

Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: Revisão Integrativa

Access of the patient to the cancer network under the “Sixty-Day Law”: Integrative Review
Acceso del paciente a la red oncológica en la vigencia de la “Ley de los Sesenta Días”: Revisión Integrativa

Mariela Santos Lombardo¹

ORCID: 0000-0003-2927-9861

Regina Célia Popim¹

ORCID: 0000-0001-8341-1590

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
Botucatu, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Lombardo MS, Popim RC. Patient access to the oncology network under the “Sixty-Day Law”: Integrative Review of the literature. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190406. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>

Autor Correspondente:

Mariela Santos Lombardo
E-mail: marilombardo@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 13-08-2019 **Aprovação:** 25-11-2019

RESUMO

Objetivos: analisar a produção científica brasileira sobre o acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”. **Métodos:** revisão integrativa realizada por meio das bases de dados: Lilacs, PubMed e Scielo. Os descritores utilizados foram: neoplasias, acesso ao serviço de saúde e diagnóstico precoce de câncer. Foram incluídos artigos publicados de 2015 a março de 2019. **Resultados:** foram analisados 17 artigos, dos quais emergiram quatro temas: desigualdade no acesso; a qualificação do profissional na Atenção Primária; o tempo como fator determinante; o sistema de informação como fator limitante. **Conclusões:** o acesso à rede oncológica é desigual, há várias barreiras enfrentadas pelos usuários. É necessária a educação permanente do profissional de saúde para lançar estratégias preventivas. O início do tratamento é tardio, demonstrando fragilidade na aplicação da legislação. Percebe-se que há fragmentação da rede de atenção, falta articulação entre os serviços e, conseqüentemente, há falta de monitoramento do paciente. **Descritores:** Neoplasias; Acesso aos Serviços de Saúde; Diagnóstico Precoce de Câncer; Revisão; Instituto de Câncer.

ABSTRACT

Objectives: to analyze Brazilian scientific production on patient access to the oncology network under the “Sixty-Day Law”. **Methods:** integrative review of the literature in the databases Lilacs, PubMed and Scielo. The descriptors used were: neoplasms, health services accessibility, early detection of cancer. Articles published from 2015 to March 2019 were included. **Results:** 17 articles were analyzed and four themes emerged: inequality in access; qualification of Primary Care professionals; time as a determinant factor; information system as limiting factor. **Conclusions:** the access to the oncology network is unequal and there are several barriers faced by the users. A continuing education of health professionals is necessary to implement preventive strategies. Treatment initiation is late, showing non-compliance with the law. The health care network is highly fragmented, there is lack of coordination between the services and, consequently, there is a lack of patient follow-up. **Descriptors:** Neoplasms; Health Services Accessibility; Early Detection of Cancer; Review; Cancer Institute.

RESUMEN

Objetivos: analizar la producción científica brasileña sobre la accesibilidad del paciente a la red oncológica, según la vigencia de la “Ley de los Sesenta Días”. **Métodos:** se trata de una revisión integradora llevada a cabo según las bases de datos: Lilacs, PubMed y Scielo. Se utilizaron los descriptores: neoplasias, accesibilidad del servicio de salud y diagnóstico precoz del cáncer. Se incluyeron artículos publicados desde 2015 hasta marzo de 2019. **Resultados:** se analizaron 17 artículos, de los cuales surgieron cuatro temas: desigualdad en la accesibilidad; capacitación del profesional en la Atención Primaria; el tiempo como factor determinante; el sistema de información como factor limitador. **Conclusiones:** la accesibilidad de la red oncológica es desigual ya que hay muchas barreras que los usuarios deben enfrentar. La formación continua de los profesionales de la salud es imprescindible para poner en marcha estrategias preventivas. El inicio del tratamiento suele retrasarse, lo que demuestra la fragilidad en la aplicación de la legislación. Se observa la fragmentación de la red asistencial, la falta de articulación entre los servicios y como consecuencia, la falta de seguimiento de los pacientes. **Descritores:** Neoplasias; Accesibilidad de los Servicios de Salud; Diagnóstico Precoz del Cáncer; Revisión; Instituto del Cáncer.

INTRODUÇÃO

Entende-se por acesso à saúde a oportunidade de utilização de serviços, em termos de justiça social e de equidade. Este direito está assegurado na legislação brasileira, e diz respeito não apenas ao atendimento mas, em uma visão mais ampla, à inclusão de uma assistência ao indivíduo no serviço de saúde, de acordo com as suas necessidades e em tempo e local apropriado⁽¹⁾.

A atenção primária é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e tem o papel de coordenar e ordenar o cuidado dentro das redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos, com tecnologias de diferentes densidades, que buscam garantir a integralidade no cuidado. Entretanto, o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) apresenta-se fragmentado, o que dificulta o acesso e não permite um cuidado longitudinal, comprometendo a integralidade da atenção ofertada⁽²⁾.

Para o câncer, que é considerado um grave problema de saúde pública⁽³⁾, o acesso à rede de atenção em tempo hábil influencia a sobrevida do usuário, já que um dos fatores mais importantes desta patologia é o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento. Desta forma, um acesso em tempo oportuno é primordial⁽⁴⁾.

Não existe um critério global sobre o tempo de acesso ao tratamento. Na Inglaterra, por exemplo, para o paciente com suspeita grave de câncer, o intervalo entre a consulta com o médico da atenção básica e a primeira consulta com o especialista é de duas semanas, e a partir do diagnóstico confirmado para qualquer tipo de câncer, o tratamento deve ser iniciado em até 31 dias, fixando-se um prazo máximo de 62 dias entre o encaminhamento do clínico geral e o início do tratamento do câncer⁽⁵⁾. Já no Canadá, há quatro intervalos de tempos estabelecidos através de metas do governo, sendo que os casos mais urgentes tem atendimento imediato e cânceres mais agressivos são atendidos em até 14 dias; o tempo médio de espera é de 25 dias, porém há referências de pacientes que acessam o serviço com intervalo de 4,2 semanas^(4,6).

No Brasil, a preocupação em relação ao acesso também abrange as instituições governamentais que implantam leis e políticas de saúde, a fim de que o diagnóstico e o início do tratamento sejam realizados em tempo hábil para o controle e até mesmo a cura da doença⁽⁷⁾.

A Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde estabelecem que o cidadão tem direito à saúde e que isto é um dever do Estado. Entretanto, diversas barreiras dificultam o acesso universal do indivíduo à saúde, tanto por problemas de gestão como de subfinanciamento. Um dos aspectos importantes é o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento⁽⁸⁾. O Congresso Nacional, preocupado com essa questão, particularmente em relação à inclusão dessa parcela da população, tem elaborado leis e políticas públicas⁽⁷⁻⁹⁾.

Em 2005, o câncer começou a ser tratado como um problema de saúde pública. Neste mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica, que privilegia o diagnóstico precoce e a prevenção, e não apenas o tratamento em estágios mais avançados da doença, quando pouco se pode fazer. A política organiza as redes regionais de atenção de forma hierarquizada, garantindo um cuidado integral. Além disso, define as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que possuem condições para assistência dos cânceres mais prevalentes, contando

com cirurgia oncológica e oncologia clínica, e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que possuem condições técnicas para tratar todos os tipos de câncer, além de atendimento cirúrgico, radioterapia e hematologia, e pediatria opcional⁽¹⁰⁾.

No Brasil, entrou em vigor em 2012 a Lei nº 12.732 de 22 de novembro, que estabelece que o paciente com câncer tem direito de iniciar o tratamento, seja ele quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico em até sessenta dias a partir do laudo patológico assinado diagnosticando a doença⁽¹¹⁾.

Tendo em vista a legislação que vigorou em maio de 2013, a realidade demonstrada ainda não condiz com a regulamentação vigente. O controle da efetivação da lei é dado por meio do monitoramento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), mas este ainda é um instrumento que não está consolidado, o que torna a implantação efetiva da lei um importante desafio⁽¹²⁾.

Muitos pacientes não possuem conhecimento sobre este direito. Ainda, os que estão cientes não questionam sobre a lentidão no atendimento, e não sabem quais órgãos devem buscar para resolver seus problemas. Frente a isso, o início do tratamento, que deveria ser rápido para aumentar as taxas de sobrevida, não é uma realidade para a maioria dos indivíduos⁽¹³⁾.

O avanço na legislação, muitas vezes, não condiz com a realidade da assistência prestada na atenção básica, visto que por mais que o governo ofereça assistência, ainda há lacunas a serem preenchidas, já que o acesso aos meios diagnósticos continua sendo precário, reduzindo o efeito benéfico da lei. Cerca de 45% dos pacientes com câncer tem o primeiro atendimento com a doença já em estágio avançado, de acordo com os dados do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do Instituto Nacional do Câncer (INCA) trazem alguns dados sobre o tempo de espera para o início do tratamento, que chega em média a 70,3 dias, de acordo com relatório do Tribunal de Contas da União (TCU)⁽⁶⁾.

No Brasil não há um banco de dados que demonstre o tempo entre o diagnóstico e o início real do tratamento. Por isso, para se ter esta média de tempo, foram consultadas as Apacs (Autorização para procedimentos de alta complexidade), que devem conter em seus dados a data do diagnóstico, o início de tratamento de alto custo, e os dados do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS). De acordo com estes dados, o tempo de espera para início da quimioterapia chega a 76,3 dias; para início da radioterapia, esse tempo chega a 113,4 dias⁽⁶⁾.

De acordo com os dados do TCU, a realidade brasileira está bem distante dos padrões internacionais. No Brasil, cerca de 15,9% dos pacientes tem início do tratamento com quimioterapia em até trinta dias, enquanto no Canadá, por exemplo, 100% dos pacientes iniciam o tratamento em até 30 dias, e geralmente na primeira semana após o diagnóstico de câncer⁽⁶⁾.

Em junho de 2018 foi aprovada a Lei 13.685/18, que obriga os serviços de saúde públicos e privados a notificar os casos de câncer em todo território nacional. Esta lei que entrou em vigor em 22 de dezembro de 2018. A medida pretende identificar as lacunas de assistência, diagnóstico, tratamento e prevenção de diversos tumores. Ademais, esta lei visa obter dados consolidados para a Lei dos Sessenta Dias, que não é cumprida em uma parcela dos casos de câncer no nosso país.

OBJETIVOS

Analisar a produção científica brasileira sobre o acesso à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como tipo de estudo que identifica, analisa e sintetiza dados de pesquisas relevantes a um tema específico⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu em abril de 2019, a partir da seguinte questão norteadora: Como está o acesso ao serviço oncológico no Brasil após a publicação da “Lei dos Sessenta Dias”?

Com base nesta questão, a seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MedLine via PubMed (US National Library of Medicine (PubMed Central) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se como estratégia de busca os descritores controlados, combinados com operadores booleanos dispostos no *Medical Subject Headings* (MeSH): neoplasias (*neoplasms*), acesso aos serviços de saúde (*health services accessibility*), diagnóstico precoce de câncer (*early detection of cancer*). Adotou-se como critérios de elegibilidade: artigos com texto completo, e o cenário da pesquisa no Brasil; nos idiomas português, inglês e espanhol; artigos que atendiam o objetivo da pesquisa: descrever o cenário do Brasil sobre o acesso do paciente diagnosticado com neoplasia e o acesso ao serviço de saúde, bem como o início do tratamento; publicados entre 2015 e março de 2019, visto que a legislação entrou em vigor em 2013. Foram excluídos artigos que após a leitura do título e resumo não condiziam com o objetivo do estudo, artigos não disponíveis na íntegra, artigos de revisão e aqueles que embora publicados depois de 2015 traziam dados coletados antes da “Lei dos Sessenta Dias”, ou seja, antes de 2012.

