

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIBIC/IMIP

**PREVALÊNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM PACIENTES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA E
CUIDADOS RECEBIDOS ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

**PREVALENCE OF CHRONIC CONDITIONS SENSITIVE TO PRIMARY
CARE IN BREAST CANCER SURVIVORS PATIENTS AND CARE RECEIVED
AMONGST HEALTH CARE LEVELS.**

RECIFE – PE

AGOSTO de 2019

ORIENTADORA:

Jurema Telles de Oliveira Lima

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹ e Instituto de Medicina

Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)²

Telefone: (81) 99976-3591

E-mail: jurematsales@gmail.com

CO-ORIENTADORA:

Maria Júlia Gonçalves de Mello

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹ e Instituto de Medicina

Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)²

Telefone: (81) 98739-3427

E-mail: mjuliagmello@gmail.com

DEMAIS INTEGRANTES:

Nathália Ferreira Lima Falcão Lopes – Autora responsável

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹

Telefone: (81) 98959-3553

E-mail: naty_ferreiralima@hotmail.com

Endereço: Rua José Trajano, 351, apto 401, Boa viagem, Recife-PE.

Mariana Morais de Lucena – Co-autora

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹

Telefone: (81) 99192-5519

E-mail: mmoraislucena@gmail.com

Endereço: Rua Poeta Zezito Neves, 71, apto 702, Boa viagem, Recife-PE.

Rafaela Pedrosa Dantas – Co-autora

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹

Telefone: (81) 99633-9810

E-mail: rafapdantas@gmail.com

Endereço: Rua Rio Capibaribe, 121, apto 704, Cordeiro, Recife-PE.

Danilo Coriolano Ribeiro Cavalcante – Co-autor

Afiliação institucional: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)¹

Telefone: (81) 99789-8200

E-mail: danilo.coriolano@gmail.com

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 779, apto 201, Graças, Recife-PE.

1. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira – Recife – Pernambuco | CEP 51150-000; Telefone: (81) 3035-7777

2. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Endereço: Rua dos Coelhoos, 300 - Boa Vista - Recife - Pernambuco - Brasil | CEP 50070-550; Telefone: (81) 2122-4100

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE:

Os presentes autores negam que haja quaisquer conflitos de interesse nesta pesquisa.

FONTES DE AUXÍLIO À PESQUISA:

Projeto âncora aprovado pelo PRONON/MS 2017 intitulado “Educação permanente em oncologia do IMIP” sob o nº 25000.000113/2017-92. Além disso, o projeto recebeu bolsa de auxílio ao pesquisador pelo Fundo de Apoio à Pesquisa e Ensino do IMIP (FAPE/IMIP) após aprovação no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

(CNPq).

TOTAL DE PALAVRAS NO MANUSCRITO:

Este manuscrito contém 4048 palavras, excetuando-se as que estão presentes nas seções
Resumo, Abstract, Referências, além das contidas nas tabelas.

RESUMO

OBJETIVOS: analisar quais as principais condições crônicas sensíveis à atenção primária em pacientes sobreviventes de câncer de mama atendidas no IMIP. **MÉTODOS:** estudo transversal que incluiu mulheres com câncer de mama operadas há dois anos e sem doença metastática em atividade ou em hormonioterapia há pelo menos um ano, sendo aplicado um formulário com enfoque nas condições crônicas sensíveis à atenção primária, aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, aspectos da abordagem e da caracterização do câncer no período de Junho a Julho de 2019. **RESULTADOS:** foram analisadas 181 pacientes, com média de idade 59,2 anos, com sobrepeso em 64,7% e sedentarismo em 54,7%. Cerca de 43,6% eram acompanhadas em atenção primária. Além disso, 49,1% e 22,6% das pacientes tinham o diagnóstico de hipertensão e diabetes, respectivamente, porém 59,7% relataram renovar receita dos medicamentos com o oncologista e 20,7% com médicos da UBS. Das pacientes que possuíam acompanhamento em UBS, 28,73% relataram confiar na capacidade do médico da atenção primária, contrastando com 98,3% de confiança nos especialistas. **CONCLUSÃO:** uma alta prevalência de condições sensíveis à atenção primária como hipertensão, diabetes *mellitus*, sedentarismo e sobrepeso/obesidade foi evidenciada nessas pacientes. Porém, o sistema de saúde ainda persiste na fragmentação do cuidado, tendendo a concentrar essas pacientes na atenção especializada. Integração e coordenação do cuidado é necessário para melhoria global da saúde desta população.

