

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Mauana Ferraz Coelho

**ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA AOS PACIENTES COM CÂNCER DE
MAMA PERTENCENTES À REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA
4º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS: ESTUDO
DESCRITIVO.**

Santa Maria, RS.

2018

Mauana Ferraz Coelho

**ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA AOS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA
PERTENCENTES À REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA 4º
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS: ESTUDO DESCRITIVO.**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Hemato-Oncologia.**

Orientador: Profº Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Co-orientador: Profª Drª Beatriz Unfer

Santa Maria, RS.

2018

Mauana Ferraz Coelho

**ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA AOS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA
PERTENCENTES À REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA 4º
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS: ESTUDO DESCRITIVO.**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Hemato-Oncologia.**

Aprovado em 19 de fevereiro de 2018:

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani
(Presidente/Orientador)

Antônio de Oliveira Lobato (UFSM)

Luisa Helena do Nascimento Torres (UFSM)

Santa Maria, RS
2018.

RESUMO

ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA AOS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA PERTENCENTES À REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA 4^ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS: ESTUDO DESCRITIVO.

AUTORA: Mauana Ferraz Coelho

ORIENTADOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

O objetivo deste estudo é descrever o fluxo de atendimento e tempo decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento no serviço de alta complexidade dos pacientes com câncer de mama, pertencentes à rede de atenção oncológica da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4^o CRS/RS). Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, descritivo. Foram incluídos 168 casos de câncer de mama, diagnosticados em 2016 e referenciados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), pelos municípios pertencentes à 4^a CRS/RS. Os dados foram extraídos do sistema de informação de Registro Hospitalar de Câncer (), fornecidos pela secretaria da Hemato-oncologia do HUSM. A partir dos dados coletados neste estudo, foram avaliados: tempo decorrido entre o diagnóstico e a primeira consulta no HUSM; tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento para o câncer nas diferentes Regiões de Saúde da 4^a CRS/RS; modalidade de tratamento inicial mais frequente; e fluxo de atendimento do paciente no serviço hospitalar. O município com maior prevalência da doença no período analisado foi Santa Maria, seguido de São Sepé. Estes municípios pertencem à segunda Região de Saúde da 4^a CRS/RS- Região Verdes Campos, a qual apresentou maior frequência de casos de câncer mamário em relação à região Entre Rios. A mediana de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 53 dias. Quanto ao acesso das usuárias ao serviço de alta complexidade em oncologia na 4^a CRS/RS, este ocorreu principalmente através da especialidade de mastologia, com posterior encaminhamento principalmente à especialidade de Cancerologia/oncologia. Em relação à modalidade de tratamento inicial, a quimioterapia foi a mais frequente, seguida da mastectomia. A maioria dos pacientes recebeu tratamento dentro do prazo estipulado na Lei 12.732, de novembro de 2012, que determina prazo máximo de 60 dias para início do tratamento, após o diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Câncer de mama; Atenção terciária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Fluxo de trabalho.

ABSTRACT

TERTIARY CARE FOR BREAST CANCER PATIENTS BELONGING TO THE CANCER CARE NETWORK OF THE 4TH REGIONAL HEALTH COORDINATION / RS: A DESCRIPTIVE STUDY.

AUTHOR: Mauana Ferraz Coelho
ADVISOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

The objective of this study is to analyze the care flow and time elapsed between the diagnosis and the first treatment in the high complexity service of breast cancer patients belonging to the cancer care network of the 4th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul (4^o CRS / RS). This is an epidemiological, observational, cross-sectional, descriptive study. We included 168 cases of breast cancer, diagnosed in 2016 and referenced to the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), by the municipalities belonging to 4a CRS / RS. The data were extracted from the Hospital Registry of Cancer Information System (SisRHC), provided by the HUSM Hemato-Oncology Secretariat. From the data collected in this study, we evaluated: time elapsed between the diagnosis and the first consultation in HUSM; time elapsed between the diagnosis and the beginning of the first treatment for cancer in the different Health Regions of the 4th CRS / RS; most frequent initial treatment modality; and flow of patient care in the hospital service. The municipality with the highest prevalence of the disease in the analyzed period was Santa Maria, followed by São Sepé. These municipalities belong to the second Health Region of the 4th CRS / RS - Verdes Campos Region, which presented the highest frequency of breast cancer cases in relation to the Entre Rios region. The median time between diagnosis and initiation of treatment was 53 days. Regarding the users' access to the high complexity oncology service in the 4 th CRS, this occurred mainly through the Mastology specialty, with subsequent referral mainly to the cancerology / oncology specialty. Regarding the initial treatment modality, chemotherapy was the most frequent, followed by mastectomy. The majority of patients received treatment within the period stipulated in Law 12.732, of November 2012, which determines a maximum period of 60 days to start treatment, after definitive diagnosis.

