

Atenção ao Câncer de Mama a partir da suspeita na Atenção Primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas

Breast cancer suspect in primary health care in the cities of São Paulo and Campinas

AUTORES

1-Cristiane Pereira de Castro: Pós Doutora em Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo -SP, Brasil.

ORCID: 0000-0003-1314-8584

E-mail:crispcastro@gmail.com

2-Danila Cristina Paquier Sala: Mestranda, Departamento de Saúde Coletiva, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.

ORCID: [0000-0003-3723-6706](https://orcid.org/0000-0003-3723-6706)

E-mail:danila.paquier@gmail.com

3-Tereza Etsuko da Costa Rosa: Doutora, Instituto de Saúde, São Paulo -SP, Brasil.

ORCID: 0000-0001-9285-0472

E-mail: tererosa@isaude.sp.gov.br

4- [Oswaldo Yoshimi Tanaka: Professor Titular](#), Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo -SP, Brasil.

ORCID: 0000-0002-5653-0794

E-mail: oytanaka@usp.br

RESUMO: Buscou-se identificar fatores que interferem na suspeita do câncer de mama (CM) pela Atenção Primária a Saúde (APS) que impulsionam o encaminhamento para a Atenção Especializada (AE) nos municípios de São Paulo e Campinas. Entrevistaram-se 664 mulheres (353 paulistanas e 311 campineiras) diagnosticadas por CM, encaminhadas para AE pela APS. Utilizou-se a análise de regressão logística multinível para a identificação das associações entre a suspeita do CM pela APS, variáveis socioeconômicas e atenção ao câncer. Mostraram associação significativa: nível superior de escolaridade (RC=0,59; IC95%=0,35-0,98); pagamento de consulta médica para atendimento relacionado ao câncer (RC=0,59; IC95%=0,36-0,96), continuou atendimento na APS após início do tratamento na AE

(RC=0,62; IC95%=0,41-0,95); mama examinada na APS antes do encaminhamento para a AE (RC=1,61; IC95%=1,10-2,34) e primeira mamografia solicitada na APS (RC=2,81; IC95%=1,95-4,00). A solicitação da mamografia e o ECM são ações que têm sido incorporadas na APS para a detecção precoce do CM nos municípios. Continuar o atendimento na APS e melhores condições socioeconômicas, como ter nível superior de escolaridade e capacidade de pagar por atendimento, reduzem a chance da suspeita.

ABSTRACT: We seek to identify factors that interfere the breast cancer's (BC) suspect by Primary Health Care (PHC) that boost the referral for Specialized Care (SC) in the cities of São Paulo and Campinas. We interviewed 664 women (353 from São Paulo and 311 from Campinas) diagnosed with BC, referred for SC from PHC. Multilevel logistic regression analysis was used to the identification of associations between suspected of BC by PHC and socioeconomic and cancer care variables. The following showed a significant association: higher education level (RC = 0.59; 95% CI = 0.35-0.98); medical consultation payment for cancer-related care (OR = 0.59; 95% CI = 0.36-0.96), continued attendance at PHC after beginning treatment at SC (RC = 0.62; 95% CI = 0.41-0.95); breast examined in PHC before referral to SC (RC = 1.61; 95% CI = 1.10-2.34) and first mammography requested in PHC (OR = 2.81; 95% CI = 1.95-4.00). The request for mammography and the clinical breast examination are actions that have been incorporated into the PHC for the early detection of BC in the cities. Continue the care at the PHC and better socioeconomic conditions, such as having a higher education level and capacity to pay for care, reduce the chance of suspect.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Detecção Precoce de Câncer, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Avaliação em Saúde.

Keywords: Breast Neoplasms, Early Detection of Cancer, Primary Health Care, Unified Health System, Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

O aumento das doenças não transmissíveis em consequência do intenso envelhecimento da população, e à incorporação de tecnologias de saúde, vem ocasionando um

grande impacto na organização dos sistemas de saúde. A complexidade da gestão das condições crônicas deve garantir oportuna detecção precoce e tratamento, em particular, do câncer^{1,2,3}.

