

## Artigos originais

## Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca

*Therapeutic itinerary and access to health services in cases of oral cancer deaths*

Rodrigo Cesar Abreu de Aquino<sup>(1)</sup>  
Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima<sup>(1)</sup>  
Vanessa de Lima Silva<sup>(1)</sup>  
Fábio Lima de Alencar<sup>(2)</sup>  
Mirella Rodrigues<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>(2)</sup> Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Rodrigo Cesar Abreu de Aquino, defendida em 2015, pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco.

Conflito de interesses: Inexistente



## RESUMO

**Objetivo:** descrever o itinerário terapêutico percorrido pelos indivíduos que foram a óbito por câncer de boca, num município do Nordeste do Brasil, mensurando as distâncias e o tempo médio gasto na busca pelos serviços de diagnóstico e tratamento.

**Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, onde foram entrevistados os informantes-chave dos casos e georreferenciados os pontos das residências e os dos serviços. Foram estudadas as variáveis relacionadas ao local de diagnóstico, à distância percorrida e ao tempo gasto para os locais de diagnóstico, de tratamento e local do óbito, serviços utilizados durante percurso terapêutico e as principais dificuldades de acesso enfrentadas. As diferenças percentuais foram testadas por meio do teste exato de Fisher, com  $\alpha=5\%$ . Para avaliar o comportamento e a identificação de áreas quentes para essa mortalidade foi utilizada a técnica do estimador de densidade de Kernel.

**Resultados:** dos 18 casos de óbito por câncer de boca, 94,4% receberam o diagnóstico em serviços de referência, para 83,3% o tempo entre o diagnóstico e o tratamento foi de até 60 dias, para 77,8% o tempo entre o diagnóstico e o óbito foi menor de um ano, e 72,2% apontaram as questões financeiras como entraves para o acesso. A distância média percorrida para os locais de diagnóstico foi de 7.364,7m, com tempo médio gasto de 32,67min, e para o tratamento foi de 6.987,5m e 33,68min.

**Conclusão:** o itinerário terapêutico evidenciou que o diagnóstico da lesão ocorreu predominantemente fora do município de residência, e que, a despeito disso, as pessoas percorreram uma distância razoavelmente pequena até os serviços de saúde, gastando cerca de meia hora para este deslocamento.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias Buciais; Atenção à Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** to characterize the therapeutic itinerary followed by individuals who died from oral cancer in one area in the northeastern of Brazil, measuring the distances and average time spent in the searching for diagnosis and treatment service.

**Methods:** this is an epidemiological, cross-sectional, retrospective study, where the key informants were interviewed and the points of residence and services were geo-referenced. The variables related to the location of diagnosis, the distance traveled and the time spent for the diagnostic sites, treatment and place of death, services used during the therapeutic course and the main access difficulties were studied. Percent differences were tested using Fisher's exact test, with  $\alpha = 5\%$ . To evaluate the behavior and the identification of hot areas for this mortality, the Kernel density estimator technique was used.

**Results:** of the 18 cases of death due to oral cancer, 94.4 % were diagnosed in reference centers; 83.3% were diagnosed and treated for up to 60 days; 77.8% were diagnosed and died in less than one year, and in 72.2 %, financials reasons were identified as an obstacle to access to a health care provider. The average distance traveled to the diagnoses sites was 7,364.7 meters, with an average time spent of 32.67 min and for treatment, it was 6,987.5 meters and 33.68 min.

**Conclusion:** the study showed that the diagnosis of the injury occurred predominantly outside the municipality of residence, although , people walked a fairly small distance to the health services, spending about half an hour for this displacement.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Mouth Neoplasms; Health Care (Public Health)

Recebido em: 06/10/2017

Aprovado em: 23/08/2018

## Endereço para correspondência:

Mirella Rodrigues

Rua Manoel de Arruda Câmara, 120, apto 904, Prado  
CEP: 50720-140 - Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: mirellarod@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Estudos sobre rede de atenção à saúde destacam os aspectos referentes ao modo e ao momento em que as pessoas buscam acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto<sup>1,2</sup>.

As redes de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população e, como tal, devem operar em total consonância com a situação de saúde dos usuários. Esses sistemas se articulam através de fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão)<sup>3</sup>.

O percurso e todos os movimentos realizados por estas pessoas ou grupos na busca pela manutenção ou recuperação da saúde é definido como itinerário terapêutico, essa trajetória assistencial incorpora diversos recursos de uma rede assistencial organizada<sup>4,5</sup>.

