

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

ERON MACHADO COBE

**ACESSO TARDIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA  
ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

VITÓRIA-ES  
2018

ERON MACHADO COBE

**ACESSO TARDIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA  
ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Moreira Trugilho

VITÓRIA-ES

2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

C652a Cobe, Eron Machado.  
Acesso tardio ao diagnóstico e tratamento do câncer : uma  
análise à luz da Política Pública de Saúde / Eron Machado  
Cobe. - 2018.  
72 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Moreira Trugilho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Neoplasias. 2. Diagnóstico tardio. 3. Sistema Único de  
Saúde - SUS. 4. Determinantes sociais. I. Trugilho, Silvia  
Moreira. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 616.994

---

ERON MACHADO COBE

**ACESSO TARDIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA  
ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de outubro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Dalbello Araújo  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM

---

Prof. Dr. Renato Almeida de Andrade  
Universidade Federal do Espírito Santo  
– UFES

## **AGRADECIMENTOS**

Não podia deixar de agradecer inicialmente a Deus por iluminar o meu caminho em mais uma jornada concluída com êxito.

Minha mãe Arlete (in memoriam), por todos os princípios, amor e carinho que sempre foram incondicionais, sem ela, não tenho dúvida não seria nada do que sou hoje.

Nayla, esposa, amiga e companheira de todos os dias, todas as horas, sempre me apoiando, cuidando da nossa casa e dos nossos pequenos nos momentos de trabalho, te amo.

Duda, Gui e Caio, minhas maiores riquezas, razões para eu procurar ser sempre uma pessoa melhor. Mesmo sem entender as vezes o motivo da minha ausência, nunca me cobraram, e sempre me proporcionaram no dia seguinte aquele carinho imenso que só vocês sabem me dar.

Meu pai, tia Lúcia e minha irmã por sempre acreditarem em mim e me apoiarem.

Professora Silvia, minha eterna gratidão, primeiramente por todos os conhecimentos que não mediu esforços em me ofertar, depois pela paciência em ser minha orientadora, sempre atrasado pela correria que a profissão me remete, vida de médico não é fácil, mesmo assim sempre me apoiou e acreditou no meu sucesso, meu sincero muito obrigado.

À EMESCAM, faculdade onde aprendi minha profissão, médico, e onde venho a tentar me tornar um professor a altura daqueles muitos que participaram da minha formação. Sou grato pelo apoio e por valorizar seus profissionais em aperfeiçoamento e capacitação profissional.

Por último, não menos importante, a Santa Casa Misericórdia de Vitória e meus queridos pacientes, esse trabalho só existiu graças a vocês.

## RESUMO

Essa dissertação versa sobre o acesso tardio ao diagnóstico e tratamento do câncer, uma análise à luz da política pública de saúde, tendo como objetivo a busca em conhecer os fatores implicados no diagnóstico e acesso tardio ao tratamento do câncer no processo de atenção à saúde. Para tanto foi adotada a metodologia de investigação de abordagem da pesquisa de campo qualitativa descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, permitindo assim a condução dos participantes no relato de suas experiências, com seguimento de roteiro previamente elaborado, logo após as consultas dos pacientes que se enquadrassem no perfil de doença oncológica avançada. Foram entrevistados ao todo 15 pacientes, todos com diagnóstico avançado de neoplasia maligna. O campo de pesquisa foi um hospital de natureza filantrópica, localizado em Vitória, ES, Brasil. Os dados foram analisados e tratados a partir da análise qualitativa. As categorias de análise criadas foram as seguintes: acesso ao serviço especializado e itinerário terapêutico; fatores inerentes ao diagnóstico tardio e determinantes sociais; percepção da doença e a busca pelo tratamento. Os resultados mostram uma dificuldade de acesso à rede básica de saúde e realização de exames de diagnóstico e estadiamento, dificuldade de referência ao centro de tratamento oncológico e um negligenciamento da percepção de saúde pelo próprio paciente.

Palavras-chave: Neoplasias. Diagnóstico tardio. Sistema Único de Saúde. Determinantes sociais.

## **ABSTRACT**

This dissertation deals with the late access to cancer diagnosis and treatment, an analysis in the light of public health policy, aiming to investigate the factors involved in the diagnosis and access to late treatment of cancer in the health care process. In order to do so, the research methodology of qualitative descriptive field research was adopted. Data collection was performed through a semi-structured interview, thus allowing the participants to lead their patients in reporting their experiences, following a previously prepared script, shortly after the consultations of the patients that fit the profile of advanced oncologic disease. Fifteen patients were interviewed, all with advanced diagnosis of malignant neoplasia. The research field was a hospital of philanthropic nature, located in Vitória, ES, Brazil. The data were analyzed and treated from the qualitative analysis. The categories of analysis created were as follows: access to the specialized service and therapeutic itinerary; elements that appear as factors inherent to the late diagnosis and the relation with social determinants; perception of the disease and the search for treatment. The results show a difficulty in accessing the basic health network and performing diagnostic and staging exams, difficulty referring to the cancer treatment center and a neglect of the patient's own perception of health.

Keywords: Neoplasms. Delayed Diagnosis. Unified Health System. social determinants.

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
HPV	Vírus papiloma humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
SNC	Serviço Nacional do Câncer
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
SOBED	Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 O CÂNCER: DEFINIÇÃO, CONDICIONANTES E ATENÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>15</b>
2.1 O CÂNCER E SUA DEFINIÇÃO.....	15
2.2 CONDICIONANTES DO DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER.....	19
2.3 A POLITICA NACIONAL DE CÂNCER.....	24
<b>3 O SUS: PRINCÍPIOS E ACESSO À SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DESIGUALDADES SOCIAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
<b>6 RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>47</b>
6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES.....	47
6.2 ACESSO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, EXAMES E DIAGNÓSTICO.....	50
6.3 ELEMENTOS QUE APARECEM COMO FATORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO TARDIO – RELAÇÃO COM DETERMINANTES SOCIAIS.....	55
6.4 PERCEPÇÃO DA DOENÇA E A BUSCA PELO TRATAMENTO.....	56
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista com Pacientes.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A - Parecer do Comitê de Pesquisa.....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As modificações das condições e modos de vida, decorrentes do desenvolvimento industrial e do surgimento da sociedade moderna contribuem para alteração no perfil de morbimortalidade no século XX. Se no século anterior, a predominância de doenças e mortes estava associada às doenças infecciosas transmissíveis, a vida moderna edificada a partir do século XX contribuiu para que doenças como as cardiovasculares, as degenerativas e o câncer, passassem a compor as causas mais frequentes de morbimortalidade verificadas atualmente nas sociedades modernas. No início do século XX a expectativa de vida da população brasileira era em média 35 anos, já no final do ano 2000 esse número tinha subido para 65 anos.

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 8,8 milhões de pessoas morrem por ano em decorrência do câncer, sendo a grande maioria em países de baixa e média renda. O câncer é responsável por uma a cada seis mortes no mundo. O número é quase o dobro de mortes causadas por doenças infecciosas como HIV/AIDS, tuberculose e malária (NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2017).

De acordo com a Sociedade Norte Americana de Câncer (American Cancer Society), o número de novos casos, no mundo, passará de 14,6 para 20,2 milhões por ano, entre 2010 e 2030, sendo que a maioria deles ocorrerá nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde os fatores de risco e os processos de promoção e prevenção tem tido menor controle pelas entidades públicas responsáveis (MEDICI, 2018, p. 1).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2017a) o câncer representa a segunda maior causa de morte entre a população brasileira, ficando apenas atrás das mortes por acidente cérebro vascular. São estimados cerca de 600.000 novos casos de câncer para o biênio 2018/19 no Brasil, dentre os seus diversos tipos histológicos. O aumento expressivo no diagnóstico e nas mortes por câncer se deve principalmente, ao aumento da expectativa de vida, globalização e urbanização. Já é bem estabelecido que envelhecimento é um dos principais fatores de risco para surgimento de câncer, em torno de 70% das neoplasias ocorrem durante a terceira idade. O câncer pode estar relacionado a fatores de risco de natureza ambiental, sendo responsável por 80% dos casos, entende-se por ambiente o meio geral (água,

terra e ar), ambiente ocupacional (indústria químicas), ambiente de consumo (alimentos e medicamentos) e ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). Enquanto os outros 10 a 20% dos casos de câncer podem estar relacionados a fatores hereditários, familiares e étnicos, exercendo o fator genético um papel importante na oncogênese. Outro fator que deve ser avaliado é a grande evolução e modernização dos exames de imagem, radiologia, fazendo diagnóstico cada vez mais preciso e precoce das neoplasias. Tomografias e ressonância com potencial de diagnóstico de lesões cada vez menores. O Pet Scan é uma importante ferramenta sendo utilizado para estadiamento e diagnóstico de recidivas tumorais. Além de exames convencionais que ainda são amplamente utilizados com Raio x e ultrassonografia.

Como já citado anteriormente o envelhecimento é um importante fator de risco determinante do desenvolvimento do câncer. Isso se deve a uma simbiose entre envelhecimento, inflamação, doença crônica e câncer, além de maior risco de aparecimento de mutações genéticas com a senilidade.

Quando avaliados países desenvolvidos, como alguns países da Europa, onde a expectativa de vida da população é maior, esse tipo de doença entre os idosos corresponde a 12% dos totais de casos oncológicos (BOUCHARDY et al., 2003).

Nos Estado Unidos foi feito um levantamento e em 2005, metade das mulheres com neoplasia maligna da mama tinham mais de 65 anos de idade, e era esperado que em 2015 um acréscimo de 30% nesse percentual (HURRIA et al., 2007).

A industrialização e a urbanização levam a modificações no estilo de vida, podendo estar relacionada a uma maior exposição a fatores de risco para o câncer, mesmo que indiretamente como é o caso dos tabagistas passivos.

O tabagismo, como citado, tem relação com uma série de tipos de câncer, sendo eles, pulmão, cavidade oral, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero e leucemias. Sendo esse vício responsável por cerca de 30% das mortes por câncer. Especificamente no câncer de pulmão os riscos de desenvolver câncer em algum momento da vida são da ordem de 20 vezes mais

chances do que quando comparado ao não fumante (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

O tratamento do paciente oncológico é multidisciplinar, envolvendo uma série de profissionais da área de saúde e afins, dentre eles, oncologista clínico, cirurgião oncológico, radioterapeuta, radiologista, radiologista intervencionista, nutricionista, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, equipe de cuidados paliativos, psicólogos e psiquiatras, dentre outros.

Peduzzi (2001) considerou que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interações dos agentes de diferentes áreas profissionais, assim através da comunicação e mediação simbólica da linguagem, dá-se as articulações das ações multiprofissionais e a cooperação, visando não somente compartilhar premissas técnicas, mas um horizonte ético, onde o bem comum consiste em no bem-estar do paciente.

Nascimento et al. (2014), avaliaram mulheres em pré-operatório de câncer de mama na cidade de João Pessoa/PA, e os resultados revelaram a importância na composição da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas, naquele cenário) sendo fundamentais na melhoria do bem-estar daquelas pacientes ali avaliadas. Os discursos mostram que cada profissional atuando em seu campo de trabalho com dedicação integral, realizando intervenções de acordo com sua competência, favorecendo um ambiente humanizado e agradável as pacientes. O tratamento do câncer deve ser realizado em centros de excelência, hospitais de nível terciário, que são aqueles destinados a prestar assistência a clientes em outras especialidades médicas além das básicas. Além disso com corpo clínico capacitado e especializado para tal. O hospital deve possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento oncológico.

Souza Filho (2004) avaliou o papel do cirurgião oncológico e do tratamento em grandes centros, com grande volume e expertise no tratamento do paciente com câncer, com dados de baixa de mortalidade em centro com maior volume de cirurgias realizadas. Enfatiza ainda a eficiência do resultado satisfatórios, especificamente resultado no tratamento cirúrgico, relacionado ao preparo técnico pessoal, treinamento específico, volume de casos, e ao interesse profissional desenvolvido em relação a patologia. É possível observar que o tratamento oncológico em Centros de Referência para tal também vai interferir no prognóstico da doença.

Prognóstico nada mais é do que o conhecimento antecipado, feito pelo médico, baseado no diagnóstico e possibilidade terapêutica, acerca da duração, evolução e quadro clínico de uma doença, é predição médica de como será a evolução do paciente, e se há e quais as chances de cura (PROGNÓSTICO, 2018).