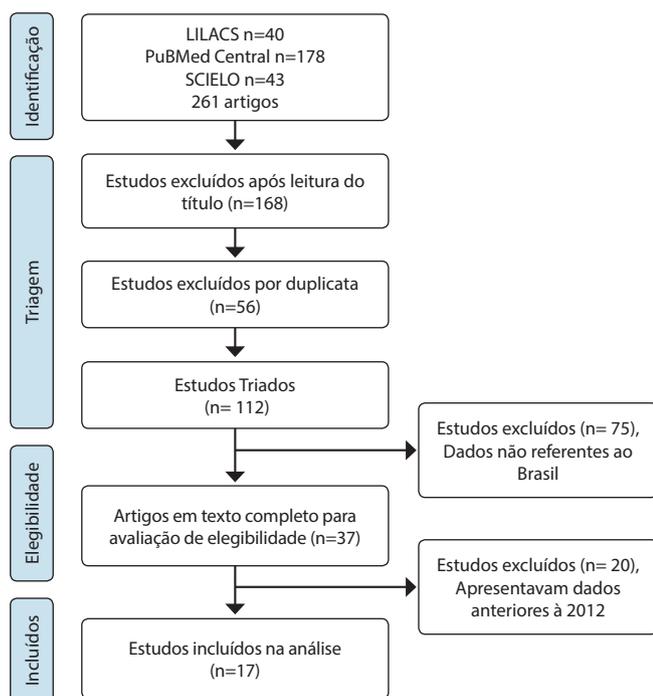


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para revisão integrativa, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2019

Ao cruzarmos os descritores, foram encontrados 261 artigos, sendo 40 na Lilacs, 178 no Pubmed e 43 no Scielo. Após a eliminação dos duplicados, dos estudos cujos títulos/resumos não correspondiam aos critérios de elegibilidade e não estavam disponíveis em texto completo, 37 artigos foram avaliados através da leitura completa do artigo. Destes, vinte foram descartados, visto que traziam dados de revisão e dados anteriores à 2012. Ao final do processo de seleção, a revisão integrativa abrangeu 17 estudos. O fluxograma da seleção dos documentos de cada etapa está sintetizado na Figura 1, e seguiu os critérios do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)⁽¹⁵⁾.

Para análise dos dados foi realizada a leitura completa de cada artigo, a fim de compreender os principais aspectos abordados. Para interpretação dos dados, foi realizada a leitura comparativa entre os artigos, verificando as particularidades e agrupando os temas comuns em eixos a serem explorados, com a utilização do *software* Nvivo. Os artigos foram inseridos no *software* Nvivo e após a leitura, foram selecionados trechos que formaram os “nós”. Estes foram agrupados por sentido e depois sintetizados por convergência, construindo as categorias temáticas.

Para avaliar o Nível de Evidência dos trabalhos foi empregada a categorização do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, que classifica os estudos em seis níveis, sendo: I - Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; II - Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; III - Evidências de estudos quase-experimentais; IV - Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; V - Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e VI - Evidências baseadas em opiniões de especialistas⁽¹⁶⁾.

Quatro categorias temáticas emergiram na análise dos dados: desigualdade no acesso; a qualificação do profissional da atenção primária; o tempo como fator determinante; o sistema de informação como fator limitante.

A análise e a interpretação dos dados foram feitas de forma organizada, por meio da visualização dos dados em duas tabelas no Excel. A primeira tabela compreendeu as seguintes colunas de sintetização: autores, ano de publicação, nível de evidência, tipo de estudo, amostra e síntese das características, local do estudo e tipo de câncer. A segunda incluiu os fatores que influenciam o acesso e a intervenção proposta.

RESULTADOS

Dos 17 artigos selecionados, houve predomínio de estudos transversais (76,4%), seguido de estudos com abordagem qualitativa (11,8%). Os demais estudos foram quantitativos, retrospectivos, e observacionais, com 11,8%. Em relação ao nível de evidência, houve predomínio de nível 4. O ano com a maior quantidade de publicação foi 2018 (35,4%), seguido de 2016 (29,4%); 2017 teve 17,6% das publicações, 2019 teve 11,8% e 2015 teve apenas 5,8% das publicações. Em relação ao assunto, 64,8% abordaram o câncer de mama, seu diagnóstico e rastreamento, 17,6% tratavam sobre câncer de colo uterino, 5,8% sobre rastreamento de câncer hepático, 5,8% sobre câncer de pulmão e 5,8% não possuíam especificação do tipo de câncer. Esses dados estão representados no Quadro 1:

Quadro 1 – Apresentação dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autor, ano de publicação, nível de evidência, tipo de estudo e dados do estudo como: amostra, local de estudo e tipo de câncer

Autor, ano de publicação Nível de Evidência	Tipo do Estudo	Amostra e Síntese das Características	Local de Estudo	Tipo de Câncer
Melo et al, 2017 ⁽¹⁷⁾ NE 4	Estudo Transversal	113 Enfermeiros de Atenção Básica.	UBS. Município de São Paulo. Região Sudeste	Câncer de Mama
Hallowell et al, 2018 ⁽¹⁸⁾ NE 4	Estudo Transversal	1251 coordenadores de unidades de saúde, 182 médicos e 347 enfermeiros.	UBS. Pelotas, Rio Grande do Sul – Região Sul	Câncer de Mama
Navarro et al, 2015 ⁽¹⁹⁾ NE 4	Estudo Transversal	612 Mulheres entre 25 e 59 anos de idade.	Município de Boa Vista, Roraima – Região Norte	Câncer de Colo Uterino
Silva et al, 2018 ⁽²⁰⁾ NE 4	Estudo Transversal.	Distribuição de mamógrafos.	Estado de Pernambuco, Região Nordeste	Câncer de Mama
Cubero et al, 2018 ⁽²¹⁾ NE 4	Estudo Transversal	217 pacientes oncológicos entre 20 e 89 anos.	UNACON São Bernardo do Campo – São Paulo – Região Sudeste	Diversos tipos de câncer
Abrão et al, 2017 ⁽²²⁾ NE 4	Estudo Retrospectivo	509 pacientes com neoplasias maligna.	CACON São Paulo – Região Sudeste	Câncer de Pulmão
Barros et al, 2019 ⁽²³⁾ NE 4	Estudo Transversal	600 mulheres com câncer de mama	Hospitais Públicos Distrito Federal – Região Centro Oeste.	Câncer de Mama
Moreira et al, 2018 ⁽²⁴⁾ NE 4	Estudo Transversal	40 mulheres entre 50 e 69 anos, sem história de câncer pessoal e familiar	Comunidade Católica. Fortaleza – Ceará – Região Nordeste.	Câncer de Mama
Lopes et al, 2016 ⁽²⁵⁾ NE 4	Estudo Transversal.	525 mulheres que realizaram triagem de câncer de Mama.	CACON Região Sul.	Câncer de Mama
Bezerra et al, 2018 ⁽²⁶⁾ NE 4	Estudo Qualitativo.	26 mulheres portadoras de câncer de mama entre 47 e 56 anos.	Centro Oncológico Ambulatorial Fortaleza – Ceará - Região Nordeste.	Câncer de Mama.
Souza et al, 2017 ⁽²⁷⁾ NE 4	Estudo Transversal	241 mulheres de 40 a 69 anos	Domicílios. Boa Vista – Roraima – Região Norte.	Câncer de Mama
Barcelos et al, 2017 ⁽²⁸⁾ NE 4	Estudo Observacional Quantitativo.	35.844 mulheres entre 25 a 64 anos.	UBS. Regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.	Câncer de Colo Uterino.
Moraes et al, 2016 ⁽²⁹⁾ NE 4	Estudo Transversal.	60 enfermeiros de atenção básica.	UBS. Ribeirão Preto – São Paulo – Região Sudeste	Câncer de Mama.
Silva et al, 2019 ⁽³⁰⁾ NE 4	Estudo Transversal.	400 mulheres entre 40 a 59 anos em unidades de saúde.	ESF. Vitória – Espírito Santo – Região Sudeste.	Câncer de Mama.
Signorelli et al, 2016 ⁽³¹⁾ NE 4	Estudo Transversal.	253 pacientes cirróticos, 177 do Hospital público e 76 do setor privado.	Hospital Privado e Hospital Universitário. Vitória – Espírito Santo – Região Sudeste.	Câncer Hepatocelular.
Rocha-Brishillari et al 2018 ⁽³²⁾ NE 2C	Estudo Ecológico, Descritivo e Analítico.	Analisar as disparidades socioeconômicas e de acesso relacionadas à mortalidade por câncer de mama em 399 cidades no estado do Paraná, Brasil.	Paraná – Região Sul.	Câncer de Mama.
Carvalho et al, 2018 ⁽³³⁾ NE 4	Estudo Transversal e Qualitativo.	174 prontuários de mulheres portadoras de câncer de mama maligno e 05 destas participaram da etapa qualitativa, com idade entre 31 e 60 anos.	CACON Rio de Janeiro – Região Sudeste.	Câncer de colo uterino.