Key-words: Breast Neoplasms; Tertiary Healthcare; Health Services Accessibility; Workflow.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

CRS/RS- Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

GM- Gabinete do Ministro

MS- Ministério da Saúde

UNACON- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CNS- Conselho Nacional de Saúde

HUSM- Hospital Universitário de Santa Maria

SAME- Serviço de Arquivo Médico

SISCAN- Sistema de Informação do Câncer

SisRHC- Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
3 RESULTADOS	11
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	19
APÊNDICE	21

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o câncer mais incidente entre as mulheres no Brasil e no mundo, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. É considerado relativamente raro antes dos 35 anos, porém, sua incidência aumenta com o avanço da idade, especialmente após os 50 anos (INCA, 2018a). Assim, podemos considerar que o envelhecimento da população aumenta naturalmente a incidência da doença.

O aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionado pelo crescimento demográfico e o envelhecimento populacional, associado ao desafio de garantir acesso pleno da população ao diagnóstico e tratamento, tornam essa doença um importante problema de saúde pública no Brasil (OLIVEIRA, 2011).

A utilização dos serviços de saúde está relacionada tanto à conduta dos usuários frente à morbidade da doença quanto às características de oferta dos serviços de assistência à saúde. A assistência oncológica integral deve ser garantida de acordo com os princípios do SUS, a partir da promulgação da Lei Orgânica do SUS (nº 8.080/1990), e de acordo com os princípios por ela instituídos, onde fica claro que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e equânime, abrangendo a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o papel da atenção especializada deve ser de apoiar e complementar a Atenção Básica na investigação diagnóstica, no tratamento, e no atendimento às urgências oncológicas. Ações estas, direcionadas por fluxos de referência e contra referência definidos previamente, visando garantir o acesso equânime dos usuários ao diagnóstico definitivo do câncer e assegurar a realização das ações de estadiamento, tratamento e cuidado, primando pela qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2013a).

Assim, o objetivo deste estudo é descrever o fluxo de atendimento e tempo decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento no serviço de alta complexidade dos pacientes com câncer de mama, pertencentes à rede de atenção oncológica da 4ª CRS/RS.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, descritivo. Composto por uma população de usuárias diagnosticadas com câncer de mama em 2016, residentes nos municípios da 4ªCRS/RS e referenciados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), considerado uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (INCA,2018b).

Especificamente no nível da gestão estadual da saúde, o estado do Rio Grande do Sul (RS), em concordância com o decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011), está organizado em Regiões de Saúde, sob responsabilidade direta das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

A 4ª CRS/RS tem sua sede administrativa em Santa Maria, abrange 32 municípios, que compõem as Regiões de Saúde “Entre Rios” e “Verdes Campos”. A Região de Saúde Entre Rios está composta por 11 municípios, com população total de 127.574 habitantes, e por possuir a maior complexidade instalada, o município de Santiago é referência regional. A Região de Saúde Verdes Campos está composta por 21 municípios, com população total de 435.021 habitantes, e por possuir a maior complexidade instalada, Santa Maria é referência regional (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A amostra foi extraída do Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer (), fornecidos pela secretaria da Hemato-oncologia do HUSM, através de um código de identificação da usuária (SAME) diagnosticado com câncer de mama e com primeira consulta realizada no ano de 2016.

Foram excluídos da amostra os casos de óbito, abandono/interrupção do tratamento ou falta de registro de informações essenciais no sistema, como a falta de registro da data do diagnóstico definitivo ou da data do início do tratamento quando realizado em outro serviço de saúde.

Através do SisRHC e dos prontuários eletrônicos acessados pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (foram coletados os seguintes dados: município de origem; data da primeira consulta no HUSM; data do diagnóstico definitivo de câncer de mama; especialidade da primeira consulta e especialidade de encaminhamento após a primeira consulta no HUSM; data do início do primeiro tratamento realizado; data do primeiro tratamento realizado no HUSM; modalidade do primeiro tratamento realizado.