Os serviços para o tratamento oncológico podem ser privados ou públicos. Somente cerca de 30% da população brasileira tem planos de saúde, ou seja, a ampla maioria, 70% da população, depende do serviço público, o Sistema Único de Saúde (SUS) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Os planos de saúde são serviços oferecidos por empresas privadas para prestar serviços nas mais diversas áreas de saúde, dentre elas médica e hospitalar. A assistência à saúde de seus usuários deve se dar por meio de uma rede credenciada, que para tal, precisa adquirir materiais, medicamentos e equipamentos necessários. Esses serviços foram regulamentados pela lei 9.656 de 03 de outubro de 1998. É de competência da Agência Nacional de Saúde (ANS) normalizar e fiscalizá-los. Por se tratar de contrato de consumo, as cláusulas contratuais devem obedecer às normas do Código de Defesa do Consumidor e sofrem controle por parte do Poder Judiciário. Mesmo na rede privada existe muita disparidade com relação ao atendimento realizado com base na qualidade e recursos disponíveis por cada operadora de saúde.

O SUS é um dos maiores serviços de saúde pública do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial, até a complexidade de um transplante de órgãos, assegurando o acesso integral, universal e gratuito para toda população do País. O direito à saúde está assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que

dispõe que a saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Embora esteja assegurado na lei o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sob a responsabilidade e compromisso do Estado, verificamos, na realidade, uma dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, especialmente da população de mais baixa renda e residente em áreas distantes dos centros urbanos, o que revela uma desigualdade de atenção em saúde, podendo ser determinada por diversos fatores que incluem os da ordem dos interesses políticos e econômicos e da distribuição desigual de renda. Comparando a rede pública e privada, na área da oncologia, podem haver significativas diferenças em termos de oferta de tratamento, tecnologias cirúrgicas, radioterapia e quimioterápicos, que na grande maioria das vezes, ou não são disponíveis ou demoram muito tempo para incorporação na rede pública. Em alguns casos ocorre inclusive judicialização da saúde pública com intuito da garantia de tratamentos mais modernos.

Dentro do próprio atendimento público existe discrepância no tratamento ofertado. Kaliks et al. (2017) analisaram a diferença no tratamento sistêmico do câncer no Brasil em hospitais credenciados pelo SUS. Concluíram existir uma grande diferença no padrão de tratamento entre os hospitais públicos brasileiros, especificamente falando de pacientes oncológicos, além disso foi documentado que em alguns serviços, os tratamentos oferecidos podem ser abaixo do padrão preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) nas diretrizes terapêuticas, e frequentemente são inferiores daqueles praticados na saúde suplementar, no caso representada pelos planos de saúde. A má distribuição dos recursos é nítida, a melhor condição em grandes centros leva a disparidade impressionante, como por exemplo tecnologia robótica oferecida em alguns serviços da rede pública, enquanto centros menores carecem de materiais básicos.

O diagnóstico tardio consiste na descoberta da doença localmente avançada ou doença metastática, situação essa em que o tratamento fica limitado muitas vezes a paliatividade, que será definida mais à frente, com grande impacto na qualidade de

vida do paciente, e dos familiares, inclusive levando ao óbito precoce desses indivíduos. Importante ressaltar os impactos na estrutura familiar provocado pelo diagnóstico tardio, tanto emocional, quanto de cuidados que são dedicados ao paciente, e inclusive impacto financeiro. O mesmo é válido para sociedade em si, como, por exemplo, o tempo em que o paciente fica afastado de suas atividades laborais, ou dependente da previdência social.

Carvalho (2008), avaliou a atenção a família do paciente oncológico. O impacto da doença não afeta somente o enfermo, mas todo universo familiar, sendo impostas mudanças e reorganização da dinâmica familiar. O sofrimento imposto pela doença é muito grande para a família. As reações devem ser compreendidas em cada história de vida individualmente, bem como contexto cultural e socioeconômicos em que vivem. Não só o paciente, mas a família requer muita atenção. Quanto mais avançada a doença, maior o nível de dependência do indivíduo em relação a família. Sendo muito importante entender e compreender o desgaste físico e emocional que essa situação acarreta. O diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento tardio ainda trazem um impacto econômico importante para o Estado, implicando em custos elevados na atenção pública em todas as esferas, municipal, estadual e federal, incluindo cirurgias, quimioterapia e radioterapia, quando comparado ao tratamento nos pacientes com diagnóstico precoce. Sem contar o maior tempo em que esse paciente permanece afastado do mercado de trabalho e fica dependente da previdência social, ou até a doença levando à aposentadoria por sequelas incapacitantes para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Em uma análise de custos Knust et al. (2017), analisaram a estimativa de gastos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência, no caso o INCA. De maneira global o custo com tratamento de 277 pacientes foi da ordem de R\$ 2.473.599,91, sendo estes gastos com internações, consultas ambulatoriais, quimioterapia e radioterapia. Como já evidenciada em outras fontes de literatura, o custo do tratamento do câncer diminui significativamente com o estadiamento e extensão do tumor, sendo muito maior em fase terminal da doença. O tempo de permanência hospitalar e número de internações em consequência do tratamento também estão diretamente relacionadas ao momento do diagnóstico.

Com relação à busca de atenção à saúde existem vários fatores determinantes, sendo eles idade, relação ao sexo masculino ou feminino, etnia, escolaridade, renda e classe social. Podendo essas características estarem relacionadas ao diagnóstico avançado da doença, no caso, oncológica.

Os determinantes sociais da saúde são entendidos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema e saúde. Os fatores sociais, econômico, culturais, étnico raciais, psicológico e comportamentais, fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELEGRINI, 2007, p 78).

Dada a contextualização acima apresentada, a presente pesquisa se dirige ao estudo da atenção e acesso ao tratamento do câncer na política pública de saúde, com vistas a identificar e analisar os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio, verificado em pacientes oncológicos que são atendidos em um centro de referência para o tratamento de câncer, situado em um hospital filantrópico localizado em Vitória, no Espírito Santo.

A realização deste estudo buscou responder à seguinte questão de investigação, que se configura como o problema de pesquisa: Que elementos/fatores contribuem para a ocorrência do diagnóstico tardio do câncer verificado em pacientes atendidos em um serviço especializado, conveniado ao SUS?

Uma vez que o estudo se encontra situado na área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, especificamente do Serviço Social, buscou-se desenvolver uma pesquisa afinada com os métodos de pesquisa social. Assim, para responder à questão acima apresentada, metodologicamente foi desenvolvida uma pesquisa de campo qualitativa descritiva com pacientes oncológicos com diagnóstico tardio de câncer atendidos em um hospital filantrópico, cujos resultados evidenciam os fatores que levam ao diagnóstico tardio do câncer em nossa realidade local, desvelando, por conseguinte as barreiras de acessibilidade à atenção em saúde. Na próxima sessão abordamos o câncer na sua definição com o convite ao leitor para conhecer um pouco mais dos aspectos relacionados a neoplasias malignas, sendo discutidos, a definição, os condicionantes ao diagnóstico tardio e a política nacional de câncer.

## 2 O CÂNCER: DEFINIÇÃO, CONDICIONANTES E ATENÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados os conceitos relacionados ao câncer, além da discussão sobre os condicionantes do diagnóstico avançado das neoplasias e um breve histórico e uma contextualização das políticas nacionais relacionadas ao tema.

### 2.1 O CÂNCER E SUA DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) câncer consiste em um crescimento celular desorganizado e disseminado, podendo afetar qualquer parte do corpo, bem como invadir tecidos vizinhos e se metastizar para locais à distância. Muitos desses poderiam ser evitados erradicando fatores de risco comuns a rotina do dia a dia como a fumaça do tabaco. Grande parte dos tipos de câncer pode ser curada através do tripé, cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, especialmente quando detectados precocemente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O INCA define câncer como o conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástases) para outras regiões do corpo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017b).

Metástase é a formação de uma lesão tumoral, a partir de outra, sem continuidade entre as duas, implicando no desprendimento de células neoplásicas do tumor primário, sendo levada para um local a distância. Essa condição agrava muito a doença e dificulta o processo de cura. As vias de disseminação podem ser linfáticas, hematogênicas ou peritoneais (METÁSTASE, 2018).

Quando se fala em diagnóstico precoce refere-se à possibilidade de se identificar a doença, realizar os exames de estadiamento (avaliação do comprometimento local e a distância, que geralmente é realizado por exames de imagem e laboratório) e iniciar o tratamento efetivo, independente da modalidade a ser escolhida, o mais breve

possível. Estudos existentes apontam que o diagnóstico precoce do câncer contribui sobremaneira para uma maior eficácia no seu tratamento. Com isso alcançando um aumento na sobrevida e qualidade de vida do paciente, além de uma relação favorável, de custo/efetividade.

Rodrigues e Camargo (2003) em uma revisão de literatura com relação ao tratamento oncológico em crianças concluíram que a detecção precoce e o pronto início do tratamento estão diretamente relacionados na redução da morbidade e mortalidade do tratamento, sendo o entendimento dos fatores de atraso no diagnóstico fundamentais nas estratégias de saúde pública para detecção precoce.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). No Brasil o tumor mais frequente entre os homens (excluindo câncer de pele não melanoma) é o tumor de próstata sendo esperados 68.220 novos casos e entre as mulheres o câncer de mama, com 59.700 novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017c).

Figura 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma\*

Homens			Mulheres		
Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%	Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%	Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%	Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%	Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%	Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%	Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%	Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%	Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%	Leucemias	4.860	2,4%

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (2017c).

Devido a sua variedade de possíveis localizações e aspectos clínico patológicos, o câncer pode não ter sinais e sintomas patognomônicos. Daí a dificuldade de diagnóstico com base na clínica do paciente. O diagnóstico e a investigação podem ser feitos a partir de sinais e sintomas suspeitos, através de achados de exame de rotina e rastreamento ou até realizados por outros motivos que não a neoplasia em si,

ou então quando ocorre agravamento dos sintomas com necessidade até de internação imediata em alguns casos, fazendo o diagnóstico em situações de urgência, o qual não seria o melhor cenário. Vários exames podem levar a suspeição da neoplasia, hemogramas, raios X, tomografias, ultrassons, ressonâncias, exames endoscópicos. Existem vários fatores que podem estar relacionados a uma maior predisposição para surgimento dos diversos tipos de câncer, considerados como fatores de risco, estando muitos deles relacionados à rotina de vida, como ingestão de condimento, etilismo, tabagismo, dentre vários outros.

Os exames de rastreamento são aqueles oferecidos a grupos de risco para determinada doença sem que haja nenhum sintoma relacionado à mesma. Podem ser realizados a nível populacional como é o caso da mamografia (exame utilizado para detecção do câncer de mama) ou do antígeno prostático específico (PSA) (marcador sanguíneo que costuma se elevar nas situações de neoplasia de próstata). Esses exames são muito importantes, pois, como acima citado, são realizados na população que não apresenta sintomas relacionados a doença, apresentando uma maior chance do diagnóstico precoce e efetividade do tratamento, com consequentes maiores taxas de sobrevida global (BRASIL, 2010).

Outros tumores que também podem ser evidenciados através dos exames de rastreamento são os tumores colo retais, diagnosticados através da colonoscopia, indicada para população acima dos 50 anos de acordo com a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), antes disso em pacientes sintomáticos ou com história familiar importante de neoplasias. Tumor de pulmão, pode ser rastreado através de tomografia de tórax em grupos de risco que são os tabagistas, e o câncer de colo uterino identificado através do Papanicolau em mulheres com vida sexual ativa. Devemos ainda estar atentos as medidas de prevenção primária como a vacinação contra o vírus papiloma humano (HPV). Zardo et al (2014) analisaram a vacina como agente de imunização contra HPV, fator de risco sabidamente conhecido para o aparecimento do câncer de colo uterino e outras neoplasias. É comprovada cientificamente que a aplicação da vacina resultará na diminuição da infecção de homens e mulheres, com consequente redução nos custos de tratamento e menor incidência de câncer.

À partir da suspeita, na grande maioria dos casos será necessária realização de uma biópsia para confirmação histopatológica. As amostras são colhidas a depender da localização e da suspeita da neoplasia, podendo ser realizada praticamente em todas as partes do corpo. Pode-se retirar parte de um órgão ou ele inteiro para análise, ser realizada pela simples palpação ou visão direta da lesão, ou então através de exames de imagem. Biópsia por agulha, aspiração com agulha fina, core biópsia, biópsia endoscópica, através de procedimento cirúrgicos mais invasivos, são os tipos mais comuns (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

Posteriormente, esse material é detalhadamente avaliado por um patologista para que então possa ter a confirmação histopatológica do câncer. Cada órgão pode ser afetado pelos mais diferentes tipos de tumores, sendo uns mais agressivos e outros menos. O tipo celular e o grau de diferenciação celular também são fatores determinantes na evolução da neoplasia. Tumores pouco diferenciados são mais agressivos que os bem diferenciados. Após o diagnóstico firmado, o próximo passo é a realização dos exames de estadiamento. Estadiamento é definido como a determinação da fase de desenvolvimento de uma doença, em geral maligna, avaliando a sua extensão através de exames específicos (raio x, biópsia, ecografia, ressonância, dentre outras) (ESTADIAMENTO, 2017). Com isso se consegue definir o grau de acometimento local e a distância da doença quando presente. Os exames a serem realizados para o estadiamento vão depender do tipo histológico do tumor e da localização. Terminado o estadiamento, teremos a real análise do comprometimento local e a distância da doença para definirmos o tratamento a ser instituído.