Palavras-chaves: câncer de mama; atenção primária; assistência à saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: analyse what are the main chronic conditions sensitive to primary care in breast cancer survivors' patients attended in IMIP. **METHODS:** cross-sectional study that includes women with breast cancer and were treated with surgery at least 2 years ago, without metastatic disease in activity, or with hormonotherapy at least 1 year ago, been applied a formulary which focuses in chronic conditions sensitive to primary care, socioeconomical aspects, lifestyle habits, approach and characterisation of cancer during June to July of 2019. **RESULTS:** 181 patients were analysed, with average age 59.2 years, with 64,7% of them are overweight and 54,7% are sedentary. Around 43,6% were being attended in primary health care. Beyond that, 49,1% and 22,6% of the patients had the diagnosis of hypertension and diabetes, respectively, and 59,7% related to renew their recipes with their oncologist while 20,7% with doctors from primary attention. Of the patients who had follow-ups in the primary attention, 28,73% referred to trust in their primary care physician's capability, contrasting with 98,3% of confidence in their specialists. **CONCLUSIONS:** a high prevalence of conditions sensitive to primary care such as hypertension, diabetes mellitus, physical inactivity and overweight/obesity was evidenced in these patients. However, the health system still persists in care's fragmentation, tending to concentrate those patients in specialized medical attention. Integration and coordination of care is necessary for the overall improvement of the health of this population.

Key words: breast cancer, primary care, health care.

INTRODUÇÃO

O câncer ocorre quando um grupo de células do corpo cresce e prolifera-se de forma anormal e incontrolável devido ao DNA danificado e, no caso do câncer de mama, a origem encontra-se no tecido mamário, adiposo ou linfático¹. Excetuando-se os casos de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres², dados que se repetem no Brasil³.

O câncer de mama possui alguns fatores de risco, dentre eles idade avançada, menarca precoce, menopausa tardia, antecedente pessoal de câncer de mama, baixo nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade, baixo acesso ao sistema de saúde, mulheres nuligestas ou nulíparas, reprodução tardia, diminuição da duração da amamentação, consumo de álcool, sedentarismo, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado pós-menopausa e história familiar positiva para câncer de mama e/ou ovário devido a fatores genéticos, como a presença dos genes BRCA1 e BRCA2⁴.

O câncer de mama inicia-se por fase insidiosa, in situ, na qual geralmente não há sinais ou sintomas associados, evoluindo para fase invasiva. Na sintomatologia, pode haver nódulo palpável indolor, secreção mamilar sanguinolenta, deformidade da mama, retração de mamilo, entre outros. O diagnóstico do câncer pode ser realizado através do autoexame da mama, da mamografia ou da ultrassonografia⁴. No diagnóstico, faz-se a pesquisa por biomarcadores moleculares, como receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP), e o receptor de crescimento epidérmico humano-2 (HER2), que atuam como fatores preditivos e prognósticos⁵.

A etapa seguinte refere-se ao tratamento e ao estadiamento, os quais são orientados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O tratamento do câncer de

mama pode englobar três modalidades: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, as quais podem ser utilizadas em conjunto na abordagem das neoplasias mamárias⁶.

Sabe-se que os avanços na abordagem ao câncer de mama têm contribuído para um aumento progressivo do número de pacientes sobreviventes, os quais necessitam de monitorização da doença oncológica e dos efeitos colaterais de sua terapia, além de cuidados com sua saúde global. Para isso, um plano de cuidado à longo prazo precisa incluir avaliação periódica da sua saúde global, incluindo aspectos físicos e emocionais, suporte a mudanças de estilo de vida e controle de demais problemas de saúde, em particular as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), aspectos que podem ser negligenciados diante do impacto do diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica^{7, 8}.

Para que haja uma abordagem global, incluindo as DCNT, foi criada a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com um dos focos na integralidade da abordagem ao câncer, promovendo melhor sobrevida e qualidade de vida⁹. Todavia, essa rede apresenta-se vulnerável, devido à retenção de pacientes crônicos, que poderiam retornar para o acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), resultando na baixa capacidade de absorção dos novos pacientes nas agendas dos especialistas, além de um cuidado fragmentado⁶.

Isso ocorre porque a organização das redes apresenta uma comunicação deficiente entre os pontos de atenção: da rede de atenção especializada com a atenção primária de saúde^{6,10,11}. Essa separação é mais notada na política de atenção ao câncer, pelo fato da rede estar limitada aos serviços especializados e, por isso, as UBS não enxergam seu papel na continuação desse cuidado⁶.

Para finalizar, na abordagem ao paciente com câncer, a atenção primária tem sua importância, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento do seu tratamento

nos serviços especializados, inclusive nos anos seguintes ao tratamento finalizado, a fim de identificar possíveis recidivas da doença. No entanto, observa-se que a atenção primária realiza apenas o acompanhamento das morbidades não relacionadas ao tumor como, por exemplo, diabetes e hipertensão⁶.

Nesse sentido, fica claro a investigação aprofundada das necessidades, oportunidades e barreiras da atenção primária na saúde global para pacientes sobreviventes de câncer de mama, bem como a análise dessa realidade em um hospital de referência do Norte e Nordeste, a fim de compreender a situação regional, os problemas enfrentados e as justificativas dos pacientes na deficiência do programa de contra-referência e de adesão à atenção primária.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo corte transversal com o objetivo de avaliar a abordagem à saúde das pacientes sobreviventes com câncer de mama, englobando aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, presença de outras doenças crônicas concomitantes, acompanhamento em atenção primária e abordagem da doença oncológica. Essas pacientes são acompanhadas em setores do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sendo incluídas mulheres com câncer de mama operadas há dois anos e sem doença metastática em atividade ou em hormonioterapia há pelo menos um ano, no período de Junho a Julho de 2019.

