atitudes sobre o Câncer de Próstata no Brasil: Revisão Integrativa**. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(4):561–7.
- ⁸ Brasil. **Portaria nº874, de 16 de maio de 2013**. Ministério da Saúde. 2013.
- ⁹ Sanchez RM, Ciconelli RM. **Conceitos de acesso à saúde**. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
- ¹⁰ Ataíde R de CN, Waissmann W. **O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama**. *Cebes*. 2017;277–92.
- ¹¹ Lombardo MS, Popim RC. **Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: Revisão Integrativa**. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):1–10.
- ¹² Migowski A, Atty AT de M, Tomazelli JG, Dias MBK, Jardim BC. **Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde**. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(2):247–50.
- ¹³ Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Vol. 15, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011. 554 p.
- ¹⁴ Siqueira SMCS, Jesus VS de, Camargo CL de. **Itinerário terapêutico em situação de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola**. *Cien Saude Colet*. 2016;21(1):179–89.
- ¹⁵ Lima B da C de, Silva LF da, Góes FGB, Ribeiro MTS, Alves LL. **O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso**. *Rev Gauch Enferm*. 2018;39:1–9.
- ¹⁶ Silva GA e, Teixeira MTB, Aquino EML, Tomazelli JG, Silva I dos S. **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(7):1537–50.
- ¹⁷ Fusch PI, Ness LR. **Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research**. *Qual Rep*. 2015;20(9):1408–16.
- ¹⁸ ANS. **Projeto ONCOREDE: A (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar**. Agência Nac Saúde Supl. 2016.

- ¹⁹ Bardin L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. 2011.
- ²⁰ Brasil. **Resolução nº510, de 7 de abril de 2016**. Ministério da Saúde. 2016.
- ²¹ Arruda FT de, Viani GA. **Análise de 20 anos do modelo de remuneração do SUS para a radioterapia: precisamos mudá-lo?** Brazilian J Oncol. 2017;13(44):1–11.
- ²² Galvão JR, Almeida PF de, Santos AM dos, Bousquat A. **Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro**. Cad Saude Publica. 2019;35(12):1–17.
- ²³ Barros ÂF, Araújo JM de, Murta-Nascimento C, Dias A. **Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil**. Rev Saude Publica. 2019;53:1–11.
- ²⁴ Cecilio LC de O, Carapineiro G, Andrezza R, Souza ALM de, Andrade M da GG, Santiago SM, et al. **O agir leigo e o cuidado em saúde: A produção de mapas de cuidado**. Cad Saude Publica. 2014;30(7):1502–14.
- ²⁵ Demétrio F, Santana ER de, Santos MP. **O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde**. Saúde em Debate. 2019;43(especial 7):204–21.
- ²⁶ Migowski A, Azevedo E Silva G, Dias MBK, Diz MDPE, Sant’Ana DR, Nadanovsky P. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias**. Cad Saude Publica. 2018;34(6):1–16.
- ²⁷ WHO. **Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. World Heal Organ. 2016;1–9.
- ²⁸ Gomes FDBC. **Lei sobre tratamento de câncer no SUS: análise dos dispositivos e perspectivas**. Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário. 2013;2(1):81–7.
- ²⁹ Ho GF, Taib NA, Pritam Singh RK, Yip CH, Abdullah MM, Lim TO. **What If All Patients with Breast Cancer in Malaysia Have Access to the Best Available Care: How Many Deaths Are Avoidable?** Glob J Health Sci. 2017;9(8):32–9.
- ³⁰ Solano LDC, Bezerra MADC, Medeiros RDS, Carlos EF, De Carvalho FPB, De Miranda FAN. **O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária**. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online. 2017;9(2):302–8.

Tabela**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa com diagnóstico de câncer de mama e câncer de próstata.

Pacientes	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação
Ametista	Feminino	33	Divorciada	2º Grau	Costureira
Ágata	Feminino	39	Solteira	Analfabeta	Doméstica
Esmeralda	Feminino	60	Viúva	5º Série	Vendedora
Âmbar	Masculino	80	Casado	2º Série	Aposentado
Coral	Masculino	64	Casado	4º Série	Serviços Gerais
Diamante	Masculino	35	Viúvo	Ler e escreve	Aposentado
Rubi	Masculino	67	Viúvo	Ler e escreve	Aposentado

Fonte: Dados da pesquisa

Submissão: 25/12/2020**Aceite:** 05/01/2022