Existem várias escalas para estadiamento dos tumores sendo a mais utilizada para tumores sólidos o TNM. TNM é a classificação do câncer pela extensão anatômica da doença, sendo o maior determinante para o prognóstico e tratamento do paciente. Onde o T define o acometimento local do tumor primário, N os linfonodos regionais envolvidos e M a presença de metástase a distância. O TNM define o planejamento de tratamento, indica o prognóstico, avalia evolução e tratamento dos pacientes, facilita a troca de informação entre os grandes centros de tratamento, dá suporte a atividades de controle oncológico e os registros (UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL, 2017).

Com esses resultados será feita uma análise detalhada do quadro para na sequência a definição da modalidade de tratamento a ser instituída. O tratamento pode ser com intuito curativo ou paliativo.

A cirurgia é a modalidade de tratamento mais antiga e mais definitiva, na maioria dos casos, preferencialmente quando é factível a retirada do tumor. A quimioterapia utiliza drogas/medicações potentes com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento de células doentes. Já a radioterapia geralmente é utilizada para tratamento localizado (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

Uma outra modalidade de tratamento sistêmico que vem sendo muito utilizada é a imunoterapia, porém devido aos altos custos impostos a essas drogas, no SUS seu uso ainda é limitado, ficando o acesso restrito aos planos privados de gerência da saúde. O INCA define imunoterapia como o tratamento do câncer que promove a estimulação do sistema imunológico, por meio do uso de substâncias modificadoras da resposta biológica. A imunoterapia pode ser ativa ou passiva de acordo com as substâncias utilizadas e mecanismos de ação.

O tratamento paliativo consiste na assistência por equipe multidisciplinar, com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, quando acometido por uma neoplasia que ameace a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). E o tratamento curativo é quando se atinge o objetivo principal, e não se ter mais evidência da doença.

## 2.2 CONDICIONANTES DO DIAGNÓSTICO TARDIO DO CÂNCER

Essa seção versa sobre o diagnóstico tardio do câncer, abordando, a partir de uma revisão de literatura, os fatores a eles relacionados. A revisão de literatura para a composição desta seção teórica será realizada por meio de busca na biblioteca científica eletrônica, Scielo. A busca de artigos em periódicos científicos disponibilizados nestas bases de dados foi feita pela utilização dos seguintes descritores: neoplasias, diagnóstico tardio, programas de rastreamento.

Quando esses pacientes chegam na instituição de referência para início de tratamento específico, podem apresentar a doença em vários estágios clínicos, sendo que em parte deles a doença é diagnosticada em estágio avançado.

Segundo a American Cancer Society (2015), câncer avançado também pode ser definido como aquele quadro em que os recursos terapêuticos curativos são menos eficazes para a cura, embora possa ajudar com que o tumor cresça de maneira mais lenta, aumentando assim a sobrevida do paciente.

Acessibilidade vai depender da relação da localização da oferta pelos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Vai ser extremamente importante nesse contexto entender os determinantes de oferta e de demanda e de uma rede de atenção que deve estar interligada, para que a população possa receber o tratamento adequado.

Existe a possibilidade da baixa capacidade de integração entre as equipes da atenção básica e os níveis mais complexos de atendimento, o que contribui para a demora na realização de diagnósticos. O despreparo da equipe de saúde como um todo, em algumas ocasiões, em suspeitar de neoplasia e realizar a investigação adequada também podem interferir no diagnóstico tardio. Uma outra questão a ser discutida é a distância entre o tempo de solicitação de um exame complementar e a data em que o mesmo será realizado, tendo impacto expressivo na busca do diagnóstico o mais breve possível.

Para que a rede de atenção possa funcionar de forma mais resolutiva, inicialmente é necessário o paciente ter o diagnóstico ou pelo menos a suspeita de determinada doença, para posteriormente ser referenciado aos grandes centros, dentro ou fora da cidade de domicílio.

Felippu et al (2015) mostram que estudos realizados no Brasil, com base especificamente nos tumores de cabeça e pescoço, apontam que a população desconhece os fatores de risco relacionados ao câncer. Eles relacionam esse fato, em parte, aos baixos índices de escolaridade e rendimento per capita por agregado familiar. Além disso, lesões iniciais, talvez não sejam valorizadas em algumas

situações, tanto pelo próprio indivíduo quanto pelos profissionais de saúde que prestam o atendimento inicial.

Thuler, Aguiar e Bergmann (2014) citam em uma análise sobre pacientes com câncer de colo uterino diagnosticados em estágio avançado no Brasil, que os fatores podem estar relacionados ao acesso para os serviços de saúde (incluindo a distância ou tempo de deslocamento até o serviço de atendimento oncológico), fatores socioeconômicos e demográficos (pontuando renda, disponibilidade de plano de saúde), disparidade cultural, determinantes relacionados a faixa etária extrema (muito jovens ou muito idosas), cor da pele e baixa escolaridade. Mostrou ainda que naquela amostra 70,6% das mulheres foram diagnosticadas em estágio avançado, dados muito semelhantes da casuística apresentada por países desenvolvidos como Estados Unidos da América (EUA).

Santos, Padilha e Cangussu (2010) corroboram a ideia de que escolaridade, etnia e vícios (tabagismo e etilismo) estão fortemente relacionados ao diagnóstico avançado de neoplasia, no estudo foram avaliados pacientes com câncer de boca atendidos no Estado de Alagoas sendo a maioria com diagnóstico tardio. 75% da amostra eram analfabetos e a maioria de cor de pele não branca. Apenas 20,3% do grupo estudado não era tabagista e nem etilista, que sabidamente são uns dos principais fatores de risco para desenvolvimento dos tumores de boca.

Gonçalves et al. (2014) em estudo feito para análise das barreiras na atenção em saúde no câncer de mama, mostram que o atraso no diagnóstico e implementação da terapêutica apropriada estão diretamente relacionados aos mesmos fatores citados acima. Destacam-se as barreiras socioculturais que são citadas pelas próprias pacientes, podendo esse dado estar relacionado a baixa escolaridade de amostra estudada. A falta de conhecimento sobre a doença retardou a busca pela atenção a saúde. Discute ainda a questão do mito social criado em torno da patologia câncer, que vem diminuindo com o passar dos anos, mas ainda vivenciado por alguns indivíduos. E por fim, o câncer de mama quando detectado em estágio inicial apresenta melhor prognóstico e menores custos ao sistema de saúde, fator crucial a ser avaliado no cenário atual de ruim situação econômica vivida pelo Brasil.

Rangel, Lima e Vargas (2015) apontam uma precariedade dos serviços públicos de saúde, analisando o atendimento as mulheres atendidas com câncer de colo uterino no INCA. Falta de recursos humanos e tecnológicos, superlotação, são fatores que influenciam na dificuldade de acesso igualitário. Destaca, ainda, problemas na formalização e cumprimento de regras no processo de atendimento.

A dificuldade de acesso a atenção básica, dificuldade de marcação e burocratização de consultas, estão associadas a baixa do estímulo a busca do serviço de saúde pelas mulheres, levando a não realização de exames de rastreamento por essa população, conforme citado por Brito-Silva et al (2014).

Souza et al. (2008) nos mostram a dificuldade que famílias referiram ao acesso a marcação de exames, demora essa para agendamento e posterior obtenção de resultados, e até conseguir ser atendido na unidade básica de referência de consultas especializadas e urgências. Destacam ainda poucos profissionais para atendimento.

Em uma das unidades de família avaliadas, observou-se a dificuldade de referência, exames especializados e hospitais, tendo nessas situações específicas, sido atribuídas as falhas com de *responsabilidade do computador*. Como conclusão, os autores afirmam que acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

Hoje na cidade de Vitória, os agendamentos de consulta são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou através do agendamento on line oferecido pela prefeitura. A partir do diagnóstico de uma neoplasia maligna por exemplo, ou pela necessidade de realização de exames especializados, ocorre a referência para centros terciários.

Mas o maior problema está em se fazer o diagnóstico e, preferencialmente na fase inicial da doença, onde a chance de cura é significativamente maior.

Muitos fatores podem estar implicados nesta questão. O Brasil é um país em desenvolvimento, ainda com grandes problemas relacionados à área de saúde. Boa parte da população não tem acesso com facilidade à rede de atenção básica, ficam

submetidos a marcações de consultas com grande intervalo de tempo de espera, com retornos demorados para serem agendados, passam por dificuldades para realização de exames solicitados pelo médico assistente, dentre outros problemas.

Nogueira (2012) alega a relação entre desigualdade de saúde e distribuição desigual de poder, de renda, bens e serviço, que não são fenômenos naturais, mas sim inadequadas combinações de políticas e programas sociais infrutíferos.

Assis e Jesus (2012) argumentam que, na prática, existe um acesso seletivo, focalizado e excludente, por limites impostos, relacionados principalmente a fatores socioeconômicos ou barreiras geográficas. Referem ainda que, em relação à desigualdade existente na atenção hospitalar de acordo com a renda, os menos favorecidos financeiramente são os que mais têm dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde. E esses, quando procuram por cuidado em saúde, o fazem para tratar os sintomas já existentes, não para a realização de exames de rotina e prevenção – o que dificulta o diagnóstico precoce.

Existem vários fatores que podem estar associados ao diagnóstico tardio do câncer, dentre eles, determinantes sociais, dificuldade de acesso à rede básica de saúde, dificuldade para encaminhamento a rede terceirizada, onde será realizado o tratamento, despreparo da equipe de saúde na suspeita clínica.

O nível de escolaridade também é um fator importante. Indivíduos com menor nível de escolaridade muitas vezes acabam aceitando as falhas impostas pelo sistema sem qualquer questionamento. Ou, até mesmo, não possuem o discernimento para a identificação do surgimento de certos sintomas, e a busca de avaliação médica especializada.

Silva (2009) avaliou o perfil socioeconômico de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória/ES, analisando as influências das variáveis sócio demográficas com o estadiamento clínico do tumor. Chegou-se à conclusão que a baixa escolaridade e a origem do encaminhamento pelo SUS, apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do diagnóstico em estágio avançado.

Sendo 4,3 vezes mais chance de diagnóstico tardio em mulheres de baixa escolaridade.

Os mesmos resultados foram encontrados por Mascarello et al. (2012), onde foram avaliados os perfis sócio demográficos e clínico das mulheres com câncer de colo uterino atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória/ES. Mulheres com baixo grau de instrução tem maior chance de desenvolver câncer de colo uterino, e quando avaliadas mulheres com menor grau de instrução, maior risco de diagnóstico avançado desses tumores.

Não é incomum verificar a existência de pacientes encaminhados para avaliação especializada em centros de referência que não o fazem de imediato por não apresentarem condições financeiras para transporte, estadia ou dormitório, contribuindo também para a dificuldade de acesso ao tratamento.

Assis e Jesus (2012) citam o gênero que se coloca como diferencial no acesso aos serviços de saúde, privilegiando a população feminina. Culturalmente os homens procuram menos os serviços de saúde, por diversas causas, dentre elas, o medo, crenças e questões de comportamento. Homens e jovens tem uma tendência a retardar mais a busca pelo serviço de saúde.

### 2.3 A POLITICA NACIONAL DE CÂNCER

Historicamente, o Serviço Nacional de Câncer (SNC), criado em 1941 por Mario Kroeff, foi o primeiro serviço voltado para a política nacional de controle do câncer. Surgiu do trabalho de conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica do câncer e de seu controle.

Segundo Porto, Teixeira e Silva (2013), somente em 1973, houve a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). Objetivava coordenar as ações referentes ao câncer em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Apesar dos avanços tecnológicos e da conscientização da importância do câncer na saúde pública, as várias crises limitaram os investimentos para o diagnóstico e tratamento da doença. Em 1990 com a criação da lei No 8080, surgimento do SUS, é que começam a ocorrer mudanças significativas no cenário da oncologia, com relação principalmente as políticas públicas.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) é uma política inerente ao SUS e garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Este é o nível da atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, há alguns usuários a atenção e tratamento do câncer (BRASIL, 2013). Essa portaria foi publicada em maio de 2013 pelo Ministro da Saúde, então em exercício, Alexandre Rocha Santos Padilha, no governo da então presidente Dilma Rousseff.