Nota: UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia de Saúde da Família; CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; UNACON - Unidades de Alta Complexidade em Oncologia.

Quadro 2 – Apresentação das categorias temáticas do acesso dos pacientes à rede oncológica na vigência da Lei dos Sessenta Dias, segundo as evidências e artigos analisados, 2019

Categoria	Evidências	Artigos
Desigualdade de acesso	Exames preventivos realizados em caráter oportunístico, não privilegiando a prevenção Dificuldade para marcar consultas e agendar exames, além da falta de profissionais	18, 19,20, 26, 27, 31
	Equipamentos sem distribuição estratégica, alocadas em grandes centros em detrimento de locais com maior incidência da doença, falta de rede de atenção integrada	20,21, 25, 32, 33
	Atenção primária não supre a demanda, além de demora para realizar os exames. Há a realização de exames no setor privado para agilizar o diagnóstico	22, 23, 29
	Fatores socioeconômicos evidenciam que o acesso é favorável para os usuários que tem mais anos de estudo e maior poder aquisitivo	24, 27, 28, 30
Qualificação do profissional na atenção primária	Profissionais de saúde da atenção primária carecem de conhecimento sobre as diretrizes do INCA para realizar o rastreamento de maneira eficaz	17, 18, 22, 25, 26, 27, 29
	Sobrecarga de trabalho implica em atendimento superficial e não realização de busca ativa para exames alterados ou de atividades preventivas	19, 28, 31, 32
	Os profissionais da Atenção Primária não atuam como ordenadores e coordenadores do cuidado	23, 29, 30, 32, 33
Tempo como fator determinante	Falta de equidade no acesso implica em mais tempo para a realização de exames.	17, 30
	Demora para realização de consultas, assim como realização de exames pelo SUS, sem consonância com o preconizado nas diretrizes	18, 26, 33
	Diminuição do tempo para o diagnóstico evidenciado pela realização de exames no setor privado	22, 23, 31
Sistema de Informação como fator limitante	Os Sistemas de monitoramento implantados pelo Ministério da Saúde não são alimentados adequadamente, além do desconhecimento por parte dos profissionais de como utilizar as plataformas	17, 20, 29
	Falta de um sistema para monitorização dos indivíduos que são examinadas, implicando em excesso de exames para alguns e falta para outros	18, 21,26, 29

Nota: INCA – Instituto Nacional do Câncer; SUS – Sistema Único de Saúde.

De acordo com o explicitado no Quadro 1, a abordagem predominante é do câncer de mama. Apenas dois artigos abordam a “Lei dos Sessenta Dias”, evidenciando uma escassez de estudos que abordem a eficácia dessa lei^(23,33). A importância do tempo entre diagnóstico e tratamento é reconhecida; entretanto, a temática sobre a fiscalização e monitorização não emergiu na busca realizada.

A fim de evidenciar as categorias temáticas e os fatores que afetam o acesso, foi elaborado um segundo quadro com estes dados. O quadro demonstra que há um predomínio da dificuldade de acesso, principalmente quando relacionada à fatores socioeconômicos, além de falta de equidade para acesso à exames e consultas com especialistas. Sendo assim, as categorias temáticas que emergiram do estudo foram: 1. Desigualdade no acesso; 2. Qualificação do profissional da Atenção Primária; 3. Tempo como fator determinante; 4. Sistema de informação como fator limitante.

DISCUSSÃO

A dificuldade de acesso a serviços de saúde, como consultas e exames, está relacionada a fatores geográficos, socioeconômicos e culturais. Além disso, está relacionada à qualificação profissional, já que demanda uma educação continuada, voltada aos fatores de risco e prevenção dos diversos tipos de cânceres. Um acesso desigual e a indisponibilidade de serviços leva a atrasos nos diagnósticos. Além disso, o paciente não é monitorado desde que os sintomas iniciam ou a partir do momento em que o diagnóstico é efetivado, demonstrando a necessidade de um sistema de informação eficaz.

Desigualdade de acesso

A temática mais prevalente foi referente à desigualdade de acesso dos usuários aos serviços disponíveis. Neste contexto, destacam-se o baixo nível socioeconômico e nível de escolaridade, fatores que dificultam o acesso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) menciona que a desigualdade presente em diversos países é um fator limitante para o acesso ao serviço⁽³⁴⁾.