Foram excluídas da pesquisa pacientes com qualquer outro tipo de câncer, sem ser o de mama, ou com doença metastática em atividade de qualquer tipo de câncer, bem como pacientes operadas por câncer de mama há menos de dois anos ou que iniciaram hormonioterapia adjuvante há menos de um ano. Excluiu-se também pacientes que não tinham a capacidade intelectual para responder ao questionário proposto para avaliação das variáveis de análise.

Para cada paciente foi aplicado um formulário no qual foram coletadas variáveis quantitativas e qualitativas, com enfoque nas condições crônicas sensíveis à atenção primária, bem como aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), aspectos da abordagem e caracterização do câncer, e a efetividade da cobertura e do vínculo das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) nas regiões de moradia dessas mulheres. Ressalta-se que os dados relacionados às características do câncer foram obtidos através de prontuários.

A análise estatística foi realizada pelo programa Epi Info versão 7.2, considerando-se um intervalo de confiança de 95%. O perfil dos participantes foi avaliado por meio de cálculo de frequências percentuais e médias das variáveis pesquisadas.

Declaramos que este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP e aprovado sob o número do CAAE: 04255318.0.0000.5201 no dia 22/05/2019. Todas as pacientes foram informadas sobre o estudo e sua importância, possuindo a liberdade de aceitar ou recusar a participação na pesquisa. Só participaram do estudo as mulheres que aceitaram e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

RESULTADOS

Foram analisadas 181 pacientes, todas mulheres sobreviventes ao câncer de mama acompanhadas em setores do IMIP. A idade média da amostra foi de 59,2 (\pm 12,4 DP) anos, com variação entre 34 a 93 anos. Além disso, 19,8% possuíam menos de 4 anos de estudo e 51,6% (IC95% 40,84-55,89) não tinham companheiro no que se refere à situação conjugal. No tocante à autorreferência racial, 26,4% (IC95% 20,09-33,52) consideraram-se brancas e 59,5% (IC95% 51,95-66,85), pardas, sendo as opções mais citadas.

Na amostra, 126 (69,6%, IC95% 60,63-74,98) pacientes possuíam renda mensal própria, englobando benefício, pensão ou salário, e apenas 27 (14,9%) mulheres trabalhavam ou tinham alguma atividade remunerada. A média da renda mensal familiar ficou em R\$1681,56, com variação entre R\$450,00 a R\$10.000,00. (tabela 1)

O peso médio das pacientes foi de 70,4kg com IMC médio de 28,1, sendo 24% consideradas obesas e 64,7% com sobrepeso. Da amostra, 54,7% relataram não realizar nenhum tipo de exercício físico, enquanto que se obteve uma média de 4,3 horas semanais de exercício das pacientes que realizavam atividade física. Sobre o estado de saúde no momento da entrevista, as opções mais escolhidas foram “boa” e “regular”, somando 86,1% do total.

No tocante ao tabagismo, 58 pacientes (32%) referiram já ter fumado e destas, 10 (5,5%) persistiam com esse hábito. A média de anos de fumo foi de 25,1 com 1,27 maços/dia em média. Das 48 mulheres que deixaram de fumar, o tempo médio em anos de interrupção do uso do tabaco foi de 18,4. Já em relação ao etilismo, 45,3% referiram ter feito uso de bebida alcoólica e destas, 34,1% permaneciam fazer uso. O tempo médio de etilismo foi de 22,5 anos e o de cessação do hábito foi de 12 anos. Apenas 2 mulheres referiram ter feito uso de outras drogas.

No que se refere à caracterização do câncer de mama, 72,3% eram do tipo ductal infiltrante, 81,7% com receptor de estrógeno positivo, 74,5% com receptor de progesterona positivo, 65,7% com HER-2 negativo, e com uma média de Ki 67% de 25,9. Além disso, das mamas afetadas, 46,9% foram à esquerda e 5,5% tiveram câncer de mama bilateral.

A respeito da abordagem terapêutica, 59,1% das pacientes foram submetidas à cirurgia radical e 59,6% realizaram esvaziamento axilar, prevalecendo os estágios tumorais II e III, somando-se 66,8%. Além disso, 70,1% das pacientes foram submetidas à radioterapia e 75,7%, à quimioterapia, com 98,9% da amostra em uso de hormonioterapia, sendo o tamoxifeno a droga mais utilizada (81%). Em relação ao seguimento do câncer de mama, a maioria das mulheres (85%) possuíam consultas trimestrais ou semestrais, todas assistidas por oncologista ou mastologista do IMIP.