Com essa Portaria, o câncer passou a ser parte integrante da rede de atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, com a PNPCC, o que gera uma maior importância em termos de programas de rastreamento a nível populacional, considerando a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública.

A Lei 12732 de 22 de novembro de 2012 estabelece prazo para diagnóstico e início do tratamento do câncer (BRASIL, 2012).

[...]

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

[...]

O tempo médio para início dos tratamentos no país tem sido de 46,6 dias, dados esse obtidos pelo Tribunal de Contas da União (Brasil), através da Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do governo, no Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2011).

Ações de promoção de saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, passam a ser consideradas para redução da mortalidade e incapacidade geradas pelo câncer. Fica estabelecida a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para prevenção de controle do câncer.

Os princípios das diretrizes traçadas são promoção de saúde, prevenção do câncer, monitoramento e vigilância do paciente oncológico, cuidado integral, ciência e tecnologia, educação e comunicação em saúde.

É estabelecida a formação e promoção de educação permanente aos profissionais relacionados ao tratamento do paciente oncológico, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

As diretrizes da promoção de saúde visam a identificação e intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde e qualidade de vida.

Com relação a prevenção de câncer fica estabelecida a redução e controle dos fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre os determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. Como objetivo procura-se eliminar ou reduzir a exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente. Prevenção da iniciação ao tabagismo, uso de álcool e consumo de alimentos não saudáveis.

Ao cuidado integral, à prevenção, detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade de todo tratamento.

A comunicação em saúde no âmbito da PNPC estimula a formação de estratégias de comunicação, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e diretrizes de prevenção.

Fica determinado ao Ministério da Saúde garantir que todos os estabelecimentos de saúde que lidam com pacientes oncológicos, possuam infraestrutura, recursos humanos qualificados e capacitados, recursos materiais, equipamentos e insumos que garantam atendimento adequado.

O parágrafo IX do artigo 21 da Portaria nº 874 determina adoção de medidas de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento, com vistas à melhoria da qualidade de ação e serviços prestados (BRASIL, 2013).

Compete as Secretarias de Saúde dos municípios organizar os planos regionais de ação ao paciente com câncer. Apoiar a regulação e o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede de saúde, visando a garantia da referência e contra referência regionais, de acordo com as necessidades de saúde da população.

A atenção hospitalar é composta pelos hospitais habilitados com UNACON e CACON, e pelos hospitais gerais com cirurgia oncológica, onde são oferecidos tratamento especializado de alta complexidade, que devem ser estruturados para o atendimento.

Na sequência da discussão teórica serão avaliados aspectos inerentes ao Sistema Único de Saúde, que consiste no conjunto de ações e serviços de saúde mantidos pelo Poder Público. Com base na análise dos princípios de acesso, ações, diretrizes, organização, composição, e uma análise crítica desse modelo assistencial.

### 3 O SUS: PRINCÍPIOS E ACESSO À SAÚDE

Neste momento abordaremos questões conceituais, políticas e uma ampla discussão sobre o SUS, sistema esse responsável pelo modelo assistencialista ao qual a população analisada nesse estudo é amplamente dependente.

A modificação do conceito de saúde encampado pela OMS na década de 1940, que passou a reconhecê-la não mais como apenas ausência de doenças, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social, possibilitou um caminhar na direção da proposição e desenvolvimento de práticas sanitárias voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em superação à prática meramente curativista e higienista presente no paradigma biomédico, que antecedeu a concepção de saúde da OMS (PAIM, 2013).

É essa perspectiva histórica de evolução do entendimento do processo saúde-doença que ilumina, no Brasil, novas maneiras de pensar a efetivação de práticas sanitárias no campo da saúde pública, especialmente a partir da década de 1970, quando o modelo biomédico passou a ser profundamente contestado pelo Movimento de Reforma Sanitária. Em meio a embates políticos e ideológicos, esse movimento propôs a efetivação de um sistema de saúde, universal, democrático e estatal, firmado no direito à saúde.

A materialização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, como política pública, resultou, portanto, da luta pelo direito à saúde representada pelo conjunto de trabalhadores, pesquisadores e movimentos sociais situados no campo da saúde e segmentos populares, consubstanciado no Movimento de Reforma Sanitária. A denominação de reforma sanitária decorre da identificação deste movimento social com a luta em prol das transformações desejadas na área de saúde e em defesa da melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, conforme aponta Paim (2013).

O próprio Paim (2013) refere que antes do SUS havia uma espécie de não sistema de saúde, tendo em vista que a organização dos serviços e ações sanitárias no País

(organizados em três subsistemas: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária) era bastante confusa e complicada, sem qualquer forma de relação ordenada, articulada e complementar entre si. Até a década de 1960, a saúde pública era pautada no desenvolvimento de campanhas sanitárias que estavam muito mais voltadas à proteção da economia (erradicação das doenças que se mostravam como ameaças às nossas monoculturas e ao modelo agroexportador) do que propriamente à saúde da população brasileira.

Na sequência, vimos surgir a organização do modelo voltado para a assistência médico-assistencial previdenciária, representado pelo INPS e posteriormente pelo INAMPS, mas que continuava a não garantir a atenção à saúde como direito de cidadania, uma vez que o acesso à mesma era extremamente diferenciado entre os brasileiros, segundo sua condição social e de trabalho. Nesse aspecto vimos que antes do surgimento do SUS, o acesso à saúde era restrito aos trabalhadores vinculados a Previdência Social, e àqueles que podiam por ela pagar, sendo que os demais segmentos da população ficavam relegados à caridade ofertada pela atenção dispensada pelos hospitais filantrópicos e a denominada medicina popular (PAIM, 2013).

A criação do SUS parte do Movimento de Reforma Brasileira e da Constituição Federal de 1988. Na Constituição, a saúde é definida como direito de cidadania e dever do Estado, sendo resultante de políticas sociais e econômicas, compondo parte da seguridade social, cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema único, descentralizado, provendo atendimento integral e democrático com participação comunitária (BRASIL, 1988).

O direito à saúde supõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, partícipe dos direitos sociais. Há uma relação direta entre o direito à saúde e o desenvolvimento dos direitos civis políticos e sociais, bem como do Estado do Bem-Estar Social (PAIM, 2008).

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988, ao dispor que a saúde é direito de todos garantido mediante políticas sociais e econômicas impõe ainda que por meio destas

políticas se efetive o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados à promoção proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica de Saúde de nº 8080 de 1990, regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços correspondentes às ações de promoção proteção e recuperação da saúde. Seu Art. 5º dispõe sobre os objetivos do SUS, dentre os quais consta no inciso III a assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Além disso, o inciso I deste mesmo artigo refere ser objetivo também a identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é regido por alguns princípios doutrinários e diretrizes organizativas, constituem preceitos imutáveis deste sistema de saúde, dando-lhe direção e forma de organização para seu funcionamento.

São ações e diretrizes do SUS, previstas na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988):

[...]

#### Art. 198

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

[...]

Quando se refere à universalidade no SUS, está se falando do acesso às suas ações e serviços. Neste sentido é importante deixar claro o que vem a ser o acesso universal na perspectiva do SUS. Segundo Paim (2011), acesso universal significa a possibilidade de todos os brasileiros, independente do pertencimento à determinada classe social, raça, etnia, alcançar uma ação ou serviço de saúde, sem qualquer barreira de acessibilidade (legal, física ou cultural). Para Vasconcelos e Pasche (2012) acesso universal significa que o indivíduo ter direito às ações e serviços de saúde disponibilizados no sistema, desde vacinação até cirurgias mais complexas.

Acesso igualitário significa acesso igual para todos, sem qualquer forma de discriminação. No entanto, no SUS o conceito de igualdade é substituído pelo de equidade. E, segundo Paim (2011) isso se faz necessário, considerando que o acesso igual em situações em que haja presença de situações de desigualdade de acesso, atender igualmente os desiguais pode resultar na manutenção das desigualdades. Daí a importância da equidade, que vem a ser a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, considerando as necessidades de cada pessoa, priorizando os que mais necessitam, com vistas a alcançar a igualdade.

Os princípios organizativos primam pela regionalização e hierarquização, organização essa em nível crescente de complexidade, devendo haver uma articulação entre os serviços já existentes. Divisão de níveis de atenção e acesso ao serviço garantem a hierarquização.

Descentralizar ao comando único, concede aos municípios condições gerencial, técnica e administrativa para exercer sua função. Cada esfera do governo é autônoma e soberana nas decisões.

O atendimento integral envolve a promoção, proteção e a recuperação da saúde, devendo ser complementado pelas ações de prevenção, com prioridade para essas. Deve compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, a partir de uma assistência efetiva e de qualidade. Mas embora as ações de prevenção sejam importantes no sentido de evitar que as pessoas adoeçam e sejam prioritárias, não podem prejudicar as ações assistenciais (PAIM, 2011).

O SUS opera o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Paim (2011), promover saúde significa estimular o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas por meio de medidas gerais e inespecíficas de saúde; já a proteção implica em reduzir ou eliminar riscos à saúde, por meio de ações específicas; por fim, a recuperação da saúde contempla o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a limitação do dano, evitando sequelas.

O SUS é formado pelo conjunto de todas ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público. Sendo que a iniciativa privada é permitida participar desse sistema de maneira complementar. A gestão federal é realizada pelo Ministério da Saúde, sendo o governo federal o principal financiador da saúde pública, sendo responsável por cerca de 50% de todos os gastos de saúde, estando os outros 50% a cargo dos estados e municípios. O governo planeja, cria normas e avalia a utilização de instrumentos de controle do SUS. O Estado é parceiro, mas possui suas próprias políticas públicas de saúde, respeitando a normatização federal. Cabe aos municípios executar as ações e serviços de saúde, podendo estabelecer parceria com outros municípios para procedimento de complexidade que não oferece (BRASIL, 2000).

Para Paim (2011), embora o SUS compreenda um sistema público de saúde, dele pode participar a iniciativa privada, ou seja, os serviços privados de saúde, em caráter complementar. Essa participação se dá, segundo o autor, por meio de contrato regido pelo direito público, o que faz com que os serviços privados e filantrópicos contratados funcionem como se fossem públicos.

O SUS funciona a partir da organização das ações e serviços em rede regionalizada e hierarquizada, segundo níveis de complexidade crescente. O acesso deve se dar preferencialmente pela rede básica de saúde, que compõe a atenção básica e os casos mais difíceis e complexos devem ser encaminhados de modo organizado e sistemático aos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, que compõem outros níveis de complexidade do sistema (PAIM, 2013).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2012) a hierarquização das ações e serviços de saúde consistem na organização de redes e na regulação do acesso aos serviços de média e alta complexidade.

A atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde no SUS e engloba ações de caráter individual ou coletivo voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para Paim (2011), a hierarquização no SUS objetiva racionalizar os recursos disponíveis com vistas a atender mais e melhor as pessoas.

Em 2006 foi lançada a portaria de nº 648, do Ministério da Saúde, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), definindo-a assim:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...]. A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, em que a complexidade de assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos

para o apoio diagnóstico e tratamento. Sendo assim considerados como média complexidade: procedimentos especializados por profissionais de saúde, cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações em odontologia, patologia clínica, anatomia patológica, radiologia diagnóstica, fisioterapeuta, próteses e órteses, anestesia.

A portaria nº 968 de 11 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002), define os procedimentos relacionados a alta complexidade.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endo vasculares extra cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia (BRASIL, 2017).

Na alta complexidade como visto acima é que se encontra o tratamento ao paciente oncológico, foco principal de análise desse estudo. As políticas de atenção oncológica envolvem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, articuladas e organizadas nas três esferas do governo. Em 2005 pela portaria nº 2.349 ficou instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica. Dentre os focos da atenção estão promoção de saúde com prevenção de fatores de risco relacionados ao câncer, linhas de cuidados e atendimento na rede básica e especializada de média a alta complexidade, construção de redes de acesso e atendimento integral, ampliar cobertura do atendimento do paciente com câncer,

monitorização dos serviços com atendimento oncológico e desenvolvimento de atividades educacionais e de formação dos profissionais que atuam nessa área.

Para Campos (2018), o SUS se apresenta em 5 áreas temáticas, atenção básica, atenção de alta e média complexidade (rede secundária e terciária, ambulatórios, centros de referência, serviços de atenção domiciliar e hospitais), rede de urgência e emergência, rede de vigilância de saúde, e apoio a gestão do SUS (setor administrativo, manutenção e financeiro). O mesmo entende que uma forma de cativar a população a brigar pelo SUS, seria a expansão e qualificação da atenção básica, eliminar filas de atendimentos, melhor administração de hospitais e serviços especializados, gastos com pessoal, medicamentos, novas tecnologias e ciência em saúde. A fragmentação do SUS torna falha a rede de atenção integrada, havendo necessidade de ampliação da integração sistêmica do SUS, revendo assim a centralização e descentralização.