O itinerário pelos serviços de saúde representa a forma de funcionamento destes sistemas, no qual seu trajeto compreende toda relação convencional — consultas médicas, hospitalizações, realização de exames preventivos e diagnósticos — com os serviços de saúde, assim como percurso terapêutico complementar – apoio religioso, terapias cognitivas e práticas integrativas e complementares. A escolha de qual caminho seguir é resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Ainda não há consenso na literatura sobre os condicionantes para a escolha desse itinerário, porém fatores relacionados ao acesso geográfico e sócio-organizaional dos serviços, influenciam diretamente nessa escolha<sup>1,6-8</sup>.

Sistema Único de Saúde (SUS) considera a atenção básica como uma das portas de entrada de usuários, articulando o acesso desses aos serviços em diferentes níveis de densidade tecnológica, assumindo o compromisso do acompanhamento longitudinal dentro da rede de atenção<sup>7</sup>.

As características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, influenciam na utilização desses serviços oferecidos<sup>1</sup>. Donabedian<sup>9</sup> define duas dimensões da acessibilidade que se inter-relacionam entre si. A

primeira é a sócio-organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso desses serviços, tais como as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. A segunda dimensão é a geográfica, que se relaciona a análise do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem e dificuldades para mobilidade. A relação destes com o uso de serviços expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços.

O câncer de boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias do tumor, como os lábios e a cavidade bucal (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca). A análise das taxas de incidência do câncer de boca é mais completa quando se avaliam todas as suas partes anatômicas em conjunto, já que elas sofrem influência dos mesmos fatores de risco, e também porque uma lesão numa localização da boca pode estender-se para outras partes da mesma<sup>10</sup>.

Desta forma, enfrentar um diagnóstico de câncer exige de cada pessoa a reavaliação do próprio itinerário terapêutico, novas inter-relações e a própria reflexão sobre a existência, o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, onde possibilitará a busca por cuidados, através de trajetórias, na tentativa de solucionar problemas da doença e como movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade<sup>5,11</sup>.

No Brasil existem dispositivos legais que tratam do acesso e buscam garantir a atenção integral à população, para o diagnóstico e o tratamento do câncer, em tempo oportuno e de forma estruturada e hierarquizada. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 e da Portaria GM nº. 741 de 19 de dezembro de 2005. No que diz respeito à rede, há previsão de ações que vão do processo de credenciamento e gestão até a definição de diferentes serviços e suas aptidões e qualidades.

Estudos sobre acesso e itinerário se fazem necessário, uma vez que são escassas as publicações que abordem o caminho percorrido pelos pacientes com câncer, em busca do diagnóstico e tratamento. Conhecer esta realidade, pode contribuir de forma

potencial com a identificação dos principais pontos de entrave, que dificultam o acesso destes pacientes.

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo descrever o itinerário terapêutico percorrido pelos indivíduos que foram a óbito por câncer de boca, num município do Nordeste do Brasil, mensurando as distâncias e o tempo médio gasto na busca pelos serviços de diagnóstico e tratamento.

## MÉTODOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO, sob o CAAE de número 21394913.9.0000.5194, parecer nº 420.224, e todos os informantes-chave assinaram ao Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, desenvolvido em Olinda, município localizado na Região Metropolitana do Recife – PE, com população estimada em 397.268 habitantes, predominantemente urbana, distribuída em 43,5 Km<sup>2</sup> e em 32 bairros<sup>12</sup>.

A rede assistencial de saúde de Olinda proporciona cobertura de 50% da população cadastrada na estratégia saúde da família e 23% são cobertas pelas equipes básicas de saúde bucal. Olinda participa do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através de pactuação intermunicipal com Recife<sup>13</sup>.

Para caracterizar o itinerário terapêutico, identificaram-se os casos de óbitos por câncer de boca (CID C00 a C10) notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em residentes em Olinda, nos anos de 2012 e 2013, com a assistência integralmente realizada pelo SUS. Através dos registros de endereço contidos nas declarações de óbito notificadas ao SIM, realizou-se entrevistas com os informantes-chave de cada caso, por meio de busca ativa residencial. Essas entrevistas foram realizadas utilizando os princípios do protocolo da Autópsia Verbal (AV). AV é um questionário aplicado aos familiares e/ou cuidadores da pessoa falecida e utilizado para se obter informações sobre óbito com o objetivo de conhecer a estrutura da mortalidade nessas áreas. A pessoa que fornece as informações é a chave para uma investigação bem sucedida. Nesse caso, uma pessoa maior de idade e que mantinha contato direto com o caso, deve ser o responsável pelas informações prestadas<sup>14</sup>.