A partir dos dados coletados, as seguintes variáveis foram analisadas:

- Variáveis categóricas: cidade de origem (municípios pertencentes à 4ªCRS/RS);

especialidade da primeira e da segunda consulta realizadas no HUSM (cancerologia, mastologia, ginecologia/obstetrícia ou radioterapia); modalidade do primeiro tratamento realizado pela usuária e modalidade do primeiro tratamento realizado no HUSM (nenhum, cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou hormonioterapia).

- Variáveis quantitativas: tempo, em dias, decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento realizado e entre o diagnóstico e primeiro tratamento realizado no HUSM.

A organização das variáveis para análise estatística foi realizada através de uma planilha do Excel, com a codificação das variáveis categóricas. Para realização da análise estatística, foi utilizado o software SPSS versão 20. Foram realizadas análises das frequências brutas e relativas para as variáveis qualitativas. E para análise do tempo foi utilizada a mediana com os valores mínimo e máximo.

Este trabalho faz parte da pesquisa intitulada “ANÁLISE DO ACESSO PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E CÂNCER BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE / RS” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM (nº 2.280.972), atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

3 RESULTADOS

Foram incluídos 168 casos de câncer de mama diagnosticados em 2016 e referenciados ao HUSM pelos municípios pertencentes à 4ª CRS/RS. Todos os casos foram de câncer de mama feminino. Dos 32 municípios pertencentes à 4ª CRS/RS, seis não registraram nenhum caso de câncer de mama no período avaliado. O município de Santa Maria, referência regional da 2ª Região de Saúde da 4ª CRS/RS, apresentou a maior prevalência da doença no período analisado com 91 casos registrados, seguido de São Sepé, que apresentou 11 casos.

Em relação às Região de Saúde da 4ª CRS/RS, a primeira Região de Saúde (Entre Rios), apresentou menor frequência de casos de câncer de mama, seu município de referência, Santiago, registrou 5 casos da doença no período analisado. Os valores de frequência de casos da doença em relação às Regiões de Saúde de 4ª CRS/RS estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1-Número de casos de câncer de mama atendidos por Região de Saúde, 2016.

Região de Saúde	Frequência (n)	Percentual (%)
Verdes Campos	143	85,1
Entre Rios	25	14,9
Total	168	100,0

Para avaliar o fluxo de atendimento no serviço de alta complexidade, foram observadas as frequências das especialidades de entrada das usuárias no serviço (TABELA 2) e a especialidade de encaminhamento após a primeira consulta (TABELA 3). A principal especialidade de entrada no serviço após suspeita ou diagnóstico de câncer de mama, foi a Mastologia. Já os encaminhamentos após primeira consulta foram mais frequentes para a especialidade de Cancerologia.

Tabela 2- Especialidade da primeira consulta no HUSM (acesso), 2016.

Especialidades	Frequência (n)	Percentual (%)
Radioterapia	5	3,0
Ginecologia/Obstetrícia	16	9,5
Cancerologia	52	31,0
Mastologia	95	56,5
Total	168	100,0

Tabela 3- Especialidade da segunda consulta no HUSM (encaminhamentos), 2016.

Especialidades	Frequência (n)	Percentual (%)
Outra	3	1,8
Ginecologia/Obstetrícia	6	3,6
Radioterapia	20	11,9
Mastologia	34	20,2
Cancerologia	105	62,5
Total	168	100,0

Das 168 usuárias registradas, 54 realizaram algum tipo de tratamento para o câncer de mama antes de serem encaminhadas ao HUSM. Dos tratamentos prévios à consulta no HUSM, 53 foram mastectomia e apenas um caso de hormonioterapia.

Considerando o primeiro tratamento para o câncer de mama, independente se realizado no HUSM ou em outro centro de tratamento especializado, 84 usuárias receberam tratamento cirúrgico de mastectomia, seguido de 62 casos que receberam inicialmente a quimioterapia, 13 casos de hormonioterapia, 6 casos de radioterapia e 3 casos não receberam nenhum tratamento (TABELA 4).

Tabela 4- Modalidade do primeiro tratamento realizado, 2016.