Paim (2018) reforça que a falta de prioridade ao SUS e os ataques às políticas públicas, vêm sendo reforçados com a crise. A Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016) que congela orçamento público durante 20 anos, agrava ainda mais esse cenário. A falta de estrutura pública, planejamento ascendente, dificuldade de rede de regionalização comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Campos (2018) explica que a sustentabilidade do SUS depende da multidisciplinaridade, exigindo uma nova formação do profissional de saúde e de uma política de gestão de pessoal que expresse diversidades funcionais das várias profissões e especialidades e também a diversidade sanitária, no contexto das diversas regiões.

Ainda há muito caminho a ser trilhado para que alcancemos, de fato, a universalização, a qualidade e a efetividade da atenção em saúde, especialmente considerando os ataques e ameaças aos SUS e as conquistas representadas por ele, em especial os cortes de recursos para seu funcionamento, o que contribui para dificultar o direito aos serviços de saúde (PAIM, 2013).

Paim (2008) reconhece avanços no SUS, assegurados fundamentalmente pela lei 8.142/90, sendo inclusive como modelo de análise para organizações internacionais. Ao mesmo tempo são evidenciados vários obstáculos para realização de cidadania plena, com abertura de espaço para interesses partidários, corporativos e de grupos. A organização dos serviços segue como dificuldade para o acesso e continuidade de atenção, ocasionado principalmente pela falta de investimentos para crescimento de infraestrutura do sistema público de saúde. Atualmente o SUS vive cenários diversos dentre todos os estados, sendo organizado pelos municípios. Para o seu adequado funcionamento são necessárias lutas e mobilizações políticas, principalmente pela real consciência da população frente ao direito à saúde e a garantia concreta e formal do atendimento ideal. A insatisfação existe e não é pequena, o subfinanciamento público no custeio da saúde se faz necessário para expansão e modernização da rede, o que não tem ocorrido de fato levando a uma judicialização da saúde por parte da população buscando o atendimento do que julgam fazer parte do seu direito a saúde, o que fica mais exacerbado ainda quando comparado pelo que é oferecido pela rede privada de atenção à saúde.

Existe uma grande ineficiência que é organização entre a atenção básica e as chamadas de média e alta complexidade, que é alvo de discussão nesse estudo. O autor (PAIM, 2008) ainda salienta pouco avanço na gestão do trabalho, principalmente implantação de planos de carreira para o pessoal do SUS, e ainda impasses decorrentes da gestão e gerência vinculadas a interesses partidários, sendo responsável por uma baixa qualidade e resolutividade em parte dos serviços oferecidos pelo SUS. O texto cita pesquisa de satisfação realizada entre 2011 e 2012, com 26.600 usuários do SUS, nos extremos 36% avaliaram com bom ou muito bom, enquanto 29% consideraram ruim ou muito ruim. Os entrevistados que não haviam utilizado dos serviços nos últimos 12 meses tiveram uma avaliação pior do que os que os outros. Com relação a humanização há uma relação com distribuição desigual do sistema de serviço de saúde. O autor afirma que modelo se expressa como *caleidoscópio* de maus tratos e desrespeito ao direito a saúde, filas vergonhosas para assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas no serviço de pronto

socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para realização de uma consulta ou exame.

Paim (2008) ainda discute os possíveis prospectivos cenários para SUS em 2030. No cenário otimista vislumbra níveis de vida superiores aos de hoje, queda da mortalidade infantil, transparência pública, confiança a rede de atendimento, ampliação do financiamento público para saúde, organização da rede. Em uma análise futura de pessimismo, empobrecimento da população, fragilidade da consolidação do SUS, intensificados subsídios ao setor privado, desarticulação entre política, indústria, ciência, tecnologia e saúde. A por último cita o cenário inercial e provável, crise internacional impactando na economia brasileira, ligeira queda da mortalidade infantil, ampliação da participação social na administração pública, nova classe média ampliará parcela da população com planos privados de saúde, recursos do SUS apesar de crescerem serão ainda insuficientes, não terá ocorrido equilíbrio no déficit da balança comercial, e persistência do desequilíbrio entre interesses produtivos e necessidades coletivas sociais.

No próximo capítulo abordaremos as desigualdades e os determinantes. Buscaremos entender sua relação com as questões de saúde e o diagnóstico tardio de câncer.

## 4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DESIGUALDADES SOCIAIS

Iniciaremos esse capítulo com definição dos determinantes sociais, seguido do conhecimento da relação direta com o diagnóstico tardio de câncer.

De acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) os determinantes sociais são fatores relacionados as condições em que a pessoa vive e trabalha, podem ainda ser considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos raciais, psicológicos e comportamentais, influenciando e colocando em risco a saúde da população. Não se trata de uma simples relação direta de causa e efeito, esse é o grande desafio para entender a relação entre determinantes sociais e saúde, estabelecendo uma hierarquia entre fatores de natureza social, econômica e política, as quais incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas.

Em outra definição os determinantes sociais são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Seriam os fatores sociais, econômicos e culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELEGRINI, 2007).

Em 2006 foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Integrada por personalidades da vida civil, científica, cultural e empresarial do país e apoiada pela Fiocruz, desenvolveu uma série de atividades que contribuíram para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades de saúde. Visava identificar as causas de natureza social econômica e cultural da situação de saúde da população brasileira, além de identificar políticas públicas de saúde buscando garantir melhores condições de saúde e qualidade de vida para a população brasileira (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

A CNDSS foi criada para tentar realmente colocar em prática aquilo que é proposto pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988):

[...]

Art. 196

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

[...]

Arruda, Maia e Alves (2018) analisaram a desigualdade de acesso entre áreas rurais e urbanas no Brasil. De imediato identificou-se que a população rural em menor porcentagem se declara apresentar boa saúde, e mesmo apesar desse entendimento, essas pessoas tem menor percepção de problemas de doenças crônicas. Tanto na área urbana quanto rural a procura pelo serviço de saúde foi maior na população com idade mais avançada. Observou-se ainda quando avaliada escolaridade houve maior procura no grupo de maior escolaridade, sendo isso devido a maior percepção do estado de saúde e a procura preventiva ou no início dos sintomas, portanto a educação é um fator importante de desigualdade, uma vez que o acesso a informação permite que o indivíduo faça escolhas mais adequadas de cuidados a sua saúde. Mesmo em indivíduos com níveis socioeconômicos semelhantes o acesso é menor nas áreas rurais quando comparado a urbana. Naquela população o homem rural procura menos por atendimento médico, e quanto maior o número de membros no domicílio menor a procura. Na área rural existe uma menor oferta de serviço de saúde e há dificuldades de acesso, implicando em maior custo de deslocamento.

Barreto (2016) considera que com raras exceções, a ocorrência de diversas doenças e problemas de saúde, se agravam em indivíduos de condições sociais desfavoráveis. Determinantes sociais geradores de desigualdade na saúde são moldados pela superestrutura da sociedade.

Aquino, Menezes e Amoedo (1992) evidenciaram que as mulheres têm maior tendência em procurar os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, principalmente no estado no Norte e Nordeste. Ele atribui a vários fatores, destacando escassez de recursos com priorização do atendimento materno infantil, horário de funcionamento coincidir com horário da jornada de trabalho de grande parte da

população. Além disso, as mulheres naquela população estudada, apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, com conseqüente maior demanda e utilização dos serviços de saúde. A inserção das mulheres no mercado de trabalho não as desobriga das atividades do lar, tornando muitas vezes jornadas duplas, com maior estresse físico e mental. Evidenciou-se ainda uma maior tendência das mulheres em falar dos seus sintomas e admitindo mais facilmente que estão doentes. Mulheres podem expressar ansiedade e tensão através de sintomas físicos, enquanto os homens podem se manifestar através de comportamentos como etilismo, tabagismo e agressividade.

Santos (2008) também aponta a existência de inter-relação entre desigualdade de gênero e saúde. Porém quando se compara homens e mulheres de mesmo nível sócio econômico, disparidade de gênero e saúde desaparecem. A desigualdade será mais evidente quando analisada por ocupação.

Já está bem estabelecido na literatura a relação entre qualidade de vida e saúde, componentes da vida social saudável são fundamentais para que a população alcance um perfil elevado de saúde.

Buss (2000) alerta que os profissionais de saúde, movimentos sociais e organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidade sobre a situação de saúde e condição de vida da população. Programas com agentes comunitários e Programa Saúde da Família, além de outras medidas de saúde básica podem levar a uma promoção de saúde.

Siqueira (2011) analisa que as divisões de classes são importantes nos estudos sobre saúde, pois os recursos são controlados, e a capacidade para a ação e condição de classe são fatores essenciais para a desigualdade dos fatores geradores de saúde. Grupos em desvantagem social apresentam maiores riscos à saúde, quando comparados aos de maior poder aquisitivo. A relação da desigualdade em saúde com a desigualdade social, quanto pior a classe social, menores as oportunidades de acesso a saúde (como um todo, bem-estar físico e mental), também são evidenciadas em países com economias mais avançadas. Afirma que classe social é um

determinante verdadeiro de saúde, pois a posição sócio econômica afeta na exposição e nas vulnerabilidades dos grupos aos fatores de risco.

A mesma autora ainda analisa a relação da desigualdade de saúde ao gênero. Apesar das conquistas obtidas pelas mulheres, a dominação ainda existe. Mas as mulheres são mais susceptíveis a viver mais tempo em plena saúde, do que quando comparadas aos homens. As mulheres tem uma auto percepção de que algo está errado com relação a sua saúde maior do que os homens. Apesar de viverem mais que os homens, as mulheres suportam uma maior carga de problemas de saúde, portanto, vivem mais, mas não em condições de bem-estar melhores.

Ribeiro e Menezes (2008) mostram que a estrutura de divisão de renda apresenta um cenário onde a parcela dos 20% mais ricos da população se apropriam de uma renda média entre 24 e 35 vezes superior à dos 20% mais pobres, os 10% mais ricos detém de quase 50% do total da renda das famílias. Uma minoria composta por 1% da população de classe social favorecida concentra uma parcela de renda superior à apropriada pelo 50% mais pobres. Estando essa diferença grandiosa na divisão dos recursos diretamente relacionada ao acesso a saúde.

Guimarães et al. (2016) analisaram mortalidade por câncer na população feminina e decisão estratégica nas políticas públicas. As taxas de mortalidade por câncer de colo uterino avaliadas no estudo foram maiores em locais com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo. Há uma grande variação no desenvolvimento sócio econômico e na assistência de saúde entre as diferentes regiões brasileiras e entre os vários municípios. Chega-se à conclusão da necessidade da melhora no alcance das campanhas de rastreamento e diagnóstico precoce, e principalmente tratamento, diante das desigualdades sociais do país.

Segundo Barata (2008) o principal determinante do uso de serviços, é o estado ou necessidade de saúde. Ou seja, a percepção de um problema pelo usuário é o fator mais importante da demanda, e se sobrepõe as outras considerações de ordem demográfica e social. Os moradores de áreas com maior vulnerabilidade social apresentam situação de saúde pior e deveriam ter maior demanda e oferta por serviço, mas isso não é visto na prática. Pessoas com melhores condições de vida

tem maior acessibilidade neste sentido. Com relação a escolaridade evidencia-se pior condição de saúde nos grupos com menor escolaridade.

É de conhecimento a importância da mamografia como exame de rastreamento de câncer de mama, evitando-se assim diagnósticos em fases mais tardias da doença. Lages et al (2012) avaliaram a realização de mamografia na zona urbana de Teresina no Piauí. Observou-se uma taxa significativamente menor de não realização de exames em mulheres de cor de pele branca, quando comparadas as de cor de pele negra. O maior descuido também foi evidenciado em mulheres solteiras em comparação com as que tinham companheiros fixos, e em mulheres com menor nível de escolaridade. Fato interessante foi a maior não realização de exames em mulheres tabagistas, refletindo provavelmente uma maior preocupação com a saúde naquele grupo de mulheres não tabagistas. Forte associação foi observada em relação a possuir plano de saúde, mostrando a alguma dificuldade na realização dos exames pelo SUS, com conseqüente menor realização de mamografias no grupo dependente do Sistema Único de Saúde.

Finalizada discussão teórica seguiremos com a apresentação da metodologia que foi adotada.

## 5 METODOLOGIA

Esta capítulo apresenta a metodologia que foi utilizada para coleta, análise e interpretação dos dados obtidos com a pesquisa.