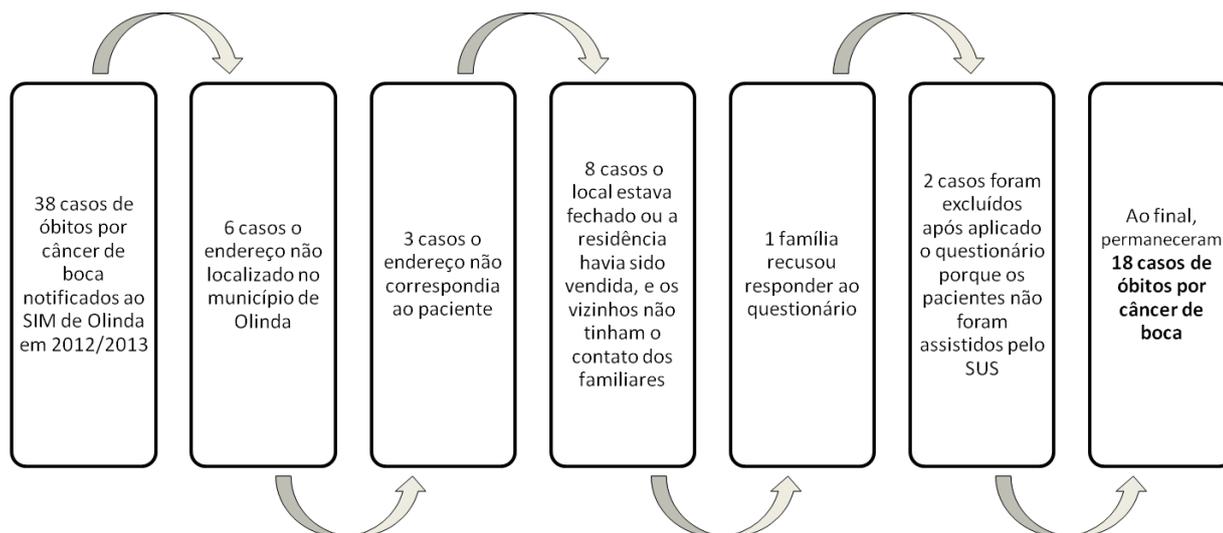
Foi traçado um roteiro de visitas conforme localização e proximidade dos casos, viabilizadas por meio do serviço *Google Maps*® versão 2014, respeitando suas políticas de utilização. A identificação do local exato da residência foi feita pelos pesquisadores, com o apoio da Equipe de Saúde da Família quando a área era coberta. Após essa etapa, a equipe de execução da pesquisa, previamente treinada quanto à aplicação do instrumento de coleta e aos princípios do protocolo da Autópsia Verbal, iniciou a coleta dos dados. Quando o local se encontrava fechado, a visita ocorreu por mais duas vezes, em horários e dias diferentes, de modo a garantir a ausência de moradores neste local, além da confirmação através do questionamento aos vizinhos laterais e frontais.

Segundo os dados notificados ao SIM, ocorreram neste período 38 casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda. Destes, em seis casos o endereço registrado na DO era inexistente ou não localizado no município de Olinda; em três casos, o endereço não correspondia ao paciente; para oito casos o local estava fechado ou a residência havia sido vendida, e os vizinhos não tinham o contato dos familiares; houve uma recusa em responder ao questionário; e dois casos, após aplicado o instrumento de coleta de dados, houve a exclusão devido os pacientes não terem sido assistidos pelo SUS, totalizando 18 casos, os quais compuseram a população deste estudo (Figura 1).

As variáveis do estudo estão relacionadas ao local de diagnóstico, à distância percorrida e ao tempo gasto para os locais de diagnóstico e tratamento e local do óbito, serviços utilizados durante percurso terapêutico e as principais dificuldades de acesso enfrentadas.

Para mensurar o acesso aos serviços utilizados, verificando quantidade, distribuição e distância entre a residência e os serviços, realizou-se a técnica de georeferenciamento dos casos utilizando o Sistema de Posicionamento Global (GPS) para marcação dos pontos referentes à residência e aos serviços acessados. Foi utilizado o equipamento de GPS Portátil *Garmin Etrex 10*®, nos quais todos os pontos foram marcados no intervalo entre às 14 e 17 horas, para evitar variância entre o alinhamento dos satélites e diminuição da margem de erro para o posicionamento dos mesmos ( $\leq 5$  metros)<sup>15</sup>.