A mortalidade por câncer em geral segue crescente em todo o mundo, câncer de mama (CM) com uma situação específica de diminuição nos países desenvolvidos, como, por exemplo, no Norte e Oeste da Europa⁴. Em países em desenvolvimento, como no Brasil, observa-se situação inversa, em decorrência do aumento de incidência, da presença de fatores comportamentais, barreiras socioculturais e dificuldades de acesso a serviços de saúde para detecção precoce, elucidação diagnóstica e tratamento^{5,6,7}.

Estatísticas globais apontam que o CM é o segundo mais incidente considerando ambos os sexos, e no caso das mulheres a neoplasia tem maior incidência e mortalidade⁸. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) prevê 59.700 casos novos de CM para o biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56.33 casos a cada 100 mil mulheres⁹. Considerando o *locus* de investigação deste artigo, a previsão em 2018 para o estado de São Paulo era de 16.340 casos⁹, sendo que na região Sudeste o risco de morrer devido ao CM vem diminuindo progressivamente nas mulheres nascidas após a década de 1930¹⁰.

O acesso universal da população ao SUS tem sido desafiado pela heterogeneidade na implementação do sistema, presença de iniquidades na oferta de serviços de saúde e insuficiência nas ações de cuidado^{11,12,13}.

No que se refere à atenção ao CM, preconizam-se ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos integradas e continuadas pelos serviços da rede primária de saúde^{12,14-18}.

Dentre tais ações na APS, tem-se enfatizado a detecção precoce do CM, não apenas pela importância da realização de etapas iniciais relacionada a identificação de sinais e

sintomas do câncer, mas também por sua capacidade na coordenação do cuidado, inclusive o que se refere a regulação assistencial aos serviços da AE nos casos suspeitos^{19,20}.

Atualmente são consideradas ações para a detecção precoce do câncer mama no Brasil o rastreamento mamográfico, entre mulheres assintomáticas na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos; e o diagnóstico precoce, a partir do exame clínico das mamas e/ou mamografia diagnóstica, entre mulheres sintomáticas em qualquer idade²¹.

O crescente papel da APS na efetivação da linha de cuidado oncológica decorre da maior capacidade em conhecer o território, organizar ações de rastreio, identificar casos suspeitos e viabilizar a melhor trajetória dentro do sistema de saúde, proporcionando elucidação diagnóstica em menor tempo e qualidade a cada uma dessas etapas^{22,23}.

Mas, é preciso atenção e constante aprimoramento das ações de detecção precoce, visto que sua ocorrência em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) pode comprometer sua efetividade e implicar maior risco às mulheres²⁴.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar fatores que interferem na suspeição de CM pela Atenção Primária a Saúde que impulsionam o encaminhamento para a Atenção Especializada nos municípios de São Paulo e Campinas.

MÉTODOS

Foram analisados dados parciais do “Análise Multifacetada sobre o Acesso a partir da Atenção Primária à Saúde, o funcionamento e a utilização da Atenção Especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras”. O projeto recebeu financiamento por meio do edital do MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 41/2013 e seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos e aprovação no CEP sob o nº1.100.984/2015.

No presente artigo, o CM é a condição traçadora analisada nos municípios de São Paulo e Campinas. Segundo Kessner (1973) a escolha da condição traçadora, como fenômeno

que contribui nos estudos de avaliação, deve ser orientada por alguns critérios, como: ser um problema de saúde de alta prevalência, com definição diagnóstica e padrões determinados para o manuseio do paciente, nas quais, possíveis intervenções conduzam a impacto no curso da doença²⁵.