Além da desigualdade, há ainda fatores relacionados à ações intersetoriais e políticas sociais e econômicas que permitam mitigar as diferenças de renda e educação⁽³⁾. Um dos fatores que dificultam o rastreamento do câncer de mama é o nível de escolaridade, visto que quanto mais anos de estudo, maior a chance dos usuários aderirem aos exames de rastreamento⁽²⁴⁻²⁷⁾. Indivíduos com baixa escolaridade não reconhecem a importância do exame, e acabam não o realizando^(18-20,30,32). De acordo com estudos da OMS, o câncer tem um maior impacto em países de baixa renda, onde normalmente a educação é precária, implicando em diminuição de autocuidado, o que corrobora com os dados coletados^(2,34).

O conhecimento sobre o câncer de mama e colo uterino é um pouco mais disseminado para a população, e há programas do governo que incentivam o rastreamento. Entretanto, para alguns tipos de câncer, como câncer de pulmão e câncer hepático, ainda são mínimas as execuções de programas de detecção precoce^(22,28). Barreiras financeiras, culturais, sociais e geográficas, assim como a falta de investimento em programas de prevenção, principalmente na atenção primária, dificultam o acesso oportuno aos recursos adequados⁽³⁵⁻³⁶⁾.

De acordo com alguns estudos, o SUS é visto pela população como um sistema que tem um atendimento demorado,

principalmente quando se trata de consultas com especialistas e realização de exames diagnósticos. Por isso, alguns usuários escolhem o sistema privado para realizar exames preventivos^(23,26). Isso corrobora a relação entre o fator socioeconômico e a facilidade do acesso aos serviços, já que pessoas de baixa renda não tem acesso a esses serviços privados. Isso demonstra que há a necessidade de transpor barreiras importantes para dar início ao tratamento no SUS^(23,25). O uso de serviços privados é recorrente em países de baixa e média renda, pois além da baixa oferta, há desconfiança quanto à qualidade do serviço público ofertado⁽³⁵⁾.

A dificuldade em realizar exames na rede de atenção é um importante fator relacionado ao atraso no início do tratamento, levando ao não cumprimento da “Lei dos Sessenta Dias”. A prevenção continua sendo a melhor forma para a cura da doença. Assim, a fim de favorecer a sobrevivência, há necessidade de investimento na Atenção Primária⁽³⁶⁾.

Outra problemática é a falta de equipamentos como o mamógrafo, por exemplo⁽²⁰⁾. Há uma discrepância na distribuição das tecnologias utilizadas para diagnóstico precoce, e na maioria das vezes estas ferramentas estão concentradas em determinadas regiões do país ou de cada estado, principalmente em regiões mais desenvolvidas e que nem sempre tem a maior prevalência da doença⁽²⁵⁻²⁶⁾. Essa má distribuição implica na inequidade, visto que algumas mulheres realizam mais exames do que é necessário, enquanto algumas nunca os realizaram⁽³³⁾.

Existe uma enorme desigualdade global no acesso ao cuidado do câncer e uma disparidade no ingresso ao tratamento, dividindo globalmente o câncer entre países ricos e pobres, evidenciando que o acesso ao diagnóstico é limitado em países de baixa renda^(4,17,37). Apesar da existência da lei para tratamento precoce, esta não prevê o fornecimento de materiais e insumos para sua garantia.

Com esta desigualdade no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, um dos estudos ressaltou que os pacientes migram de municípios a fim de serem atendidos e terem suas necessidades supridas. As migrações ocorrem entre municípios e até mesmo entre estados, o que demonstra ainda mais a desigualdade do acesso^(21,26). As filas de espera atrasam tanto o diagnóstico como o tratamento, e os estudos demonstram que além da migração, ocorre a utilização da rede de amigos para conseguir acesso ao tratamento, não obedecendo ao fluxo de rede estabelecido no território^(28,32). Em relação ao câncer de colo uterino, estudos demonstram que as Regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentam os melhores indicadores referentes ao rastreamento desta patologia^(28,33). O avanço no tratamento em determinadas regiões e países demonstra a inequidade de acesso, já que países ricos tem detecção mais precoce da doença e trazem melhores resultados aos usuários⁽³⁴⁾.

A realidade dos pacientes, associada à falta de conhecimento, implica em dependência dos profissionais de saúde, já que os pacientes desconhecem a necessidade de auto cuidado^(28,33). Além do desconhecimento dos usuários, há também a escassez do sistema e a falta de consultas médicas periódicas^(27,30-31). Para alguns usuários, a realização de exames como mamografia, ultrassom e Papanicolau está associada a uma prática preventiva^(19,30).

Os usuários estão acostumados com a rotina de queixa-conduta, e não com uma realidade de prevenção. Deste modo,

eles buscam o serviço de saúde apenas quando surge alguma queixa, e então o cuidado é pautado na doença^(19,33).

Grupos socioeconomicamente desfavorecidos são vulneráveis, pois são injustamente expostos a fatores de risco e tem acesso limitado aos serviços de diagnóstico e cuidado⁽³⁴⁾. De acordo com a OMS, cerca de 1/3 dos cânceres são evitáveis. Porém, para que isso ocorra, é necessário olhar para a prevenção, diminuição dos fatores de risco e identificação precoce do câncer. Estes fatores levam a menores custo e maior probabilidade de cura⁽³⁴⁾.

Assim, o cumprimento da lei fica prejudicado diante de diversos fatores que atrasam o diagnóstico do usuário, demonstrando que há um problema na base do sistema, com má distribuição de equipamentos e serviços que permitam o diagnóstico precoce.

Qualificação do profissional na atenção primária

Outra temática evidenciada foi a qualificação do profissional, e a forma com que esse fator facilita ou atrasa o rastreamento de câncer. Estudos com enfermeiros demonstram que esses profissionais não recebem qualquer tipo de capacitação para esta busca, implicando muitas vezes em falso rastreio^(17,29-30,32,35).