Ao questionar qual estabelecimento a paciente procurava quando surgia um problema de saúde, apenas 13,2% (IC95% 8,68-19,08) responderam UBS, 12,1% (IC95% 7,78-17,82) procuravam a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto 74,6% (IC95% 67,59-80,75) citavam os hospitais, principalmente o IMIP. Menos da metade da amostra (43,6%) era acompanhada em atenção primária e dessas, 55,7% não tinham periodicidade no seguimento. Das que não eram assistidas pelas UBS, 74,5% (IC95% 38,98-53,96) justificaram a não assistência por já serem acompanhadas em hospitais, 11,7% (IC95% 3,47-11,29) referiram não ter acesso à UBS, 8,8% (IC95% 2,30-9,23) alegaram ter plano de saúde, e 4,9% (IC95% 0,90-6,33) relataram não confiar na atenção primária.

Através do questionário e do prontuário, foram vistos que 49,1% e 22,6% das pacientes tinham o diagnóstico de hipertensão e diabetes, respectivamente. Destas, 36,8% alegaram ser assistidas em relação a essas doenças pela atenção primária, enquanto que

49,2% citaram os médicos do IMIP. Porém, 59,7% relataram renovar receita dos medicamentos para essas condições crônicas com o oncologista, em contrapartida dos 20,7% que citaram os médicos da UBS. A média do Índice de Charlson da amostra foi de 0,88, variando de 0 a 14.

Das pacientes que possuíam acompanhamento em UBS, 27,0% (IC95% 20,75-34,16) referiram sempre serem atendidas pelo mesmo médico e 28,7% (IC95% 22,26-35,91) relataram confiar na capacidade desse profissional. Já em relação ao médico especialista, 86,2% (IC95% 80,81-91,27) alegaram ter o atendimento sempre com o mesmo profissional e 98,3% (IC95% 94,04-99,87) disseram ter confiança nos especialistas.

DISCUSSÃO

O câncer de mama está atingindo cada vez mais a população mais jovem, principalmente em países em desenvolvimento. Esse dado foi encontrado no presente estudo, através da idade média de 59,2 anos, concordando com a maioria dos dados da literatura¹². Isso pode ser devido à maior preocupação da população feminina em relação à saúde e à realização de exames de rastreio de forma mais precoce. No tocante à classificação racial, a raça parda foi predominante no nosso estudo, o que discorda com os dados da literatura, pois na mesma destaca-se a cor branca^{12,13}. Isso pode ser devido à miscigenação da nossa população e ao local de estudo.

No que tange à situação conjugal, a maior parte das nossas pacientes declarou-se sem companheiro, discordando da literatura, na qual predominaram as casadas ou que viviam com companheiros¹⁴. Em relação à escolaridade, ocorreu uma predominância de paciente com mais de 8 anos de estudo, estando controverso com a literatura, pois a maioria apresentou menos de 8 anos. Assim, podemos concluir que o acesso à informação teria sua importância no que diz respeito à detecção precoce, ao acesso aos serviços de saúde e à sobrevivência da paciente^{13,15}.

Em nossa amostra, observamos que a maioria das pacientes possuía renda mensal própria e apenas 27 mulheres trabalhavam ou tinham alguma atividade remunerada, o que discorda da literatura, a qual mostrou que 60% das pacientes possuíam algum trabalho fora de casa, mesmo sendo acobertadas pelo auxílio doença, e apenas 10% não tinham emprego fixo¹⁵. Dessa forma, podemos questionar se o afastamento do trabalho está envolvido com a falta de esclarecimento e/ou oportunidade, ou com o sentimento de incapacidade para retornar ao mercado de trabalho após tratamento. Vale ressaltar que, dessa forma, há prejuízo na economia do país, pois uma parcela da população economicamente ativa está afastada do mercado de trabalho.

A obesidade nos pacientes com câncer de mama aumenta a exposição ao estrogênio, podendo exacerbar o risco da recidiva da doença, já que a mesma é um grande fator casual para a alteração celular¹⁶. Esse fato é condizente com nosso estudo, já que a maioria das pacientes estava acima do peso, principalmente com sobrepeso. No que diz respeito ao sedentarismo, o nosso estudo mostra-se concordante com Macêdo et al e Alfano et al., já que a maioria da população, mesmo após o diagnóstico, continua sem realizar atividades físicas, um dado que é preocupante, visto que o exercício físico, comprovadamente, diminui o risco de recorrências, além de melhorar a fadiga e a dor durante e após o tratamento^{17,18}. Em contrapartida, em relação às pacientes que praticam atividade física, o tempo em horas do exercício físico está conforme os dados presentes na literatura, pois esta afirma que o ideal seria um mínimo de 30 minutos diários de dois a cinco dias por semana, podendo ser atividades de treinamento, esportivas ou até mesmo as domésticas^{19,20}.

A maioria das mulheres relatou se sentir bem no momento da pesquisa, o que é equivalente com os dados encontrados por Macêdo et al. e Alfano et al., demonstrando que as pacientes conseguem ter qualidade de vida durante o tratamento, principalmente quando associam com atividade física obtendo, assim, um melhor bem estar^{17,18}.