Foi realizada distribuição espacial dos casos e dos serviços utilizados para o diagnóstico e o tratamento do câncer de boca. Utilizou-se o estimador de densidade de Kernel para avaliar o comportamento e



**Figura 1.** Fluxograma relativo à população de estudo após as perdas

a identificação de áreas quentes para a mortalidade por esta causa. As diferenças percentuais das variáveis categóricas foram testadas por meio do teste exato de Fisher, com  $\alpha=5\%$ . Para as variáveis tempo gasto e distância percorrida entre a residência e os serviços de diagnóstico e tratamento foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão. Foram utilizados os softwares *EpilInfo*, versão 3.5.4, o *Bioestat*, versão 5.0, e para as análises espaciais se utilizou o *Arcview*<sup>®</sup>, versão 3.2., e a ferramenta *Google Earth*<sup>®</sup>. Com esta última, foi possível mensurar a distância e o tempo, considerando o uso de transporte coletivo para o deslocamento.

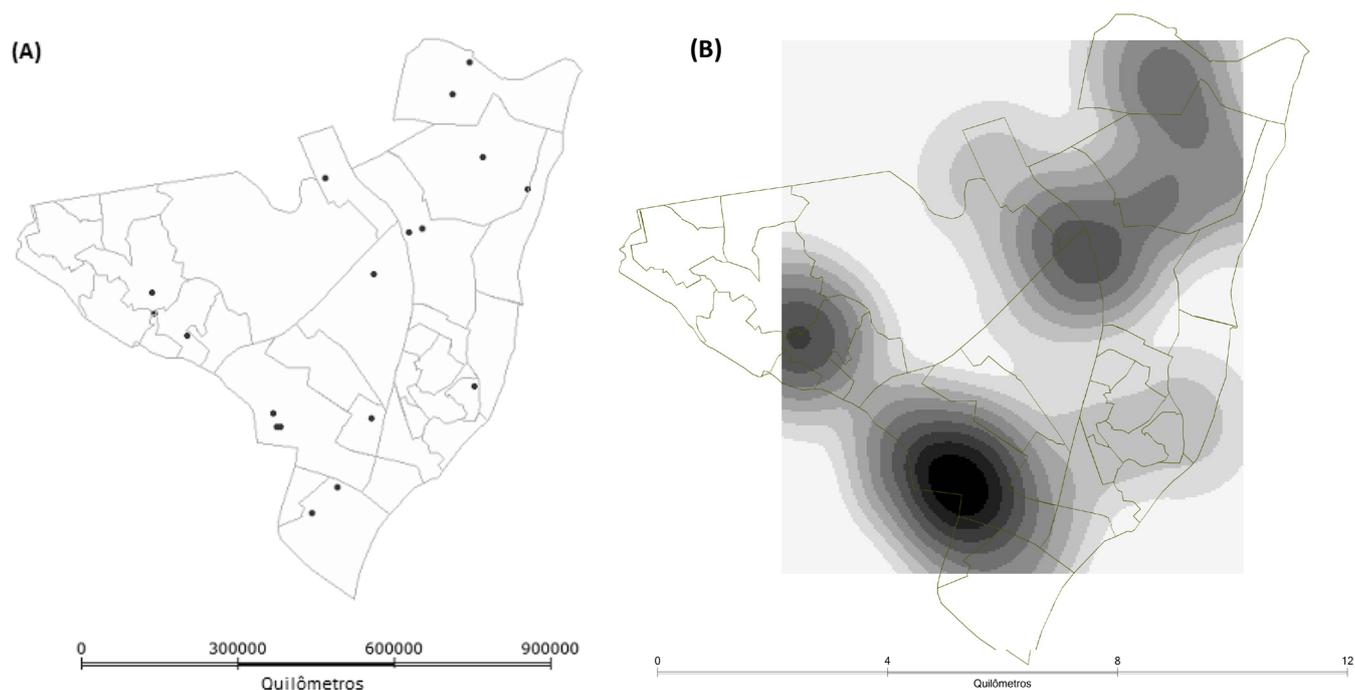
## RESULTADOS

Dos 18 casos de óbito por câncer de boca investigados, 94,4% (17) tiveram o diagnóstico em serviços especializados ou de referência ( $p<0,001$ ). O tempo entre o diagnóstico e o tratamento em até 60 dias ocorreu para 83,3% (15) dos casos ( $p<0,001$ ;  $X=47,4$  dias;  $Md=30$  dias;  $\delta=29,9$  dias); para 77,8% (14) o tempo entre o diagnóstico e o óbito foi de até 12 meses ( $p<0,0001$ ;  $X=22,7$  meses;  $Md=12$  meses;  $\delta=39,5$  meses); e em 72,2% (13) as dificuldades financeiras foram apontadas como os maiores entraves para o acesso aos serviços ( $p<0,001$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Acesso à atenção oncológica dos óbitos por câncer de boca, 2012/2013, Olinda, Pernambuco, Brasil