É evidente a necessidade de educação continuada para os profissionais, como demonstram diversos estudos, principalmente quanto aos protocolos utilizados na atenção básica e as recomendações do INCA, a fim de que não se tomem condutas equivocadas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. A falta de qualificação do profissional faz com que ele se sinta inseguro para realizar determinadas ações e se prenda no modelo predominante de queixa-conduta⁽²⁹⁻³⁰⁾. Otimizar o uso dos recursos humanos e suas competências e habilidades favorece a prevenção e o controle do câncer⁽¹⁹⁾. Isto corrobora para o cumprimento da legislação da rede de atenção oncológica.

Além disso, um estudo observou que a melhor forma de melhorar a adesão das mulheres aos exames de rastreamento é através da habilidade de comunicação entre profissional de saúde e paciente⁽²⁶⁾. Uma assistência de qualidade favorece o atendimento do usuário; por isso, uma capacitação profissional adequada à realidade do paciente é necessária⁽³³⁾. Outro fator importante é a sensibilização do profissional de saúde para detecção precoce do câncer, não somente na educação, mas na qualificação do processo de trabalho, fomentando a formação de novos profissionais^(27-28,30).

Investir em enfermeiros e em outros profissionais de saúde pode influenciar positivamente os resultados da luta contra o câncer de colo uterino e de mama, principalmente na Atenção Primária, onde os profissionais estão inseridos na comunidade e são considerados a porta de acesso para especialistas e centros avançados de tratamento⁽³⁵⁾.

As dificuldades presentes no sistema de saúde estão relacionadas, em sua maioria, à estruturação das redes de atenção, pois as evidências demonstram que há uma demanda maior do que o sistema consegue absorver. A demora na realização de consultas e exames é evidente, assim como o tempo limitado disponível ao profissional para atender com qualidade o paciente^(23,31-33). A falta de seguimento de protocolos também corrobora para esta dificuldade. Um exemplo é o desconhecimento da idade preconizada para o rastreamento do câncer de mama, implicando em solicitações de exames excedentes e falta de seguimento dos exames anormais^(18,27).

O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para que o rastreamento seja adequado, já que ela é considerada a porta de acesso para os demais serviços. Contudo, para isso, os estudos demonstram que há uma necessidade de melhora no quantitativo de recursos humanos. Além disso, a APS precisa exercer o seu papel fundamental na regulação de acesso, priorizando os casos de acordo com a classificação de risco estabelecida^(23,28,32). A forma como é ofertado o serviço na APS muitas vezes dificulta o rastreamento. É necessário a adequação da estrutura e do processo de trabalho^(19,29). Na APS, o trabalho deve ser baseado na prevenção, e isto está ligado ao tempo que o profissional disponibiliza para atender ao usuário e ao envolvimento deste profissional na realização de ações educativas, que fortalecem o rastreamento. Além disso, também destaca-se a importância do enfermeiro como autor do cuidado, o que na maioria das vezes fica limitado, pois algumas competências são pertencentes apenas aos médicos^(26,29,35).

Os estudos também demonstram a falha na realização da busca ativa, que deve preconizar ações de prevenção, ao invés de valorizar sinais e sintomas^(25,28). A prevenção não é realizada de maneira periódica, mas sim de modo oportuno, quando os usuários vão até as unidades de saúde por outros motivos e acabam realizando o rastreamento^(19,27). Entretanto, isto implica em favorecimento daqueles que buscam a unidade em detrimento de outros que não frequentam a APS, demonstrando que é necessário implementar práticas de busca ativa e sensibilização no cuidado do usuário^(19,26,29).

O rastreamento e a busca ativa são realizados apenas quando surgem exames alterados, mas não para os indivíduos faltosos. Deste modo, é necessário resgatar aqueles que não frequentam as unidades básicas^(17,30). Isto pode estar associado, de acordo com alguns estudos, à sobrecarga dos serviços⁽³³⁾.

O controle efetivo do câncer requer um sistema de saúde com cobertura universal e fundamentado na Atenção Primária, além de um fortalecimento do sistema de saúde em nível nacional⁽⁴⁾, com foco não somente em prevenção, mas também no acesso oportuno ao tratamento e aos cuidados⁽³⁴⁾.

Quando uma qualificação profissional inadequada é associada a uma dificuldade de acesso, temos um rastreamento ineficaz, pois não há disponibilidade de exames para a população preconizada. A alta demanda quando não são estabelecidos critérios de elegibilidade reflete a incapacidade do sistema de saúde de absorver todos os pacientes^(18,22).

Além da dificuldade de realizar exames de rastreamento, há também a escassez de exames de alta complexidade, como a biópsia. Além disso, os pacientes muitas vezes passam por uma peregrinação entre diferentes serviços para conseguir enfim, ter sua necessidade suprida^(23,33). A falta de interesse do profissional de saúde em atender o paciente de forma adequada e a desigualdade no sistema em diversas regiões do país também foram indícios de falha no rastreamento eficaz^(26,28,30).

Em relação a neoplasia hepática, sabe-se da necessidade de realizar exames periódicos em pacientes que já apresentam cirrose. Entretanto, a falta de oportunidade e de conhecimento profissional implica em ineficácia do sistema em prover o rastreamento e o controle da doença⁽³¹⁾. O quesito tempo também foi apontado como um fator relacionado ao rastreamento ineficaz,

principalmente por parte dos profissionais. Assim, o serviço de saúde deve oferecer oportunidades de realizar exames ao usuário, com foco na equidade do acesso^(29,32-33).

Assim, a falta de capacitação profissional, associada à sobrecarga nos serviços implica numa atenção precária, que limita o cumprimento da “Lei dos Sessenta Dias”, justamente pelo desconhecimento da importância do rastreamento e da busca ativa.

Tempo como fator determinante

Diante de todas as dificuldades expostas, um tema bastante prevalente nos artigos foi o fator do tempo, principalmente em relação às demoras na realização de exames e retorno para consultas, superando 90 dias na maioria dos estudos e chegando até 211,8 dias. Isso significa que o início do tratamento ocorre quando a doença já está em estágio avançado^(17,22-23). O tempo está diretamente associado ao acesso às consultas com especialistas. De acordo com os artigos, quando há consulta com especialistas, o tempo para acesso ao tratamento diminui^(18,30). O intervalo de tempo é estendido quando o paciente é totalmente dependente do SUS⁽³³⁾. Assim, é perceptível que a “Lei dos Sessenta Dias” não é cumprida, sendo que o tempo de atendimento pode ultrapassar o preconizado em até três vezes.