No tocante aos hábitos de vida, menos da metade das pacientes referiu já ter fumado e destas, 5,5% persistiam com esse hábito. Já em relação ao etilismo, grande parte da amostra referiu ter feito uso de bebida alcoólica e sua maioria ainda permanecia fazendo uso. Nosso número foi considerado bem maior ao ser comparado aos dados da literatura, apontando que o etilismo é fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama por aumentar a atividade estrogênica e a associação com o tabagismo ainda permanece controversa, porém aumenta o risco de desenvolvimento de comorbidades, o que piora o prognóstico^{14,16}.

O tipo histológico mais comum apontado pela literatura em mulheres de qualquer faixa etária é o carcinoma ductal infiltrante, sendo este o mesmo achado no nosso estudo¹⁵. Concordante com isso, encontramos que a maioria dos tumores possuía receptor de estrógeno positivo, receptor de progesterona positivo, HER-2 negativo, e uma média de Ki 67% de 25,9. Esse achado é condizente com dados da literatura, com predominância do tipo Luminal A (RP +; RE+ e Ki < 14%) e do Luminal B (RP+, RE+ e Ki > 14%), o que melhora o prognóstico da população. Além disso, foi observado em nossa pesquisa que, das mamas afetadas, a mama esquerda foi a mais acometida, resultado compatível com estudos semelhantes^{21,22}.

A mastectomia associada ao esvaziamento axilar foi o tipo de cirurgia predominante em nossa pesquisa, o que ratifica o estudo feito por Pinheiro AB et al. No que concerne ao estadiamento, prevaleceram os estágios tumorais II e III, concordando com a literatura, a qual mostra que os estágios localmente avançados são os mais prevalentes na população e nos faz questionar sobre o diagnóstico tardio nessas mulheres, levando à necessidade de cirurgias mais agressivas¹⁵.

No presente estudo, foi visto que a maioria das pacientes foram submetidas à radioterapia e à quimioterapia, e quase a totalidade da amostra estava em uso de hormonioterapia, sendo o tamoxifeno a droga mais utilizada. Esses dados também são reproduzíveis na literatura, a qual aponta que a maior parte das mulheres com câncer de mama são submetidas aos três tipos de tratamento, pelo fato de os tumores serem diagnosticados em fase avançada, geralmente²³. Assim, ressalta-se a maior necessidade do rastreamento e do diagnóstico precoce.

As UPAs e UBSs são responsáveis pela interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de

agudização das doenças crônicas. Se isso não ocorre, há aumento da demanda de urgências menores, que poderiam ser resolvidas em unidades de menor tecnologia, em hospitais de maior porte^{24,25}. Sobre isso, a maior parte das nossas pacientes citou procurar hospitais como a primeira opção de assistência em situações de problemas de saúde. Esse dado está em conformidade com o estudo realizado por Leite Elizandra, o qual mostra que 51% das pacientes procuraram serviços terciários ou profissionais especializados para resolverem as situações de emergências de saúde¹². Esse fato nos faz questionar sobre a fragmentação do cuidado em saúde dos serviços primários, secundários e terciários e o papel de cada serviço na resolução dos atendimentos de emergência e acompanhamento dessas pacientes, bem como a possível falta de esclarecimento sobre a responsabilidade de cada nível de serviço de saúde por parte dessas mulheres.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde²⁶. No que corresponde ao acompanhamento na atenção primária, menos da metade das pacientes são acompanhadas neste setor e destas, pouco mais da metade não tinham periodicidade no seguimento. Das que não eram assistidas pelas UBS, a grande maioria justificou a não assistência por já serem acompanhadas em hospitais, 11,7% referiram não ter acesso à UBS, 8,8% alegaram ter plano de saúde, e 4,9% relataram não confiar na atenção primária. Tais dados são suportados pelos achados na literatura, a qual mostra que 57,5% das pacientes não eram mais atendidas na UBS após iniciarem acompanhamento em serviço terciário, e apenas 8% possuíam plano de saúde¹². Isso nos faz inferir que a atenção primária apresenta barreiras em relação ao cuidado de pacientes oncológicos, provavelmente pelo fato de os médicos da atenção primária se sentirem com menos experiência, habilidade e/ou conhecimento para prosseguirem o acompanhamento da

paciente sobrevivente. Tal crença reafirma as barreiras impostas pela falta de comunicação efetiva entre os serviços terciários e primários de saúde, refletindo a deficiência dos processos de referência e contrarreferência, e prejudicando o atendimento voltado à saúde global da paciente²⁰. Além disso, existe uma cultura na sociedade de que só os hospitais são responsáveis por resolverem os problemas de saúde da população²⁶, consistindo em mais uma barreira para o cuidado integral e contribuindo para uma superlotação dos hospitais.