Variável	N	%	p-valor (*)
Local de diagnóstico			
Atenção Básica à Saúde	1	5,6	$X^2=77,22$ ; $p<0,001$
Serviço Especializado ou Referência	17	94,4	
Tempo entre o diagnóstico e o Início do tratamento			
Até 60 dias	15	83,3	$X^2=43,04$ ; $p<0,001$
61 dias ou mais	3	16,7	
Tempo entre o diagnóstico e o óbito			
Até 12 meses	14	77,8	$X^2=29,76$ ; $p<0,001$
13 meses ou mais	4	22,2	
Dificuldades para o acesso aos Serviços de Saúde			
Temporais (Período entre consultas e tratamentos)	3	16,7	$X^2=79,13$ ; $p<0,001$
Geográficas (distância e condições ambientais)	2	11,1	
Financeiras (transporte, hospedagem, alimentação, tratamentos complementares)	13	72,2	
Total	18	100,00	

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal  
 (\*) Teste Exato de Fisher com  $\alpha=5\%$ .



Fonte: Dados coletados pelo pesquisador

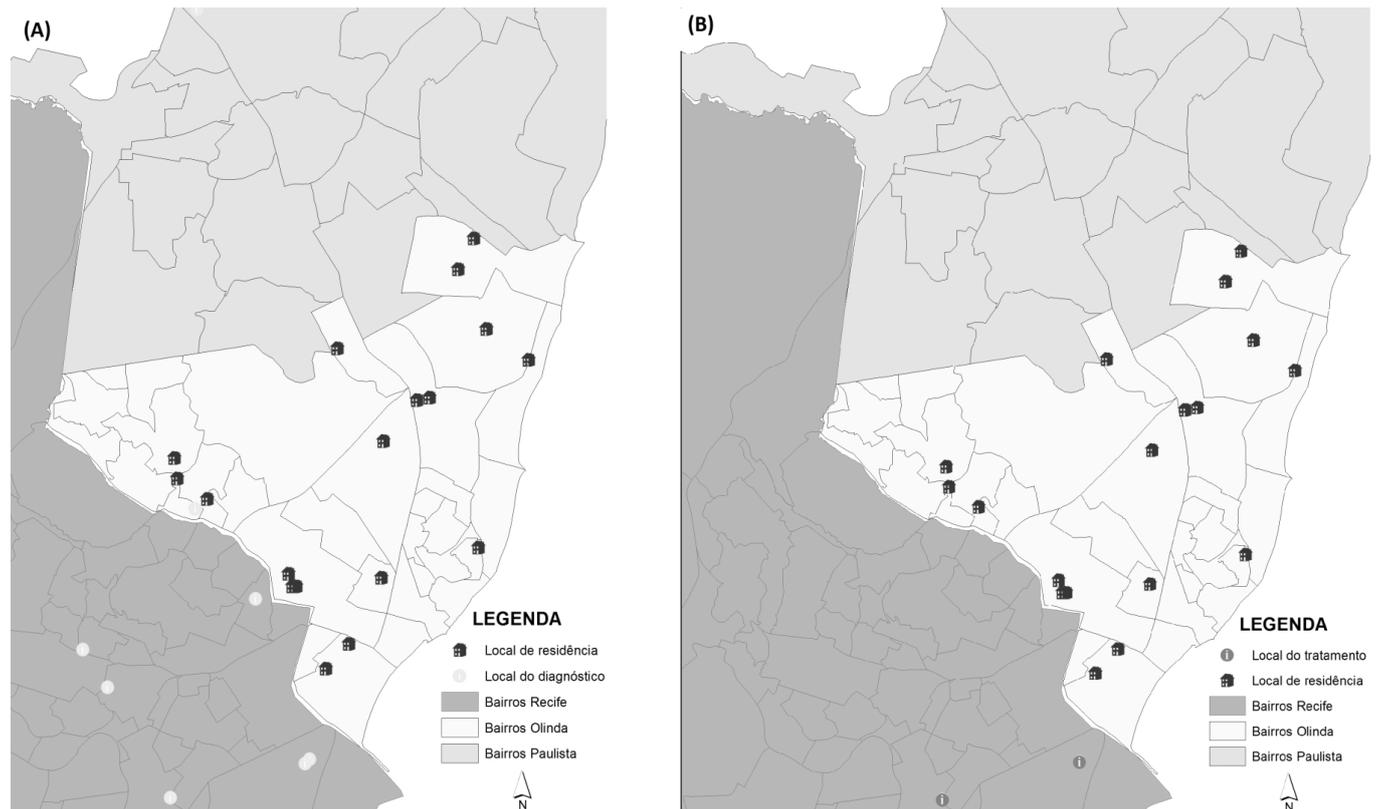
**Figura 2.** (A) Distribuição, (B) Análise espacial por estimador de densidade de Kernel, dos óbitos por câncer de boca, Olinda, Pernambuco, Brasil, 2012/ 2013

A espacialização dos óbitos inicialmente não apresentou nenhum padrão de distribuição, ocorrendo em todo território do Município de Olinda (Figura 2A).