Vergara (2005) afirma que o leitor deve ser informado sobre como será realizada a pesquisa, em relação à conceituação, justificativa do tipo de estudo e investigação a ser realizada. Para Furasté (2012), é na metodologia do projeto de pesquisa que se apresenta a explicação minuciosa e detalhada dos procedimentos técnicos que foram utilizados na pesquisa.

Assim, esta seção se destina a apresentar como foi desenvolvida a presente pesquisa, destacando os procedimentos metodológicos que foram seguidos para a obtenção dos objetivos do estudo em curso.

O interesse em desenvolver o estudo sobre os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer remete à escolha da pesquisa de campo qualitativa descritiva, tendo em vista o interesse na descrição de características subjetivas inerentes a um processo social que vem a ser o acesso à atenção em saúde.

A metodologia qualitativa desponta como recurso possível para a compreensão das subjetividades inerentes aos processos sociais, uma vez que se interessa por conhecer trajetórias de vida e experiências sociais em seus aspectos subjetivos como bem aponta Martinelli (1999).

Dentre os diversos métodos de pesquisa social com a possibilidade de enfoque qualitativo, o método denominado de pesquisa de campo se mostra apropriado para o presente estudo, pois segundo Gil (2010) consiste no estudo de fatos e fenômenos sociais tal como ocorrem, no próprio local onde ocorrem.

Os estudos de campo se mostram descritivos quando se propõem a descrever características de populações e fenômenos com foco na profundidade dos dados e não na precisão, registrando, correlacionando, analisando os dados, sem manipulá-

los. Pesquisas de campo descritivas são bastante utilizadas nas ciências sociais para descrever situações e relações que ocorrem na vida social.

A busca em conhecer os fatores implicados no diagnóstico e acesso ao tratamento tardio do câncer no processo de atenção à saúde revela-se como estudo de um fenômeno que aparece inserido em um dado campo social. Assim, a adoção do método de estudo de campo de caráter descritivo se mostra adequado para a realização do estudo que aqui se apresenta.

O campo de pesquisa é um hospital de natureza filantrópica, estruturado como um hospital geral, que agrega atividades de ensino, pesquisa e assistência, localizado em Vitória, ES, Brasil, sendo uma das UNACON existentes no Estado. A instituição está capacitada para tratamento do paciente oncológico nas diversas áreas, aparelho digestivo, urologia, ginecologia, dermatologia, ortopedia, hematologia. Recebe pacientes de todo o Estado, bem como provenientes da região sul da Bahia e do leste de Minas Gerais, com os mais diversos diagnósticos, dentre eles os pacientes oncológicos, que serão objeto desse estudo.

O estado do Espírito Santo conta hoje com 5 UNACONS e 1 CACON, sendo todos serviços públicos, para prestar serviço à população com diagnóstico de neoplasia maligna (câncer), sendo que apenas um desses serviços não se encontra na Região Metropolitana da Grande Vitória. Ou seja, grande parte população capixaba terá que se deslocar de suas cidades de origem para iniciar o tratamento.

A média de novos pacientes oncológicos atendidos nesse hospital definido com campo para realização da pesquisa é de 25/mês. Sendo esses aqueles com diagnóstico de câncer e ainda não iniciada qualquer modalidade de tratamento.

Foram avaliados os pacientes admitidos em hospital filantrópico de Vitória/ES com diagnóstico avançado da neoplasia (doença localmente avançada ou metastática), ainda virgens de tratamento, ou seja, sem iniciar nenhuma terapêutica específica.

Sendo uma pesquisa com enfoque qualitativo, a definição do número de participantes foi feita pelo critério de amostra por saturação, que consiste no não fechamento do

quantitativo de participantes a priori. Alguns métodos de pesquisa de amostra se dão por saturação, estando baseado em Ramos, Junqueira e Pupilaksis (2008, p. 195):

[...] o fechamento do grupo de participantes será definido quando as informações coletadas com certo número de participantes passarem a repetir conteúdos e não proporcionarem acréscimos significativos ou quando o pesquisador já tiver atingido seus objetivos com as informações coletadas.

Entretanto, para coleta de dados partimos de um número prévio de participantes, 15 pacientes atendidos no serviço com diagnóstico de câncer em estágio avançado da doença. Dentre os quais os sítios primários de neoplasia foram: estômago, colón, colo uterino, ovário, vesícula biliar e tireoide.

Foi realizada a pesquisa através de entrevista com seguimento de roteiro previamente elaborado, logo após as consultas dos pacientes que se enquadrarem no perfil descrito acima.

A formulação de um roteiro semiestruturado permitiu a condução dos participantes no relato de suas experiências. A sequência lógica de perguntas auxiliou no raciocínio de relembrar os fatos desde o início dos sintomas até o momento do diagnóstico, em uma ordem minimamente cronológica e sem que houvesse perda de informações importantes para análise.

Foi utilizada gravação para que não ocorresse perda de informações e manutenção da fidelidade dos fatos, exceto quando não foi do desejo do participante que a gravação fosse realizada, nesta situação, o registro foi todo manuscrito. Todos os registros foram arquivados e transformados em dados para posterior análise dos mesmos.

Os dados foram tratados a partir da análise qualitativa descrita por Gil (2010) A mesma é realizada a partir de uma sequência de atividades que envolve: redução, categorização e interpretação dos dados.

A redução foi a subtração dos dados coletados, pois consiste em processo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais.

Na sequência serão apresentados os resultados dessa pesquisa e resultado encontrados por outros autores, relacionados ao tema proposto.

## 6 RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta dissertação estivemos em busca de conhecer os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio de câncer, verificado em pacientes atendidos em um hospital filantrópico situado em Vitória, que se configura como uma unidade de assistência em alta complexidade em Oncologia. Assim nesta etapa serão abordados os dados obtidos e a interpretação dos mesmos.

Para conhecer os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer, estivemos atentos ao processo vivenciado por esses pacientes na busca de atenção em saúde e acesso ao serviço especializado de atenção em oncologia, que se constituiu o campo da pesquisa empreendida no presente estudo. Também buscamos identificar características sócio demográficas destas pessoas, que pudessem nos revelar pistas para compreender tal processo.

Assim, esta seção se dirige a apresentar a análise dos dados obtidos por meio de entrevistas realizadas a pacientes com diagnóstico avançado da neoplasia atendidos em tal unidade hospitalar, que aceitaram participar deste estudo.

Inicialmente optamos por apresentar as características sócias demográficas dos participantes do estudo. E o fazemos apenas com o interesse de apresentar as características sociais dos entrevistados, sem a pretensão de analisar quantitativamente ou estatisticamente os dados, mas tecendo uma análise qualitativa de tais dados.

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados e incluídos no estudo 15 pacientes. Desse total, buscamos distribuir as características sócio demográficas nas seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, renda, região de domicílio.

Consideramos necessário inicialmente apresentar algumas características sumarizadas, de modo que o leitor possa adquirir uma compreensão de características gerais de cada um dos participantes do estudo, para, na sequência, apresentarmos as características segmentadas, segundo as variáveis anteriormente referidas (Quadro 1).

Quadro 1 – características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Local de Moradia	Tipo de Câncer
P1	M	61	1º grau incom	Ambulante	Reg. Metropolitana	Estômago
P2	F	76	1º grau incom	Agricultora	Interior do ES	Ovário
P3	M	79	Analfabeto	Pedreiro	Reg. Metropolitana	Esôfago
P4	M	55	1º grau incom	Agricultor	Interior do ES	Esôfago
P5	F	33	1º grau incom	Serv. Gerais	Reg. Metropolitana	Vesícula biliar
P6	F	75	1º grau compl	Aposentado	Interior do ES	Ovário
P7	F	80	2º grau compl	Vendedora	Reg. Metropolitana	Cólon
P8	F	73	1º grau compl	Serv. Gerais	Reg. Metropolitana	Cólon
P9	F	33	1º grau compl	Serv. Gerais	Interior do ES	Tireóide
P10	M	58	2º grau compl	Mecânico	Reg. Metropolitana	Estômago
P11	F	58	1º grau incom	Agricultora	Reg. Metropolitana	Colo uterino
P12	M	53	1º grau incom	Motorista	Reg. Metropolitana	Estômago
P13	F	62	Sup completo	Professora	Reg. Metropolitana	Colo uterino
P14	F	64	1º grau incom	Autônoma	Reg. Metropolitana	Útero
P15	F	84	1º grau incom	Serv. Gerais	Reg. Metropolitana	Cólon

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados obtidos revelam que a maioria dos participantes é constituída por mulheres, o que condiz com a literatura, onde as mulheres tendem a se preocupar mais com a saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Sexo dos participantes

Classificação	Nº
Masculino	06
Feminino	09
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conforme apresentado na Tabela 2, o predomínio da população idosa, dado esse que já era esperado, tendo em vista que a idade é fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias, como já mencionado nessa pesquisa. Segundo a OMS idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. A idade média foi de 62,93 anos, sendo os extremos, dois pacientes com 33 anos e uma paciente de 85 anos.

Tabela 2 - Faixa etária dos participantes

<b>Classificação</b>	<b>Nº</b>
< 60 anos	06
> 60 anos	09
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

O nível de escolaridades da população estudada reflete um grupo com baixo grau de estudo, parte deles sem sequer o ensino do 1º grau completo. O baixo grau de instrução pode estar relacionado diretamente com o diagnóstico avançado das neoplasias (Tabela 3).

Tabela 3 - Escolaridade dos participantes

<b>Classificação</b>	<b>Nº</b>
1º grau	12
2º grau	02
Superior	01
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

Da mesma forma que quando analisamos nível de escolaridade a classe social quando estratificada nos evidencia o predomínio da classe E, ou seja, uma população mais carente de recursos financeiros e uma conseqüente maior dependência da atenção à saúde pela rede pública (Tabela 4).

Tabela 4 - Renda dos participantes

<b>Classificação</b>	<b>Nº de Idosos</b>
Até R\$ 1.874,00 (classe E)	11
Entre R\$ 1.874,00 e R\$ 3.748,00 (Classe D)	03
Entre R\$ 3.478,00 e R\$ 9.370,00 (Classe C)	01
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Divisão de classes por renda do IBGE

Fonte: Elaborada pelo autor.

100% dos participantes moravam no estado do Espírito Santos, sendo que 11 residiam na Região Metropolitana de Vitória, que abrange os municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari e Viana. Os outros 4 eram procedentes do interior do estado (Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá, Afonso Cláudio e Nova Venécia) (Tabela 5).

Tabela 5 - Região de domicílio dos participantes

<b>Classificação</b>	<b>Nº de Idosos</b>
Interior do estado	04
Região Metropolitana	11
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

Após destacarmos as características sócio demográficas dos participantes do estudo, passamos, na sequência, a apresentar descritivamente as categorias de análise elaboradas segundo o método de análise de conteúdo. Para tanto, procedemos à realização de sistemáticas leituras no material transcrito das entrevistas feitas com os pacientes, do qual extraímos as unidades de análise, que em seguida foram agrupadas conforme a semelhança, compondo, assim, as categorias de análise, que expressam os resultados obtidos, sendo elas: 1) acesso ao serviço especializado e itinerário terapêutico; 2) elementos que aparecem como fatores inerentes ao diagnóstico tardio e a relação com determinantes sociais; 3) percepção da doença e a busca pelo tratamento.

## 6.2 ACESSO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, EXAMES E DIAGNÓSTICO

Essa categoria expressa o processo vivenciado pelos participantes da pesquisa em relação ao acesso ao tratamento especializado que necessitam diante do diagnóstico de neoplasia. Compreende, portanto o caminho percorrido, desde o início dos sintomas apresentados, passando pelo diagnóstico da doença e o início de

atendimento e tratamento do câncer no centro especializado, o que também se designa por itinerário terapêutico.

Na rede pública o atendimento inicial na sua grande maioria das vezes é realizado na rede básica de saúde, conforme dados obtidos nas entrevistas, foi quase unânime a dificuldade de acesso aos denominados Postos de Saúde da rede. Posteriormente, houve conforme relatado por alguns, não sendo a maioria, enfrentamento da dificuldade de acesso ao centro de referência para o tratamento do câncer.

Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) estudaram sobre o papel das centrais de regulação de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Mostrou-se uma exposição e fragilidade do sistema público de saúde, onde o pressuposto de existência de acesso à saúde por meio da rede básica é fictício. Apontam um fracasso de fluxos de atendimento existentes, com conseqüentes filas de espera pelo atendimento pretendido, não conseguindo colocar em prática os fluxogramas idealizados. Identifica ainda uma baixa cobertura assistencial e baixa resolutividade da atenção primária em saúde.