Todo paciente portador de doença crônica deve estar vinculado a uma equipe de rede básica de saúde, realizando o acompanhamento de medicação de uso contínuo, a garantia do atendimento aos casos agudos, ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida, a fim de garantir a continuidade do processo²⁷. No que se refere à presença de doenças crônicas nas pacientes com câncer de mama, foi visto que quase metade das pacientes tinha o diagnóstico de hipertensão e a minoria, mas, quantitativamente expressiva, tinha o de diabetes *mellitus*. A literatura solidifica esses dados, mostrando que grande parte das pacientes possui doença crônica e que esse fato aumenta a morbidade da doença e dificulta a seleção terapêutica¹⁴. Além disso, 36,8% dessas pacientes alegaram ser assistidas em relação a essas doenças pela atenção primária, enquanto que pouco menos da metade citaram os médicos do IMIP. Porém, a maioria relatou renovar a receita dos medicamentos para essas condições crônicas com o oncologista, contrariamente aos quase um quinto ($\frac{1}{5}$) que citaram os médicos da UBS. Isso nos faz refletir que o cuidado dos pacientes oncológicos está bastante concentrado na atenção terciária, mesmo aquele que é função da atenção primária, o que pode levar a uma superlotação do serviço terciário, diminuindo a abrangência de pacientes que realmente necessitam do cuidado especializado. Além disso, a atenção primária exerce uma função primordial no cuidado

global e continuado dos sobreviventes com câncer a fim de evitar recidivas, como controle das comorbidades, do peso e o estímulo à prática de exercícios físicos²⁰.

No tocante às pacientes que possuíam acompanhamento em UBS, a minoria referiu que sempre era atendida pelo mesmo médico, assim como relatou confiar na capacidade desse profissional. Já em relação ao médico especialista, a maioria alegou ter o atendimento sempre com o mesmo profissional e quase a totalidade da amostra afirmou ter confiança nos especialistas. Esse fato está concordante com a literatura, a qual demonstra que as principais reclamações dos pacientes oncológicos em relação ao atendimento na UBS é a rotatividade dos profissionais, dificultando o atendimento continuado, a fragilidade da articulação entre os serviços primários e terciários, e o prolongamento do tempo de espera para agendar um atendimento na UBS²⁸. Além disso, estudos semelhantes apontam que os pacientes mencionam que os profissionais da atenção primária não apresentavam interesse pelo seu cuidado, diferentemente dos especialistas que sempre esclareciam as suas dúvidas acerca do tratamento²⁹. Esses fatos justificam a preferência e a persistência dos pacientes no serviço terciário mesmo após receberem alta, o que mais uma vez pode levar à superlotação do serviço.

Concluimos, portanto, que a grande maioria das pacientes sobreviventes de câncer de mama ainda demandam cuidados de saúde que são passíveis de manejo pela atenção primária, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Contudo, o sistema de saúde ainda persiste na fragmentação do cuidado, com comunicação deficitária entre os níveis de atenção, insegurança dos profissionais de saúde que trabalham no nível primário e falta de esclarecimento aos usuários sobre as responsabilidades de cada nível de atenção à saúde. Essas são algumas das inúmeras travas encontradas pelo usuário no decorrer de sua busca por um cuidado global, gerando frustração e descrença no sistema de saúde. Tais barreiras tendem a concentrar os pacientes na atenção especializada, que não está

preparada, tanto quantitativamente, quanto estruturalmente, a receber um contingente expressivo de pacientes oncológicos sobreviventes, com queixas não oncológicas, na grande maioria das vezes. Com isso, reiteramos a necessidade que o indivíduo tem de ser cuidado integralmente, e que a persistência de uma atenção à saúde segmentada apenas irá agravar a situação da saúde das pacientes e do país, pois a superlotação do serviço dificulta a prática da equidade.

REFERÊNCIAS:

1. Isikli Esener, I., Ergin, S., & Yuksel, T. (2017). A New Feature Ensemble with a Multistage Classification Scheme for Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Healthcare Engineering*, 2017, 1–15.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012*
3. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). *Estimativa 2018. Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017
4. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2017;151:1-32.
5. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, Burdan F. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2017 Dec 23;24(4):549-553.
6. Sintonio, Fabianny Tomaz. *The access to cancer treatment in São Paulo breast cancer as a tracer*. São Paulo; s.n; 2016. 124 p.
7. James L. Khatcheressian, Patricia Hurley, Elissa Bantug, Laura J. Esserman, Eva Grunfeld, Francine Halberg, Alexander Hantel, N. Lynn Henry, Hyman B. Muss, Thomas J. Smith, Victor G. Vogel, Antonio C. Wolff, Mark R. Somerfield, and Nancy E. Davidson. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 3, Issue 7 (March), 2013: 961-965.
8. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, Cannady RS, Pratt-Chapman ML, Edge SB, Jacobs LA, Hurria A, Marks LB, LaMonte SJ, Warner E, Lyman GH, Ganz PA. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016 Feb 20;34(6):611-35.