No entanto, o estimador de densidade de Kernel apontou a existência de uma de maior concentração de casos (área quente) para a ocorrência desse evento localizada mais ao sul do município, na região de divisa com Recife (Figura 2B).

Dos serviços utilizados para o diagnóstico e o tratamento do câncer de boca, 94% dos óbitos foram diagnosticados fora do município de Olinda (Figura 3 A e B).

Tomando como referência as residências dos óbitos por câncer de boca, a distância média percorrida por esses indivíduos para os locais de diagnóstico foi de 7.364,7 metros ( $Md=6.300m$ ;  $\delta=3.567,38m$ ), com tempo médio gasto de 32,67 minutos ( $Md=28min$ ;  $\delta=17.25min$ ). Já para os locais de tratamento, a distância percorrida foi de aproximadamente 6.987,5 metros ( $Md=6.950m$ ;  $\delta=2.974,98m$ ), gastando em média 33,68 minutos até o serviço informado ( $Md=34,5min$ ;  $\delta=14.35min$ ) (Tabela 2).



Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

**Figura 3.** (A) local de diagnóstico e (B) Local de tratamento dos óbitos por câncer de boca, Olinda, Pernambuco, Brasil, 2012/ 2013.

**Tabela 2.** Acesso à atenção oncológica dos óbitos por câncer de boca, 2012/2013, Olinda, Pernambuco, Brasil

Variável	Média	Mediana	Mínima	Máxima	DP
Residência ao Local de Diagnóstico					
Distância Média (*)	7364.7	6300	2500	14200	3567.38
Tempo Médio (**)	32.67	28	11	60.25	17.25
Residência ao Local de Tratamento					
Distância Média (*)	6987.5	6950	2500	12900	2974.98
Tempo Médio (**)	33.68	34.5	14	60	14.35

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal

(\*) Distância em metros usando transporte coletivo; (\*\*) Tempo em minutos usando transporte coletivo.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo apontaram os serviços especializados e de referência como local predominante para o diagnóstico do câncer de boca. Isto se dá pelo fato da confirmação das lesões necessitarem de procedimentos e insumos disponíveis apenas em serviços de média ou alta complexidade. Isso demonstra, em certa medida, a fragilidade para a detecção precoce, uma vez que os serviços de atenção básica funcionam como porta de entrada para a rede de atenção à saúde, no entanto, tem dificuldade

para identificar em fase inicial as primeiras lesões sugestivas para a neoplasia. Entretanto a utilização dos serviços de saúde está ligada a características da oferta, à conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços e o estadiamento da doença<sup>7,16,17</sup>.

Foi possível verificar que na maioria dos casos o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento específico ocorreu em até 60 dias. Isso demonstra que os serviços de saúde começam o tratamento dentro do tempo estabelecido pela portaria ministerial número 1.220/14. Por se tratar de uma

patologia de evolução rápida, chegar ao limite deste prazo pode não ser estratégico para atuar sobre o avanço da doença. O Ministério da Saúde do Brasil estabelece que o paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no 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<sup>18</sup>.

O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, assim como o itinerário percorrido pelo indivíduo nos diversos níveis dos serviços de saúde podem gerar angústias e dúvidas sobre sua condição clínica, dificultando o acesso ao serviço especializado e assim, reduzir as chances de tratamento efetivo. Nesse cenário, destaca-se a realidade brasileira, que apesar dos muitos esforços na tentativa de estruturação de fortalecimento, a rede de atenção oncológica ainda lida com fragilidades, com importantes intervalos de tempo entre o acesso aos serviços em várias fases do tratamento<sup>19</sup>.