Quando relacionado ao fator socioeconômico, o tempo é reduzido, pois os pacientes utilizam o sistema misto, o que também acontece quando há dificuldade do serviço em disponibilizar agenda e profissionais^(26,33). A demanda exacerbada em todo o sistema de saúde implica diretamente em atraso de diagnóstico. Os estudos demonstram a ineficiência do sistema, assim como a falta de garantia de continuidade dos cuidados^(26,33).

Um estudo realizado na Malásia observou que em países de baixa renda e desigualdade social, cerca de 50 a 88% das mortes seriam evitáveis se o diagnóstico do câncer fosse precoce e os indivíduos tivessem um acesso ideal ao serviço. Pacientes diagnosticados com neoplasias deveriam ter um acesso imediato ao tratamento ideal, para otimizar as chances de sobrevivência⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Ao tratarmos da temática tempo e a necessidade de sua redução, abordada em diversos estudos, a legislação vigente que preconiza o atendimento em tempo adequado é pouco abordada nos artigos. Apenas dois estudos ressaltaram a importância da Lei, e revelaram que o atendimento não cumpre com o tempo máximo descrito na legislação. Por isso, apenas uma minoria dos pacientes consegue acesso ao tratamento no tempo estipulado^(23,33). Políticas econômicas e fiscais são alavancas poderosas para melhorar a equidade em saúde e promover melhores resultados para o câncer e o cumprimento da legislação⁽³⁵⁾.

Sistema de informação como fator limitante

Apesar da existência da lei, não há instrumento para sua fiscalização. Seis estudos ressaltam a importância de um sistema de informação eficaz, visto que a plataforma existente não é alimentada pelas unidades de saúde, o que implica em uma ausência de cuidado planejado e de monitoramento das ações realizadas^(17-18,20-21,26,29). A falta de um acompanhamento informatizado também reforça que não há um seguimento da população quanto ao tempo, e alguns indivíduos acabam realizando exames

em excesso^(18,20,26). A vigilância eficaz reflete em um melhor custo-benefício para o sistema de saúde^(17,21).

O controle efetivo do câncer requer recursos adequados de controle, para reconhecer a realidade local e agir conforme as necessidades, permitindo o seguimento do usuário no sistema⁽³⁴⁾.

Um sistema eficaz permite o monitoramento do usuário na rede de atenção, o que evitaria custos excessivos e traria aos profissionais o conhecimento da sua realidade, favorecendo a efetivação da Lei. Um sistema de informação eficiente foi considerado uma ferramenta chave na articulação dos serviços^(21,26,29). Uma das possibilidades de melhorar o sistema de informação é a ferramenta e-SUS, proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas, permitindo um registro único da situação de saúde do usuário em todo o sistema nacional. O objetivo da plataforma é a organização do trabalho dos profissionais, visando a qualidade do serviço de saúde prestado à população⁽¹²⁾.

Relatórios e sistemas robustos de monitoramento e avaliação são estratégias eficazes para melhorar o planejamento das ações e garantir qualidade e implementação em relação ao controle do câncer^(2,34).

Limitações do estudo

A limitação apresentada foi a falta de estudos com alta evidência científica, conforme demonstrado no Quadro 1. A maioria dos estudos traz dados referentes a corte transversal, baseado em um tipo de câncer, e não traz dados sobre o tempo real de acesso ao longo da trajetória do indivíduo no sistema.

Contribuições para a Área da Enfermagem e Saúde Pública

O estudo demonstrou a realidade de acesso à rede oncológica em diferentes regiões do Brasil, esclarecendo a forma como este acesso é dado e evidenciando as facilidades e dificuldades. Além disso, evidenciou a enfermagem como peça chave para o cuidado preventivo do câncer, principalmente em relação ao câncer de mama e de colo de útero, ressaltando a necessidade de afirmar a

autonomia da enfermagem na avaliação e solicitação de exames e encaminhamentos nestes casos.

CONCLUSÕES

Há desigualdades de acesso à rede oncológica, relacionadas à barreiras financeiras, culturais, sociais e geográficas que dificultam o acesso ao sistema de saúde e, conseqüentemente, levam ao início tardio do diagnóstico e do tratamento. Pelo fato de o Brasil ser um país de dimensões continentais, há desigualdade da oferta de serviços de saúde, causando a migração de usuários atrás de polos mais equipados e desenvolvidos, na busca por cuidados. Arelado a isso, está a ineficiência da Atenção Primária em sua prerrogativa de ações de prevenção, o que ocorre devido à demanda de usuários que privilegiam os sintomas, aos recursos escassos e à precarização da educação continuada dos profissionais da Atenção Primária, que estão na linha de frente de acolhimento deste usuário.

Embora exista uma legislação que preveja o acesso em tempo hábil, há dificuldade da Atenção Primária e da Atenção Especializada em fornecer exames e consultas. Somado a isto, está a fragmentação da rede de atenção, evidenciada pela falta de articulação entre os serviços, através da referência e contrarreferência nos diferentes níveis de atenção. Ademais, é necessário um efetivo monitoramento deste usuário, através de sistema de registro de informações conectado, o qual pode trazer benefício em relação ao diagnóstico mais precoce e o tratamento em tempo hábil.

Por fim, este estudo poderá contribuir para elucidar protocolos na Atenção Primária, a fim de garantir o melhor acesso ao usuário oncológico. Novas pesquisas sobre a “Lei dos Sessenta Dias” serão necessárias para elucidar suas lacunas e sua real efetivação.