9. Gusmão, Elizabete Neta dos Santos; Macena, Tharcilla Nascimento da Silva; Fortuna, Jorge Luiz. Clinical and Epidemiological Characteristics of Breast Cancer in High-Complexity Oncology Patients. Rev. baiana saúde pública; 2016. V40.n3.a1974,Nov.08-2017
10. Santa, Tania Cristina Morais; Rehem, Barbara; Egry, Emiko Yoshikawa; Ciosak, Suely Itsuko; Santos, Walterlânia Silva. Aspects contributing of the occurrence of Ambulatory Care Sensitive Conditions? Rev. Brás. Promoç. Saúde (Imp.); 29(supl)dez. 2016. Tab.
11. Oliveira, Éder Samel Bonfim Esteves; Oliveira, Veneza Berenice; Cladeira, Antônio Prates. Hospitalization due to primary care sensitive conditions in Minas Gerais between 1999 and 2007. Rev. baiana saúde pública. V41.n1.a2322, dez. 2017.
12. Leite Elizandra. Câncer de mama em Campinas: Um retrato do acesso na percepção do usuários do Sistema único de Saúde. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas, 2019.
13. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, Abrahão K, Casado L, Bergman A, Thuler LCS. Breast Cancer in Young Women: Analysis of 12.689 Cases. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 351-359.
14. Nunes Bárbara, Siqueira Stefanni, Pereira Suéllen, Pacheco Thaís, Pessanha Thallyene, Mendonça Sandro. Epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer in Campos dos Goytacazes (RJ), Brazil. Rev Bras Mastologia. 2012;22(4):117-123.

15. Souza Nazareth, Falcão Lucília, Nour Guilherme, Brito Juliana, Castro Marta, Oliveira Mariza. Breast cancer in Young women: na epidemiological study in northeastern Brazil. *Sanare Sobral* V.16 n.02,p.60-67, Jul./Dez. – 2017.
16. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[08 telas] mai-jun 2010.
17. Macêdo et al. The Life Style Influence on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. *R bras ci Saúde* 14(4):13-18, 2011.
18. Alfano et al. Physical activity, long-term symptoms, and physical healthrelated quality of life among breast cancer survivors: A prospective analysis. *J Cancer Surviv.* 2007 June ; 1(2): 116–128.
19. W. Pedroso, M. B. Araújo & E. Stevanato. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. *Motriz, Rio Claro*, v.11 n.3 p.155-160, set./dez. 2005
20. Charles L. Shapiro, M.D. *Cancer Survivorship.* n engl j med 379;25. December 20, 2018
21. Pereira Hilka, Viapiana Paulyne, Silva Kátia. Pathological and Clinical Features of Breast Cancer in Young Women Seen at FCEcon Between 2003 and 2013. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2017; 63(2): 103-109
22. Cirqueira MB, Moreira MAR, Soares LR, Freitas-Júnior R. Molecular subtypes of breast cancer. *Femina*; Outubro 2011; vol 39; nº 10
23. Leite Franciéle, Bubach Susana Bubach, Amorim Maria, Castro Denise, Primo Candida. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(1): 15-21.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.
25. Mendes Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
26. Campos, R. T. O.; Ferrer, A. L. Gama, C. A. P.; Campos, G. W. S.; Trapé, T. L.; Dantes, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 38, N. especial, P. 252-264, out 2014
27. Malta, D.C.; Merhy, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Comunicação saúde educação v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010
28. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KMJ, Almeida AM, Gutiérrez MGR. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):286-92
29. Silva M. R. F.; Braga, J. 114 P. R.; Moura, J. F. P.; Lima, J. T. O. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, Jul-set 2016.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínica de pacientes sobreviventes de câncer de mama. IMIP 2019

Variáveis	Todas pacientes N (%)	Acompanhadas pelo PSF (%)	Sem acompanhamento em PSF (%)	P	
Nº de pacientes	181	79	102		
Idade (média ± DP; extremos)	59,26 ± 12,4; 34- 93				
< 60 anos	106 (58,6)	42 (53,2)	64 (62,7)	0,19	
≥ 60 anos	75 (41,4)	37 (46,8)	38 (37,3)		
Situação conjugal					
• Com companheiro	87 (48,3)	34 (43,0)	53 (51,9)	0,20	
• Sem companheiro	93 (51,6)	45 (57,0)	48 (44,1)		
• SI/SR	1 (0,6)	0	1 (1,0)		
Raça					
• Branca	47 (26,4)	19	28	0,38	
• Outras	134 (74,0)	60	74		
Escolaridade (Anos de estudo)					
• ≤ 8	85 (46,2)	31	54	0,11	
• >8	96 (52,2)	48	48		
Tabagismo					
• Nunca fumou	113 (62,43)	-	-	NS	
• Atual ou ex- tabagista	68 (37,52)				
Ingesta alcoólica					
• Nunca bebeu	82 (45,3)	-	-	NS	
• Atual ou ex-etilista	99 (56,7)	-	-		
Renda total familiar (média ± DP; extremos)					
≤ 1 salário mínimo vigente	1681,56 ± 1488,65; 450,0 – 10.000	55 (30,4)	38	17	0,54
	126 (69,6)	41	85		
Trabalha atualmente				0,11	

• Sim	27 (14,92)	8	19	
• Não	154 (85,08)	71	83	0,11

Gráfico 1 – Gráfico demonstrando as principais justificativas citadas pelas pacientes sobre o não acompanhamento na UBS.