Dependendo do tempo de espera para o início do tratamento, assim como algumas dificuldades para se realizar o mesmo, como distância, falta de recursos financeiros e efeitos colaterais exacerbados, a cura do paciente pode ser mais demorada que o previsto, ou ainda, o paciente pode evoluir para um quadro de maior agravamento da doença. Os resultados desse estudo descrevem que a maioria dos óbitos ocorreu antes de um ano (77,8%). Isso pode estar relacionado à identificação da lesão em um estágio avançado, ao longo intervalo de tempo para o diagnóstico laboratorial da lesão ou ao início da terapêutica. Uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articuladas, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico, levando a um bom prognóstico da doença<sup>19</sup>.

Estudo realizado em Sydney, Austrália, avaliou o nível de preocupação do paciente e a relação com o tempo decorrido entre o diagnóstico e as etapas dos tratamentos realizados, sendo constatado que o paciente se angustia mais com o longo período de espera entre o diagnóstico e o tratamento, do que com as complicações da terapêutica realizada. A demora no agendamento das consultas especializadas é uma das barreiras de acesso para o atendimento integral da população, retardando o diagnóstico precoce e, assim,

um tratamento mais efetivo para a doença, além disso, a inexistência de critérios definidos para a escolha do serviço de referência no qual os usuários serão encaminhados é outro aspecto que dificulta o acesso<sup>8,20</sup>.

No que se refere às dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, os recursos financeiros, como o custeio com o transporte e a alimentação, foram identificados como principal empecilho para sua utilização destes serviços. Nos serviços de atenção oncológica, dentre alguns fatores, destaca-se a distância que o usuário percorre até entrar na rede de atendimento oncológico e os custos implicados para este deslocamento. A distância percorrida pelo paciente deve ser considerada, pois irá exigir dele repetidas visitas aos serviços de saúde para atendimento e tratamento específico. Neste sentido, a localização e descentralização de serviços, o tempo e os custos envolvidos com o deslocamento são fundamentais para a avaliação do padrão de acessibilidade destes indivíduos<sup>7,16</sup>.

A localização espacial dos óbitos demonstrou uma distribuição de caráter mais homogêneo no território de Olinda, no entanto, com área de maior densidade na região próxima à divisa com o Recife. Observou-se na análise de Kernel a existência de uma área de maior ocorrência para os casos mais graves de câncer de boca, que levam a óbito. Estas áreas coincidem com bairros que apresentam menores condições socioeconômicas, favorecendo o aumento dos fatores de risco para o câncer de boca, tais como etilismo, tabagismo e maus hábitos de higiene oral, além da relação que esta doença se mantém com os determinantes sociais da saúde<sup>10</sup>.

Identificou-se que o diagnóstico da lesão se deu de forma predominante fora do município de Olinda. Ainda foi possível verificar que todos os pacientes iniciaram seu tratamento em hospitais de referência na cidade vizinha, Recife. Isto se dá pelo fato de Olinda não possuir atendimento de alta complexidade com dispositivos tecnológicos e terapêuticos necessários para a atenção oncológica, participando apenas do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de pactuação intermunicipal com Recife<sup>13</sup>. A concentração e centralização dos recursos diagnósticos e terapêuticos, desejável para garantir maiores volumes e melhor qualidade do atendimento, muitas vezes impõe extensos deslocamentos a uma parcela considerável da população<sup>7</sup>.

A mensuração da distância percorrida e o tempo gasto pelos pacientes até os locais de diagnóstico e

tratamento, utilizando os veículos coletivos como meio de transporte, evidenciou que os indivíduos percorrem, em média, trechos razoavelmente pequenos, apesar dos desvios padrões para ambos os parâmetros terem sido elevados. No entanto, nesse estudo não foram avaliados os custos desse deslocamento, nem quantidade de transportes utilizados. Os autores ratificam aqui a importância do investimento em políticas públicas voltadas para o transporte, pois o acesso aos serviços de saúde é influenciado pela distância e tempo que se deve percorrer e pelo seu custo para esse deslocamento.

Não foram encontrados estudos que determinem o tempo e a distância ideais para o acesso do paciente aos serviços de saúde. Entretanto, pesquisas apontam que a distância e o tempo gasto para realizar esse trajeto assumem relevância na evolução da doença e agravamento do quadro, uma vez que a proximidade do serviço de saúde interfere na precocidade do diagnóstico e no início do tratamento<sup>7,16</sup>.

Pressupõe-se que o caminho percorrido pelos usuários, desde a atenção primária até a especializada, em busca do diagnóstico e do tratamento, é um indicador da qualidade geral do acesso ao cuidado integral e do sistema de saúde que fornece esse cuidado<sup>20,21</sup>. As dificuldades relativas à acessibilidade geográfica e ao tempo gasto para chegar aos serviços de saúde especializados têm sido identificadas como uma barreira para a utilização dos mesmos<sup>22-25</sup>. No estudo de Holmes e colaboradores<sup>26</sup> foi avaliada a associação entre a distância percorrida pelo paciente e o diagnóstico tardio da doença. O deslocamento percorrido pelo indivíduo através do seu itinerário terapêutico faz com que a distância e a demora interfiram diretamente na busca ao serviço de saúde, assim como na adesão à terapêutica especializada, reduzindo a precocidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento.