Demora no agendamento de consultas e principalmente na marcação e posterior realização dos exames complementares, tanto para diagnóstico, quanto para estadiamento foram queixas constantes por grande parte dos participantes, conforme pode ser evidenciado nas falas apresentadas logo mais abaixo.

Apesar de não condizer com a percepção dos participantes desse estudo, a bibliografia consultada na revisão de literatura mostra uma dificuldade para acesso aos centros especializados. Uzelli et al (2012) avaliaram as dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário no Distrito Federal. Mais da metade dos pacientes atendidos em nível terciário não faz consulta regular em nível primário de atenção. Elevado tempo de espera para o atendimento especializado, resultando em comprometimento da adesão ao tratamento.

Foi feita ainda uma análise relacionada à satisfação de atendimento nas UBS. Quando analisado o grau de satisfação com relação ao atendimento inicial junto a UBS, que foi a porta de entrada para o primeiro atendimento, 7 disseram se sentir satisfeitos

com esse atendimento, enquanto 8 não estavam satisfeitos com aquele primeiro atendimento recebido.

Gonçalves et al. (2014) analisaram as barreiras na atenção a saúde de mulheres com câncer de mama. As barreiras organizacionais também foram mencionadas, destacando lista de espera para consulta, exames e tratamento. Sendo na percepção das mesmas os responsáveis, o hospital, a secretaria municipal e o sistema de saúde.

Em uma outra análise realizada por Knorst, Dienstmann e Fagundes (2003), em um hospital de Porto Alegre, foram avaliados pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão, principal causa de morte por câncer no mundo. Esse atraso pode ser justificado por uma série de fatores, dentre eles, difícil acesso a centros especializados, dificuldade de referência e contra referência, sobrecarga dos serviços de diagnóstico por imagem e patologia, faltando por tanto uma rotina assistencial específica. Até por que se fosse optado pela internação do paciente desde o início da investigação teria um aumento incalculável nos custos, além de uma ainda maior lotação nos centros de referência, sendo que muitos já estão saturados.

Assis e Jesus (2012) já citados anteriormente nesse estudo, consideram a possibilidade do atendimento à saúde em fases, sendo o acesso ao serviço de saúde a primeira etapa a ser superada pelo paciente, na busca da resolução do seu problema. Isso envolve algumas questões como disponibilidade ou não do serviço, distância a ser percorrida em busca do atendimento, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento. A disponibilidade vai estar relacionada a relação, oferta e a demanda, que na maioria das vezes não se equalizam como gostaríamos, havendo uma demanda maior do que a oferta de serviços. A não satisfação nesse sentido está relacionada a baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado, ausência de hierarquia, descentralização, ausência de equidade, acolhimento e excludente capacidade financeira.

*“Comecei a sangrar, sangrar, sangrar, ia e eles mandavam voltar para casa, isso por uns 2 ou 3 meses, que era assim mesmo, foi enrolando”.* P11(Paciente?)

*“Fui no postinho, mas aí tem aquela história, você tem que marcar, depois voltar para confirmar, daí eu já morri”. P1*

*“No posto marca, mas depois tem que ficar lá confirmando, demora, minha mãe faleceu esperando”. P1*

*“A médica me deu medicação e as dores que eu estava sentindo naquela hora passaram. Fui no PA umas 3 vezes, só um dia que o médico suspeitou que pudesse ser pancreatite. Minha esposa de tanto insistir comigo e eu fui no endocrinologista”. P10*

*“Começou essa dorzinha tem uns 2 a 3 meses. Tentei marcar, mas não conseguia. Fui no geriatra e ele me mandou pro PA da Praia do Suá. No PA eu estava vomitando muito, me medicaram e mandaram para casa, daí piorei e me trouxeram direto pro pronto socorro daqui”. P15*

*“Como lá no meu bairro para conseguir uma ficha, você tem que ir para fila a meia noite e ficar lá até as 5 horas da manhã. Daí eu fui no bairro da minha filha que é Itaquari. Lá também não consegui. Fui no PA do Trevo, não era lá, fui então na Maternidade de Vila Velha, também disseram que não era lá, e sim na Santa Casa”. P13*

*“Ginecologista deu encaminhamento para Santa Casa para fazer curetagem, mas eu tinha que dar entrada nesse encaminhamento pelo posto, foi aí que tive grande dificuldade, a gente esperou, esperou, esperou. Um mês e meio para esse encaminhamento, mas não consegui, passei muito mal com muita dor e vim direto no pronto socorro daqui, aí resolveu, se dependesse do posto a gente estava até agora sofrendo. O posto não conseguiu resolver isso, mesmo dando urgência no encaminhamento”. P14.*

Após a consulta inicial, habitualmente são solicitados os exames complementares, necessários para a sequência no raciocínio do diagnóstico, daí surge um novo problema, a baixa oferta na rede pública de exames especializados. Na amostra 10 dos pacientes optaram pela realização de exames na rede privada, com custeio

próprio, tendo em vista o fato de todos não terem um plano ou seguro de saúde privados para custeamento. Isso leva a um impacto muito importante da saúde financeira daquela população, primeiro por não ter o recurso disponível para tal, e segundo pelo custo elevado desses exames. Muitos informaram contar com ajuda de vizinhos e familiares para complementação dos recursos.

*“Fui no médico do meu bairro, chegando lá eles me pediram um exame, fui fazer só que eu fiquei de novembro até março esperando para fazer esse exame. Ultrassom eu tive que pagar particular porque eu não conseguia fazer pelo SUS, demora demais 5 a 6 meses”. P11.*

*“Tentei fazer pelo SUS, mas como estava demorando muito, se pudesse fazer particular era bom, daí meu irmão se propôs a pagar para mim”. P7.*

Paim (2018) em sua análise enfatiza que os insuficientes recursos do SUS, com problemas na manutenção da rede de serviços e remuneração dos trabalhadores, o que tem impacto direto na qualidade do atendimento prestado por todas as categorias prestadoras de serviço da UBS, desde o auxiliar de serviços gerais ao médico.

Com relação a análise da dificuldade encontrada para se ter acesso aos centros de referência, nesse caso específico, no Hospital Filantrópico de Vitória, para sequência na confirmação diagnóstica, estadiamento e tratamento, 7 tiveram algum tipo de ajuda, o que de certa forma contribuiu para chegada ao serviço. Sendo esse apoio realizado por amigos, médicos conhecidos, interferência política. 8 não contaram com ajuda de terceiros, esses ou foram transferidos dos centros de referência ou então cansados de aguardar, davam entrada direta pelo Pronto Socorro, sendo dali ou internados diretamente ou encaminhados para os ambulatórios da oncologia clínica e cirúrgica, para sequência no tratamento.

*“Minha irmã é casada com um médico, de lá ele me encaminhou para fazer quimioterapia aqui na Santa Casa”. P12*

### 6.3 ELEMENTOS QUE APARECEM COMO FATORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO TARDIO – RELAÇÃO COM DETERMINANTES SOCIAIS

Esse tempo apresentará a relação de alguns determinantes sociais com o diagnóstico tardio do câncer, conforme foi enfatizado na parte teórica desse trabalho.

Na análise de Gonçalves et al. (2014), mencionada acima, parte daquelas mulheres referiram as barreiras sócio culturais como influência na decisão de buscar atenção à saúde e no acesso a consulta, tendo relação como a falta de informação sobre a patologia, esse dado podendo ser justificado pela baixa escolaridade, levando à falta de conhecimentos que contribui para retardar a busca por atenção à saúde, e a necessidade de cuidar da família como empecilho em disponibilidade de tempo para o cuidado a si própria. Notou-se ainda os mitos sociais e as crenças, podendo afetar programas assistenciais de detecção precoce, como por exemplo o paradigma de que o câncer é mortal.

Destacamos a seguir alguns relatos dos entrevistados que ilustram essa questão:

*“Sentia uma dorzinha assim, mas tomava remédio, e só fui no médico por que piorou mesmo, comecei a ter febre, amarelar, diarreia de cor de Coca-Cola”. P5*

Castro et al. (2016) avaliaram mulheres também com câncer de mama, identificaram que quanto maior a idade menos representativa emocional trazia a doença, sugerindo que doença grave como o câncer tenha um impacto maior entre pessoas jovens devido ao período do ciclo vital em que se encontram.

*“Comecei a sentir uma dor do lado esquerdo há 2 anos, já fui no médico, me atenderam bem e pediram exames, mas os exames não acusaram nada”. P9*

O perfil encontrado nessa pesquisa aqui analisada mostra o predomínio de paciente do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, baixo nível de escolaridade e baixo nível sócio econômico. Sendo todos esses fatores que corroboram com dados obtidos na literatura, de fatores inerentes ao diagnóstico tardio das neoplasias mais diversas.

#### 6.4 PERCEPÇÃO DA DOENÇA E A BUSCA PELO TRATAMENTO

Essa categoria expõe o entendimento dos participantes da pesquisa sobre a sua enfermidade e a procura de atendimento para solução do problema.

*“Demorei a procurar atendimento médico por burrice mesmo, falta de cultura, deixei o tempo passar”. P1*

*“Eu estava vomitando, vomitando, achei que ia melhorar, 2 meses para cá, doendo, cólica, enjojo, não gosto de incomodar”. P7*

As falas acima apresentadas revelam que a percepção do sintoma influencia significativamente na busca de atendimento médico, conseqüentemente a demora na realização do diagnóstico, nesse caso de câncer.

Numericamente a título demonstrativo 9 dos entrevistados somente procuraram atendimento médico, com no mínimo 2 meses do surgimento dos sintomas, 6 procuraram por ajuda mais precocemente. Esses dados obtidos estão de acordo com os apresentados pela literatura.

Paiva e Cesse (2015) ao avaliarem a situação de pacientes com câncer de mama atendidas em um centro hospitalar de Pernambuco, identificaram que daquelas pacientes estudadas, a maior parte fez o diagnóstico em fases avançadas da doença. A grande maioria informou ter informações sobre o câncer de mama e métodos de detecção precoce, mas que isso não serviu para mudança de comportamento, que levaria a busca pela prevenção e rastreamento. Em seu trabalho apontar que 64% das pacientes apresentaram os sintomas há mais de 3 meses antes da procura do atendimento médico, sendo esse retardo fator determinante no atraso do diagnóstico. Chegou-se a conclusão de que as ações de controle e diagnóstico precoce do câncer de mama não tem atingido seu objetivo, tendo em vista que a maioria das mulheres avaliadas tem acesso ao material de campanha, mas não internalizam seu conteúdo e finalidade. Além disso ficaram evidenciadas falhas no diagnóstico relacionados ao profissional de saúde da área básica e desestruturação da rede.

*“Com 55 anos comecei aquele negócio sangrando, ia e voltava, achei que era normal, mas aí há cerca de um ano a coisa começou a apertar. Só fiz Papanicolau uma vez na vida. Fui no ginecologista e pediu ultrassom, como ia demorar muito fiz particular”. P13*

Novamente recorrendo ao estudo de Knorst, Dienstmann e Fagundes (2003), dos pacientes avaliados no estudo desses autores 58% dos pacientes só procuraram atendimento médico após cerca de 60 dias do início dos sintomas. Naquele grupo, os pacientes que fizeram investigação internados tiveram a ressecção do tumor em média na metade do tempo do que quando comparamos o tempo para ressecção de paciente acompanhados ambulatorialmente.

*“Comecei sangrando há cerca de 6 meses, achei que ia parar, não era nada não, quando começou a doer que fui correr atrás. Nunca tinha feito preventivo”. P14.*

Embora se tratar de outro tipo de tumores, as neoplasias de cabeça e pescoço, teoricamente na maioria das vezes são fáceis de serem identificados ou palpáveis ao exame clínico. Mas muito provavelmente pela falta de sintomas de alarme precoce, não chegam aos serviços médicos em fase inicial da doença. Felippu et al (2015) avaliaram alguns pacientes com essa patologia atendidos em São Paulo. A grande maioria era etilista, tabagista e com nível de escolaridade baixo. O tempo médio entre o início dos sintomas e a procura do atendimento médico foi de incríveis 10 meses. Da consulta com generalista até a consulta com especialista, no centro de referência, foi de 4 meses. Entre o diagnóstico e o início do tratamento, transcorreram em média 12 meses. Atribui-se esse atraso no diagnóstico como podendo estar relacionado ao fato da doença ser oligossintomática, variáveis sociodemográficas e fatores psicológicos. Observou-se inclusive a falta de recurso por parte dos pacientes, na maioria de classe econômicas desfavorecidas, para o transporte público para locomoção aos centros médicos.