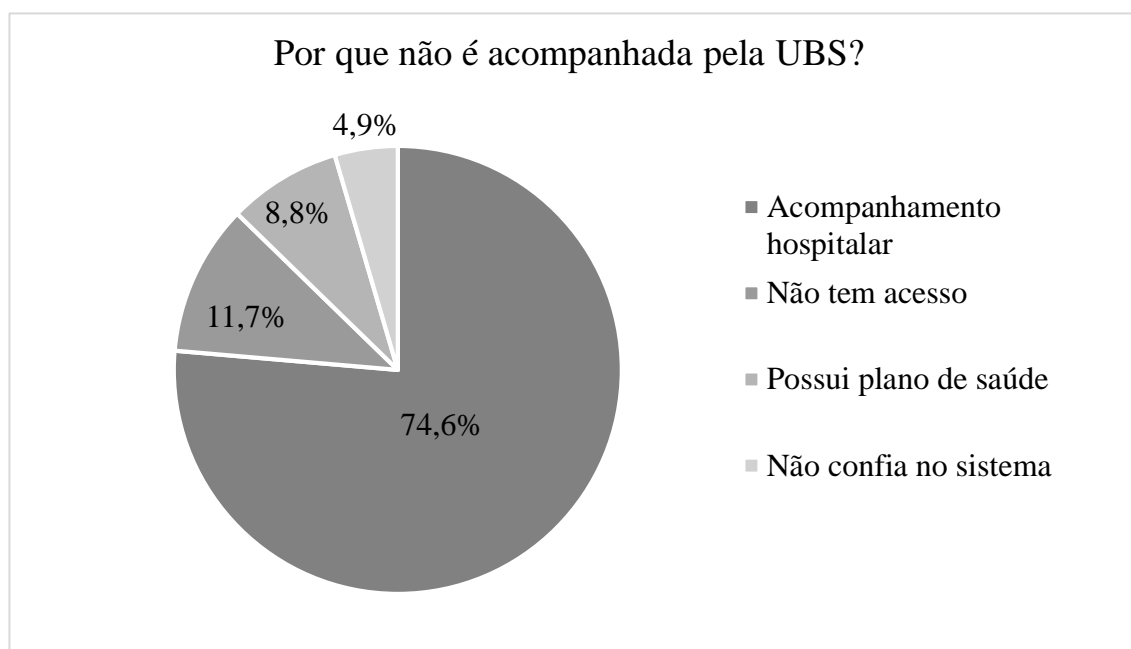


Gráfico 2 – Gráfico demonstrando os principais locais procurados pelas pacientes quando surge um problema de saúde.

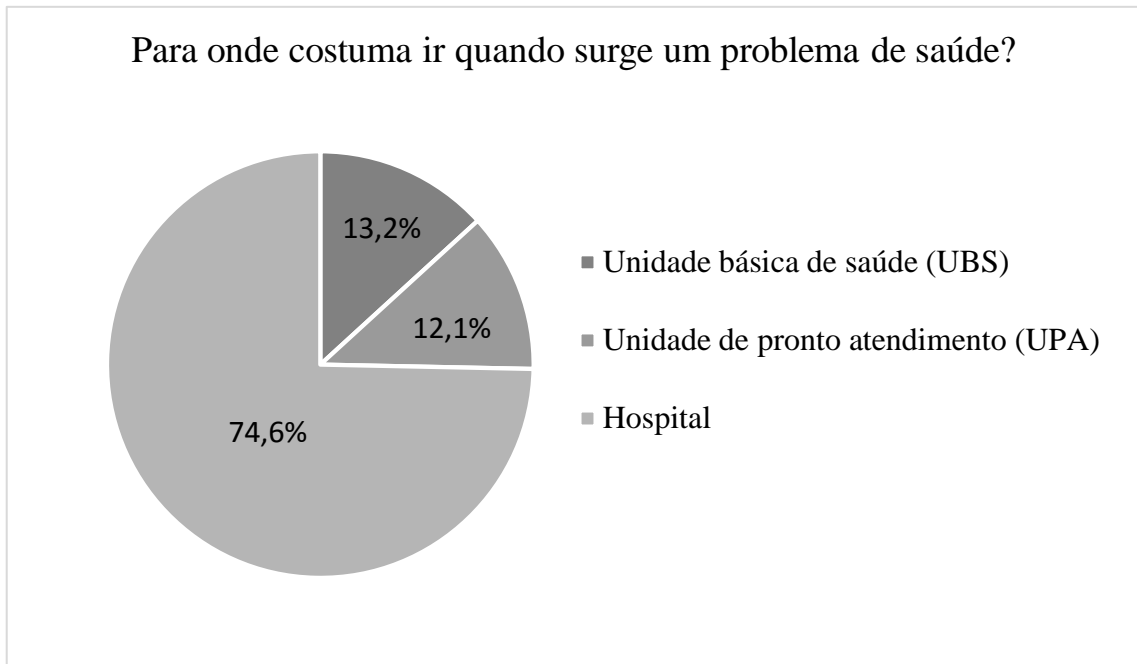


Gráfico 3 – Gráfico comparando as respostas das pacientes em relação ao acompanhamento em UBS e serviço especializado.