FOMENTO

Este artigo é parte de um projeto aprovado e financiado: processo 2016/09780-7, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Sanchez RM, Cicconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 29];31(3):260-8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>
2. Lavras, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude Soc. 2011;20(4):867-74. doi: 10.1590/S0104-12902011000400005
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Ca Cancer J Clin [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20];68:394–424. doi: 10.3322/caac.21492
4. World Health Organization. Fifty-eight World Health Assembly: cancer prevention and control [Internet]. WHO, Geneva; 2017[cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://www.who.int/cancer/media/news/WHA58%2022-en.pdf?ua=1>
5. Di Girolamo C, Walters S, Gildea C, Benitez Majano S, Racht B, Morris M. Can we assess Cancer Waiting Time targets with cancer survival? a population-based study of individually linked data from the National Cancer Waiting Times monitoring dataset in England, 2009-2013. PLoS ONE. 2018;13(8):e0201288. doi: 10.1371/journal.pone.0201288
6. Tribunal de Contas da União (BR). Política Nacional de Atenção Oncológica [Internet]. Relator Ministro José Jorge. Brasília. TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo, 2011 [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497>

7. Iturri JA. Acesso e Integralidade da atenção. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 10];8(1):85-90. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1457/1301>
8. Gomes FBC. Lei sobre tratamento de câncer no SUS: análise dos dispositivos e perspectivas. *Cad Ibero-amer Dir Sanit* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 01];2(1):81-87. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/31/69>
9. Zillmer JGV, Lima LM, Feijó AM, Schwartz E, Hisse CN, Viegas AC, et al. Caracterização dos Clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(2):315-25. doi: 10.5902/217976928595
10. Correa MCMMA, Naffah FM, Cecilio MAM, Tamelini RM. Diretrizes para atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. *BEPA Bol Epidemiol Paulista* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 29];92(8):24-43. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v8n92/v8n92a03.pdf>
11. Casa Civil da Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2019 Mar 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011_2014/2012/lei/112732.htm
12. Panitz LM. Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS. [Dissertação] [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23778/1/ve_Leandro_Manassi_ENSP_2014
13. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. Cancer patients' knowledge about their legal rights. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 01];46(2):339-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a05.pdf
14. Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing Research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11
15. Stewart LA, Clarke M, Rovers M, Riley RD, Simmonds M, Stewart G, Tierney JF. PRISMA-IPD Development Group. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses of individual participant data: the PRISMA-IPD Statement. *JAMA* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 02];313(16):1657-65. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2279718>
16. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidencemarch-2009>
17. Melo FBB, Marques CAV, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Actions of nurses in early detection of breast cancer. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1119-28. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0155
18. Hallowell BD, Perin DMP, Simoes EJ, Paez DC, Parra DC, Brownson RC, Saraiya M. Breast cancer related perceptions and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units. *Prev Med*. 2018;106(1):216-23. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.11.002
19. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:17. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005554
20. Silva MTA, Silva Jr VB, Mangueira JO, Gurgel Jr GD, Leal EMM. Distribution of mammograms and mammography offering in relation to the parametric care of the Public Health Care System in Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(3):609-18. doi: 10.1590/1806-93042018000300009
21. Cubero DIG, Steete CVM, Piscopo BCP, Monteiro CRA, Schouer JHM, Tavares HDA, et al. Epidemiological profile of Brazilian oncological patients seen by a reference oncology center of the public health system and who migrate in search of adequate health care. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(9):814:8. doi: 10.1590/1806-9282.64.09.814
22. Abrão FC, Abreu IRLB, Rocha RO, Munhoz FD, Rodrigues JHG, Younes RN. Impact of the delay to start treatment in patients with lung cancer treated in a densely populated area of Brazil. *Clinics*. 2017;72(11):675-80. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000406
23. Barros AF, Araújo JM, Murta-Nascimento C, Dias A. Clinical pathways of breast cancer patients treated in the Federal District, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2019;53:14. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000406
24. Moreira CB, Fernandes AFC, Castro RCMB, Oliveira RDP, Pinheiro AKB. Social determinants of health related to adherence to mammography screening. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):97-103. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0623
25. Lopes TCR, Gravena AAF, Demitto MO, Brischiliari SCR, Borghesan DHP, Agnolo CM, et al. Mammographic screening of women attending a reference service center in Southern Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(3):1385-91. doi: 10.7314/APJCP.2016.17.3.1385
26. Bezerra IC, Silva RM, Oliveira CP, Brasil CCP, Vasconcelos MGF, Mamede MV, Oliveira MTP. Mastectomized women's perception of breast cancer early detection. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206405. doi: 10.1371/journal.pone.0206405
27. Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, Carvalho SGL, Cavalcante KWM, Rabelo WL, et al. Factors related to non-adherence to mammography in a city of the Brazilian Amazonian area: a population-based study. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(1):35-42. doi: 10.1590/1806-9282.63.01.35
28. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saude Publica*. 2017;51:67. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006802
29. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EM, Loyola EAC, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21. doi: 10.1590/S0080-623420160000100002
30. Silva RP, Gigante DP, Amorim MHC, Leite FMC. Factors associated with having mammography examinations in primary health care users in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 12];28(1):e2018048. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/en_2237-9622-ress-28-01-e2018048.pdf
31. Signorelli IV, Gonçalves PL, Gonçalves LL, Ferreira LSE, Mendonça ATP, Franklin GL, et al. Socioeconomic disparities in access to a hepatocellular carcinoma screening program in Brazil. *Clinics* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14];71(7):361-364. doi: 10.6061/clinics/2016(07)01

32. Rocha-Brischillari SC, Andrade L, Nihel OK, Brischillari A, Hortelan MS, Carvalho MDB, et al. Spatial distribution of breast cancer mortality: Socioeconomic disparities and access to treatment in the state of Parana, Brazil. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205253. doi: 10.1371/journal.pone.0205253
 33. Carvalho PGC, O’Dwer G, Rodrigues NCP. Health assistance path of women between diagnosis and treatment initiation for cervix câncer. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 14];42(118):687-701. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/en_0103-1104-sdeb-42-118-0687.pdf
 34. World Health Organization-WHO. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach: report by the Secretariat [Internet]. WHO, Geneva; 2016 [cited 2019 Apr 29]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_31-en.pdf
 35. Ginsburg O, Badwe R, Boyle P, Derricks G, Dare A, Evans T, et al. Changing global policy to deliver safe, equitable and affordable care for women's cancers. *Lancet* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];389:871-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27814964>
 36. Coleman MP. The concord programme: Why we need global surveillance of cancer survival. *Cancer Control* [Internet]. 2013[cited 2019 Apr 20];60-65. Available from: http://cancercontrol.info/wp-content/uploads/2014/08/cc2013_60-65-Michel-P-Coleman_2013.pdf
 37. Ho GF, Taib NA, Pritam Singh RK, Yip CH, Abdullah MM, Lim TO. What if all patients with breast cancer in Malaysia have access to the best available care: how many deaths are avoidable?. *Glob J Health Sci*. 2017;9:32-9. doi: 10.5539/gjhs.v9n8p32
-