Modalidade	Frequência (n)	Percentual (%)
Nenhum	3	1,8
Radioterapia	6	3,6
Hormonioterapia	13	7,7
Quimioterapia	62	36,9
Cirurgia	84	50,0
Total	168	100,0

Após o acesso ao HUSM pela usuária, como primeiro tratamento realizado pelo serviço, a quimioterapia foi o mais frequente, seguido do tratamento cirúrgico, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Modalidade do primeiro tratamento realizado no HUSM, 2016.

Modalidade	Frequência (n)	Percentual (%)
Nenhum	5	3,0
Radioterapia	10	6,0
Hormonioterapia	27	16,1
Cirurgia	34	20,2
Quimioterapia	92	54,8
Total	168	100,0

Com relação ao tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento da doença, independentemente do local de realização do mesmo, a mediana apresentada neste estudo foi de 53 dias, o tempo máximo de espera foi de 402 dias e o menor tempo foi de 0 dias. Porém, considerando o tempo para início do tratamento realizado no HUSM, não sendo necessariamente o primeiro tratamento ao qual a usuária foi submetida, pode-se observar que o tempo máximo decorrido foi de 1.303 dias e o tempo mínimo de 0 dias, com uma mediana 74,5 dias (TABELA 6).

Tabela 6- Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento, 2016.

Primeiro Tratamento	Mediana (dias min25%/max75%)
Desconsiderando local	53(023,2/40295,5)
Realizado no HUSM	74,5 (049,1/1303139,2)

Esses dados também podem ser analisados conforme as diferentes Regiões de Saúde da 4ª CRS/RS, conforme descrito na Tabela 7.

Tabela 7- Tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento no HUSM por Região de Saúde, 2016.

Primeiro Tratamento	Mediana (dias min.25%/max.75%)
Verdes Campos	81(0,130349/144)
Entre Rios	68(0,59348,5/134,5)

A proporção de usuárias que realizaram o primeiro tratamento em até 60 dias após o diagnóstico pode ser observada na Tabela 8.

Tabela 8- Início do tratamento antes e após 60 dias do diagnóstico, 2016.

Início	Frequência (n)	Percentual (%)
Após 60 dias	73	43,5
Antes de 60 dias	95	56,5
Total	168	100,0

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo descrever o fluxo de atendimento e tempo decorrido entre o diagnóstico e o primeiro tratamento no serviço de alta complexidade dos pacientes com câncer de mama, pertencentes à rede de atenção oncológica da 4^o CRS/RS.

Apesar do câncer de mama também acometer homens, neste estudo, a totalidade de casos observados foi de câncer mamário feminino. De acordo com dados do INCA, os casos de câncer mamário masculino são raros e representam apenas 1% do total de casos da doença (INCA, 2018a).

O município de Santa Maria foi o que mais apresentou casos de câncer de mama na Região. Este resultado pode ser devido ao fato de que o município é o 5^o mais populoso do Rio Grande do Sul e, isoladamente, o maior de sua região, com mais de 278 mil habitantes em 2017 segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Porém, esta interpretação não justifica a baixa prevalência de casos referenciados ao HUSM do município de Santiago (APÊNDICE A), já que o mesmo é o segundo mais populoso dos municípios da 4^a CRS/RS. Adicionalmente, o município de São Sepé, identificado neste estudo como o segundo município em prevalência da doença na região, apresenta uma população que representa cerca da metade da população do município de Santiago (IBGE, 2016).

Neste sentido, podemos considerar o grau de exposição dessa população aos fatores relacionados ao aumento do risco de desenvolver câncer de mama, tanto os fatores endócrinos ou relacionados à história reprodutiva, aos fatores comportamentais e ambientais, fatores genéticos e hereditários e também à exposição à radiação ionizante (INCA, 2018 a).

Outros fatores também podem influenciar na diferença da prevalência de câncer de mama em diferentes regiões, estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) comprovou que as diferenças geográficas alteram a frequência e os tipos de câncer de mama nas mulheres brasileiras. No estudo, mulheres das regiões Sul e Sudeste apresentaram maior frequência do câncer de mama e tumores menos agressivos, enquanto as do Norte e Nordeste, apresentaram menor frequência de casos, mas tumores mais agressivos. Os pesquisadores atribuem esses resultados à grande diversidade econômica, racial, cultural e ambiental da população (AMB, 2014).