É importante reconhecer as falhas, não só na percepção, mas também no acompanhamento profissional de quem realiza o atendimento, sendo ele nos mais diversos tipos de profissões em suspeitar da doença, para só então dar início a investigação e por fim, a conclusão diagnóstica.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho buscamos avaliar os fatores que desencadearam o acesso tardio ao tratamento oncológico, dos paciente que buscavam seu tratamento em um hospital filantrópico do Estado do Espírito Santo, com objetivo principal em analisar os determinantes sociais ou outros fatores inerentes ao diagnóstico avançado da doença, problema esse que vem causando tanto prejuízo a nossa sociedade, e com aumento crescente no número de pessoas diagnosticadas, e a real possibilidade de aumentar ainda mais tendo em vista o aumento da expectativa de vida que tem se demonstrado na população mundial, não sendo diferente o cenário brasileiro.

No decorrer do trabalho foi buscado uma apresentação teórica dos diversos fatores relevantes ao tema, como definição de câncer e diagnóstico tardio, um pouco da história e da dinâmica atual do SUS, sistema público de saúde ao qual essa população analisada está inserida, determinantes sociais e sua relação com a doença e serviços de saúde.

Ficou evidente os problemas e as dificuldades encontradas por essa população atendida naquele serviço de tratamento oncológico, e de outras enfermidades mais, o que já era de se esperar. Resultado esse já demonstrado em outros vários trabalhos disponíveis na literatura sobre o tema, e ainda mais é foco diário nos diversos meios de comunicação que retratam a rotina diária da população brasileira, principalmente aqueles menos favorecidos na pirâmide social.

Porém o que nos chamou a atenção foi a grande porcentagem de pacientes que não valorizam os sintomas no início do seu surgimento, ou por não darem importância aos mesmos ou então por não quererem gerar *empecilhos* ao demais integrantes da família na investigação do problema, portanto um negligenciamento da percepção de saúde pelo próprio paciente. Com isso só são valorizados quando começam a interferir na rotina do dia a dia ou se torna perceptível por outros membros da família na aparência do indivíduo.

Existe ainda muita dificuldade com relação ao atendimento no início da demanda pelo serviço de saúde. O que mais foi referido pela população aqui estudada foi a demora na oferta de exames de imagem e de endoscopia, e que quando possível, com ajuda de familiares e amigos, esses exames foram realizados na rede privada, com recursos próprios do paciente, mesmo sendo ele limitado, em decorrência da espera excessiva pela rede pública.

Inicialmente havia a desconfiança do autor da dificuldade da chegada dos pacientes com diagnóstico oncológico ao serviço terciário, no caso esse hospital filantrópico onde de fato o tratamento é realizado, fosse ele cirúrgico ou quimioterápico, pois radioterápico era referenciado para outra unidade. Fato esse que não se confirmou no transcorrer da obtenção dos dados, a grande maioria referia acesso com certa facilidade aquela instituição, uns por demanda espontânea, outros por encaminhamentos de unidades de saúde e prefeituras, ou até por favorecimento de amigos e familiares com acesso direto ao serviço.

Enfim, a partir de todas as informações aqui explanadas, compreende-se ainda a importância de novos estudos relacionados a saúde do paciente oncológico, não só no tratamento em si que já é tanto discutido, mas no acesso, direitos e deveres, resultados obtidos e esperados do tratamento, repercussões socioeconômicas para pacientes, familiares e sociedade civil como um todo, tendo em vista o crescente aumento do diagnóstico de pacientes com câncer em nosso meio.

Que resultados de estudos como esse, sirvam de meios norteadores de mudanças na políticas públicas em seus vários níveis de complexidade, inclusive de conscientização da população, principalmente os menos providos de recursos e informações, da importância dos cuidados com a saúde desde o início do surgimento dos sintomas, não só quando tornam-se limitantes, de adesão aos diversos programas de rastreamento, maior facilidade e acesso aos exames e consultas com especialistas.

Isso nos permite apontar necessidade maior investimento não só em saúde, mas também em educação. Melhorias na formação dos cidadãos com certeza trariam mais conhecimento e sabedoria, para especificamente nesse cenário ocorrer um maior

entendimento dos cuidados de saúde, principalmente da prevenção primária, ou seja, antes do surgimento da doença, removendo fatores de risco, minimizando os danos a saúde física e mental e também os custos aos tratamentos que cada dia se tornam mais caros, em um cenário onde os recursos são limitados.

Esse estudo foi muito importante para mim, profissional médico, cirurgião oncológico, que faço parte da equipe de linha de frente do tratamento ao paciente com câncer, entendendo melhor as necessidades e os problemas vividos por essa população, nas maiorias das vezes desprovidas de recursos financeiros e até estrutura familiar que é tão importante no tratamento como um todo, não só participando do tratamento propriamente dito. E ainda, me permite cobrar das autoridades responsáveis mudanças urgentes nesse cenário, pensando principalmente no bem-estar da população e indiretamente diminuição dos gastos públicos.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **What is cancer?** 2015. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>>. Acesso em 26 ago. 2017.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 17, p. 2865-75, 2012.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspect**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 2097-2108, 2017.

BOUCHARDY, C. et al. Under treatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly woman. **J Clin Oncol**, v. 21, n. 19, p. 3580-7, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2016. Seção 1, p. 2.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.732, DE 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. de 2012. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção especializada**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 77.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 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**, Brasília, DF, 16 maio 2013. Seção 1, p. 33.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 968, de 11 de dezembro de 2002. Atualizar, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968\\_11\\_12\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-8, abr. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 5, p. 163-177, 2000.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.; A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 707-14, 2018.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 54, p. 87-96, 2008.

CASTRO, E. K. K. et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: Teoria Pesq**, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 1-6, jul./set., 2016.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESTADIAMENTO. In: Dicionário infopédia da Língua Portuguesa sem Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-ao/estadiamento>. Acesso em: 20 set 2017.

FELIPPU, A. W. D. et al. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer, **Braz J Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 2, n. 82, p. 140-3, 2016.

FURASTÉ, P. A. **Normas técnicas para o trabalho científico**: elaboração e formatação. 16. ed. São Paulo: Autor, 2012.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

GUIMARÃES, R. M. et al. A transição da mortalidade por cânceres no Brasil e a tomada de decisão estratégica nas políticas públicas de saúde da mulher. **Rev Políticas Públicas**, São Luiz, v. 20, n 1, p. 33-50, jan./jun. 2016.

HURRIA, A. et al. Adjuvant treatment recommendations in older woman with breast cancer: a survey of oncologists. **Crit Rev Oncol Hematol**, v. 61, n. 3, p. 255-260, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estatísticas do câncer**. 2017b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e vigilância**: estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017c.

\_\_\_\_\_. **O que é câncer?** 2017a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>> Acesso em: 30 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Tabagismo**: causas e prevenção. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/tabagismo>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Diagnóstico**. 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/diagnostico/84/1/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Tratamento do câncer**. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

KALIKS, R. A. et al. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. **Braz J Oncol**, v. 44, n. 13, p. 1-12, 2017.

KNUST, R. E. Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. **Rev Saude Pública**, São Paulo, v. 51, p.53, 2017.

KNORST, M. M.; DIENSTMANN, R.; FAGUNDES, L. P. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. **J Pneumol**, Brasília, DF, v. 6, n. 29, nov./dez. 2003.

LAGES, R. B. et al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí- Brasil, 2010-2011. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 4, n. 15, p. 737-47, 2012.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MASCARELLO, K. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 417-26, 2012.

MEDICI, A. C. **O custo do tratamento do câncer no Brasil**. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/o-custo-do-tratamento-do-cancer-no-brasil/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

METÁSTASE. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Met%C3%A1stase&oldid=52231082>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

NASCIMENTO, K. T. S. et al. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 435-40, jul./set.2014.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Rev Políticas Públicas**, São Luís, v. 16, n. 2, p. 481-91, jul./dez. 2012.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-53, out. 2013.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 1723-8, 2018.

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco, **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 61, p. 23-30, 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia, **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p. 103-9, 2001.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-9, 2013.

PROGNÓSTICO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Progn%C3%B3stico&oldid=52708303>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

RAMOS, D. L.; JUNQUEIRA, C. R.; PUPLAKSIS, N. V. Benefícios de avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICCKER, F. **Ética nas pesquisas em ciências humanas na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.193-205.

RANGEL, G.; LIMA, L. D.; VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1065-78, out./dez. 2015.

RIBEIRO, C. O.; MENEZES, R. G. Políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil: apontamentos a partir do enfoque analítico de Amartya Sen. **Rev Textos Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 42-55. jan./jun. 2008.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 29-34, 2003.

SANTOS, J. A. F. Classe Social e Desigualdade de Gênero no Brasil, **Rev Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p.353-402, 2008.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Braz J Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 76, n. 4, p. 415-22, jul./ago. 2010

SILVA, P. R. **Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento**. 2009. 122 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2009.

SIQUEIRA, N. L. **Desigualdade social e acesso à saúde no Brasil**. 2011. 60 f. Monografia (Bacharel Ciências Sociais), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde, **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA FILHO, O. Cirurgião oncológico, fator de prognóstico no tratamento do câncer. **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.2, n, 50, p. 91-93, 2004.

THULER, L. C. S.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadió avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 237-43, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **A política nacional de atenção oncológica**. 2011. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C2B15507>. Acesso em: 10 ago. 2018.

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **TNM: classification of malignant tumours**. 8 th. New York: John Wiley & Sons, 2017.

UZELLI, G. P. et al. Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. **Com Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n.3, p. 207-14, 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

ZARDO, G. P. et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 19, p. 3799-808, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. Disponível em: <<https://www.who.int/topics/cancer/en/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Paleative care**. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>>. Acesso em: 20 out de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Social determinants of health**. Disponível em: <[https://www.who.int/social\\_determinants/en/](https://www.who.int/social_determinants/en/)>. Acesso em: 13 ago. 2018.

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista com Pacientes**

Coleta de dados sobre os motivos que levaram ao diagnóstico tardio de câncer.

### Bloco A: Dados de características do entrevistado

- 1- Qual sua idade?
- 2- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3- Qual sua escolaridade?
- 4- Qual sua ocupação/profissão?
- 5- Qual sua renda familiar?
- 6- Qual seu município de residência?

### Bloco B: Dados referentes aos sintomas

- 1- Você sabe informar quando iniciaram os sintomas?
- 2- O que você fez a respeito?
- 3- A partir da evolução dos sintomas com você procurou atendimento médico?
- 4- Como foi esse atendimento?
- 5- Que dificuldades você enfrentou para ter acesso ao se encaminhamento para este serviço?
- 6- Houve alguma ajuda para chegar até esse serviço?
- 7- O que você poderia me contar sobre sua experiência em relação a busca pelo seu tratamento?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário (a). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho, no telefone (27)3334-3586 ou no e-mail: comite.etica@emescam.br, ou, ainda no endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória: Av. N.S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória-ES - 29045-402.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Título do projeto de pesquisa: ACESSO TARDIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-Emescam.

Telefone: (27) 3334-3543

Pesquisador responsável

Nome: Eron Machado Cobe

Endereço: Rua Constante Sodré, 750, Santa Lúcia, Vitória/ES

Telefone de contato: (27) 3224.5944

Cargo na Instituição (Santa Casa de Misericórdia de Vitória): Cirurgião Geral e Oncológico

Objetivo geral da pesquisa: Analisar fatores relacionados ao diagnóstico e acesso tardio ao tratamento do câncer em pacientes atendidos em um hospital filantrópico situado em Vitória-ES.

Procedimentos da pesquisa: sua participação será por meio de entrevista, que consiste numa conversa do pesquisador com você, sobre sua doença, dificuldades e dúvidas encontradas para o diagnóstico e acesso para o início do tratamento.

Riscos, desconfortos e benefícios: Segundo a resolução 466/2012, toda pesquisa que utiliza seres humanos em sua realização envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de privacidade, além de possíveis constrangimentos nas respostas. Mas isso será minimizado mediante o compromisso formal da pesquisadora com a proteção à sua imagem, o sigilo, o anonimato e a confidencialidade, na relação entre pesquisador e pesquisado.

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
\_\_\_\_\_/ \_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

SE HOUVER OUTRAS PÁGINAS, ALÉM DESTA, AS MESMAS DEVERÃO SER RUBRICADAS

# **ANEXOS**

**ANEXO A - Parecer do Comitê de Pesquisa**

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Acesso tardio ao diagnóstico e tratamento do câncer: uma análise à luz da política pública de saúde.

**Pesquisador:** ERON MACHADO COBE

**Versão:** 1

**CAAE:** 80731317.3.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 144138/2017

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Acesso tardio ao diagnóstico e tratamento do câncer: uma análise à luz da política pública de saúde, que tem como pesquisador responsável ERON MACHADO COBE, foi recebido para análise ética no CEP Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM em 05/12/2017 às 08:22.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

**UF:** ES **Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br