Conhecer o itinerário percorrido pelo paciente permitiu identificar os entraves que podem dificultar o diagnóstico precoce e interferir no processo terapêutico da pessoa com câncer, tais como dificuldades de ordem financeiras por parte da família, ratificando a determinação social deste agravo à saúde, e a fragilidade na atenção básica para proceder ao diagnóstico.

O tempo gasto entre o diagnóstico e o óbito reforçam a importância de fortalecer a rede de atenção oncológica, tendo em vista que dificuldades dessa ordem podem levar o indivíduo ao diagnóstico da

doença em fases avançadas e diminuir consideravelmente as chances de cura.

Por fim, alguns elementos constituíram limitações metodológicas ao estudo, tais como o registro impreciso dos endereços no SIM, dificultando a localização das residências e a possibilidade de ocorrência de viés temporal de memória dos informantes-chave, tendo em vista tratar-se de um estudo retrospectivo. Contudo, para este foram adotadas estratégias de contextualização da época do adoecimento e morte dos indivíduos, de modo a reduzir os efeitos da questão temporal, proporcionando maior segurança na coleta das informações.

## CONCLUSÃO

O itinerário terapêutico dos casos aqui estudados evidenciou que o diagnóstico da lesão ocorreu predominantemente fora do município de residência e que as pessoas percorriam uma distância média de sete quilômetros até os locais nos quais receberam os cuidados em saúde, gastando em média trinta minutos para este deslocamento. As principais dificuldades relatadas para acessar os serviços de saúde foram de ordem financeira, reafirmando a determinação social deste agravo à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(Sup 2):S190-S198.
2. Cabral ALLV, Hemáez AM, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4433-42.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011. [acesso em 2018 abr 30]. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965).
4. Brustolin A, Ferretti F. Therapeutic itinerary of elderly cancer survivors. *Acta paul. enferm*. 2017;30(1):47-59.
5. Pinho PA, Pereira PPG. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2012;16(41):435-47.

6. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA; 2008.
7. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(2):317-26.
8. Paul C, Carey M, Anderson A, Machenzie L, Sanson-Fisher R, Courtney R et al. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey. *Eur J Cancer Care*. 2012;21(3):321-9.
9. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
10. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. Estimativa 2014 - Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
11. Rosa LM, Búrigo T, Radunz V. Itinerário terapêutico: alimentação e câncer. *Rev. enferm*. 2011;19(3):463-7.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para o TCU em 2012. [acesso em 2014 abr 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
13. Secretaria de Saúde de Olinda. Sala de Situação de Olinda -2012. [Acesso em 2013 abr 18]. Disponível em: <http://www.saudeolinda.blogspot.com.br>.
14. Campos D, França E, Loschi RH, Souza MFM. Verbal autopsy for investigating deaths from ill-defined causes in Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(6):1221-33.
15. Garrastazú MC. Manual de uso e orientação do GPS de navegação. Colombo: EMBRAPA, 2011. [acesso em 2015 jan 05]. Disponível em: <http://www.cnpf.embrapa.br/publica/seriedoc/edicoes/Doc229.pdf>.
16. Engel HR, Weiller TH, Farão EMD, Barros IFO, Bordignon JS, Luz EMF. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(1):307-14.
17. Aquino RCA, Lima MLLT, Menezes CRCX, Rodrigues M. Epidemiologic aspects of mortality from oral cancer: understanding the risks to enable the early detection of changes in communication. *Rev. CEFAC*. 2015;17(4):1254-61.
18. Brasil. Casa Civil. Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm)
19. Aquino RCA, Vilela MBR. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. *Distúrb. Comum*. 2014;26(2):3-6.
20. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Junior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1283-93.
21. Aquino RCA, Vilela MBR. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. *Rev. Saúde. com*. 2016;12(2):1-3.
22. Silva JES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010;10( Suppl 1):s49-s60.
23. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(1):111-20.
24. Travassos C, Oliveira RXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(4):975-86.
25. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
26. Holmes JA, Carpenter WR, Wu Y, Hendrix LH, Peacock S, Massing M et al. Impact of distance to a urologist on early diagnosis of prostate cancer among black and white patients. *J Urol*. 2012;187(3):883-8.