Mastologia foi a principal especialidade de acesso, seguida da Cancerologia. Segundo Protocolo do Ministério da Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016) a escolha da especialidade para encaminhamento, a partir da Atenção Básica, deve ser norteada de acordo com os

achados clínicos e laboratoriais apresentados. De acordo com este protocolo, situações clínicas que indicam alterações benignas na mama devem ser encaminhadas à especialidade de Mastologia. Além disso, a presença de nódulo palpável ou exame de imagem sugestivo de neoplasia também configuram critérios para encaminhamento ao mastologista. Já situações como diagnóstico histopatológico ou citopatológico de câncer de mama, sinais e sintomas mamários ou exames de imagem altamente sugestivos de neoplasia justificam encaminhamento diretamente ao oncologista/cancerologista.

Quanto ao primeiro tratamento realizado para a neoplasia, considerando também os tratamentos anteriores ao acesso ao HUSM, o tratamento cirúrgico foi o mais frequente, seguido da quimioterapia. No entanto, os primeiros tratamentos realizados no HUSM, a quimioterapia prevaleceu, seguida da mastectomia. A terapia sistêmica com quimioterápicos, quando realizada anteriormente à cirurgia, é denominada quimioterapia neoadjuvante (HCB, 2018).

A preferência pelo tratamento cirúrgico anterior ao quimioterápico sugere que a doença, na maioria dos casos, encontrava-se em estágios ainda considerados operáveis no momento do diagnóstico. Classicamente, quando o tratamento proposto é a quimioterapia neoadjuvante, entende-se que a casos encontram-se em estágios avançados, pois, a quimioterapia neoadjuvante é considerada como tratamento inicial de escolha da doença localmente avançada, considerada inoperável. Entretanto, essa proposta terapêutica de quimioterapia neoadjuvante está sendo cada vez mais utilizada para tumores operáveis, com o objetivo de tornar a cirurgia mais conservadora (COSTA, 2013).

O sucesso do tratamento neoplásico está diretamente relacionado à detecção precoce e início precoce do tratamento. Assim, as chances de o tratamento cirúrgico ser curativo e de não ocorrer a disseminação da doença aumentam consideravelmente (TRUFELLI et al., 2008).

Dessa forma, em novembro de 2012, foi sancionada a Lei N°12.732, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, garantindo ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico.

Nos casos analisados neste estudo, o tempo mínimo e máximo decorrido entre diagnóstico e início do tratamento foi 0 e 402 dias respectivamente, com uma mediana de 53 dias. Pode-se observar que 56,5 % dos pacientes receberam o tratamento dentro do prazo estipulado em lei. A lei também considera que o prazo pode ser menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário. Apesar de a definição de tempos máximos de

espera ser uma estratégia usada por diversos países, a complexidade da atenção oncológica faz com que os prazos sejam bastante diversos. Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) criou uma Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento dessa lei (BRASIL, 2013b). Porém, até o momento, não há indicadores em nível nacional disponíveis sobre o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento,

Estudo realizado por Trufelli, et al. (2008), no qual foram analisadas as pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Oncologia do Hospital Estadual Mário Covas, durante o ano de 2006, demonstrou que, do ponto de vista da importância clínica, o atraso entre o diagnóstico e o tratamento não é o mais preocupante, visto que os resultados do estudo apontaram que a demora decorrida entre a mamografia e o resultado da biópsia foi mais grave.

Estudos (REZENDE et al., 2009; TRUFELLI, et al. 2008) demonstram que os pacientes com câncer de mama sofrem atrasos especialmente durante o diagnóstico (REZENDE et al., 2009; TRUFELLI, et al. 2008). Portanto, minimizar o tempo entre a suspeita da doença e o diagnóstico definitivo parece ser o ponto mais crítico para corrigir essa situação, comparado com o tempo decorrido até o início do tratamento após o acesso à atenção terciária. Sugere-se, portanto, estudos sobre prevenção e atendimento primário aos pacientes com suspeita da doença, a fim de incentivar ações preventivas e educativas e a analisar as condições de atendimento na atenção primária e secundária ao paciente oncológico.

Quanto às limitações apresentadas neste estudo, podemos citar o desconhecimento dos motivos que geraram a espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que não nos permite conhecer as principais causas de espera neste período para aquelas usuárias que não receberam tratamento no prazo estipulado em lei. Salientamos também que, neste estudo, foram analisados casos atendidos no ano de 2016 e, em relação à frequência de usuárias por Região de Saúde, poderá não apresentar os mesmos resultados se diferentes períodos forem analisados.

Por fim, este estudo buscou retratar a realidade, nos aspectos estudados, do Sistema Público de Saúde através de um hospital público de referência regional. Porém, para os tratamentos iniciais que não foram realizados no HUSM, é desconhecido se foram realizados através do SUS ou pelo sistema privado de saúde, por recursos particulares ou convênios de saúde. Entretanto, como o cenário do estudo é uma instituição que tem a obrigatoriedade do atendimento da demanda do SUS, é de se esperar que as mulheres tenham recebido atendimento integral para a doença em sistema público.

Sugere-se novos estudos para análise completa do fluxo e tempo de espera das usuárias até o início do tratamento, com avaliação integral dos atendimentos de saúde prestados, nas diferentes fases do processo, permitindo assim identificar a principal causa de demora para o início do tratamento oncológico.

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, conclui-se que o acesso das usuárias ao serviço de alta complexidade em oncologia na 4ª CRS/RS se dá principalmente através do encaminhamento à especialidade de Mastologia do HUSM. Após a consulta inicial são mais frequentemente encaminhadas ao serviço de cancerologia/oncologia. Quanto à modalidade de tratamento inicial, a mastectomia foi a mais frequente, seguida da quimioterapia. Em relação ao tempo decorrido entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento, a maioria das pacientes recebeu o primeiro atendimento dentro do prazo previsto em lei.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Portaria GM nº. 3.535, de 2 de setembro de 1998, republicada em 14 de outubro de 1998. Estabelece a estrutura dos centros de alta complexidade em Oncologia CACON. **Diário Oficial da União**, 1998.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 874 de 16 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 União**, Poder Executivo, Brasília, p.129-132, seção 1, 17 maio 2013a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2013b.

COSTA, M. A. D. L.; CHAGAS, S. R. P. Quimioterapia Neoadjuvante no Câncer de Mama Operável: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.2, p. 261-269, 2013.

HCB- Hospital do Câncer de Barretos. Modalidades de tratamento, 2018. Disponível em: . Acesso em: jan, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016. Informações estatísticas de municípios, 2016.

INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de Câncer**. Rio de Janeiro, 2018a.

INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Onde tratar pelo SUS**- Rio Grande do Sul, 2018b.

LIEDKE, P. E. R.; et.al. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 23, n. 1, p. 126-33, 2014.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.317-326, 2011.

PAIVA, C. J. K.; CASSE, E. A. P. 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.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.2, p.75-81, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Secretaria Estadual de Saúde**. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Secretaria Estadual de Saúde**. Regula SUS. Protocolos de encaminhamento para Mastologia, 2016.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras**, v.54, n.1, p.72-6, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Casos de câncer de mama feminino por município da 4ª CRS, 2016

Municípios	Frequência de casos	Porcentagem
AGUDO	2	1,2
CACEQUI	1	0,6
CAPÃO DO CIPÓ	1	0,6
DONA FRANCISCA	2	1,2
FAXINAL DO SOTURNO	3	1,8
ITAARA	1	0,6
ITACURUBI	1	0,6
IVORÁ	1	0,6
JAGUARI	2	1,2
JULIO DE CASTILHOS	7	4,2
MATA	2	1,2
NOVA ESPERANÇA	1	0,6
NOVA PALMA	3	1,8
PARAÍSO DO SUL	1	0,6
PINHAL GRANDE	2	1,2
RESTINGA SECA	8	4,8
SANTA MARIA	91	54,2
SANTIAGO	5	3,0
SÃO FRANCISCO DE ASSIS	6	3,6
SÃO JOÃO DO POLÊSINE	1	0,6
SÃO MARTINHO DA SERRA	3	1,8
SÃO PEDRO DO SUL	4	2,4
SÃO SEPÉ	11	6,5
SÃO VICENTE DO SUL	5	3,0
UNISTALDA	1	0,6
VILA NOVA	3	1,8
Total	168	100,0