Adotou-se o papel privilegiado da APS para identificar sinais e sintomas do CM e para impulsionar a mulher com a suspeição no percurso da linha de cuidado do CM, proposto pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC-RAS)¹⁶. Entretanto, estudos apontam que a suspeição de CM ocorre em distintos serviços assistenciais que compõem a oferta em cada território²⁴. Levantou-se a seguinte questão: o que estaria levando a mulheres identificadas na linha de cuidado do CM do SUS a não terem feito a suspeição do CM na APS?

Foram incluídas mulheres com diagnóstico confirmado de CM e que obtiveram acesso ao serviço de oncologia pela APS por meio do sistema de regulação SUS municipal. Foram inelegíveis para participar do estudo mulheres em processo de elucidação diagnóstica. Essas informações foram obtidas pelas respostas afirmativas, respectivamente, para as seguintes perguntas: “o diagnóstico é CM?”; “veio para este serviço encaminhada por uma unidade básica de saúde, posto de saúde ou centro de saúde?”. A fase do tratamento em que se encontravam as mulheres no dia da entrevista não foi condição de inclusão ou exclusão do estudo.

As entrevistas foram conduzidas na AE, que são serviços ambulatoriais com especialistas em mastologia e/ou oncologia, inseridos em unidades hospitalares de alta complexidade.

Em São Paulo o local de desenvolvimento da pesquisa foi o Instituto Sírio Libanês (ISL), instituição de direito privado, prestadora de serviço público na rede SUS. Este serviço, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

(PROADI – SUS) estava inserido na linha de cuidado, ofertando à época da pesquisa 70 vagas/mês para atendimento da população usuária do SUS²⁶.

Em Campinas a pesquisa foi desenvolvida nos Ambulatórios de Oncologia do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti e no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher²⁷, uma das unidades hospitalares pertencentes à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Todo o processo de amostragem, coleta de dados e planos de análise podem ser consultados na página eletrônica da pesquisa ACESSUS <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem/plano-de-amostragem/cancer-de-mama>

As entrevistas foram realizadas entre março e junho de 2016. Utilizou-se questionário, elaborado exclusivamente para esta pesquisa, contendo 52 questões fechadas, que visaram à identificação e à verificação de eventos referentes à trajetória das mulheres nos serviços da APS e AE, com base nas recomendações oficiais da área^{16,19,21}. Tal questionário pode ser consultado na página eletrônica da pesquisa ACESSUS <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem/questionarios/cancer-de-mama>

Análise dos dados

O quadro referencial para analisar a atenção ao CM foi construído conforme as recomendações da PNPC-RAS¹⁶ com foco no papel da APS como coordenadora das redes de atenção e com a função de promover acesso do usuário do SUS à AE a partir das ações de detecção precoce do câncer.

Levando-se em consideração as especificidades de organização da APS nos diferentes municípios e diversidade de características individuais das mulheres optou-se por utilizar o modelo de regressão logística multinível²⁸, com o nível contextual representado pelo município.

Adotou-se como variável dependente “suspeita do CM pela APS”, coletada a partir da seguinte pergunta “ A Sra recebeu pela primeira vez a informação sobre a suspeita ou diagnóstico de CM no Posto ou Centro de Saúde?” Partimos do pressuposto que a identificação de mulheres com suspeita de câncer mama é uma competência da APS para efetivar a detecção precoce normatizada pela linha de cuidado oncológica¹⁹. Obter tal informação representa o passo inicial para elucidação diagnóstica, configurando-se, portanto, como uma atribuição fundamental neste nível de atenção para alcançar o cuidado integral¹⁹. Importante esclarecer que o questionário não possibilitou explorar se a suspeita ou diagnóstico do câncer pela APS foi decorrente de uma conduta profissional, determinação do protocolo municipal, consequência de ações de rastreamento ou investigação diagnóstica de sinais ou sintomas.

Em nível individual as variáveis independentes relativas às condições socioeconômicas selecionadas para o estudo foram: idade (anos), escolaridade, cor da pele, possui plano de saúde/ou convênio médico, pagou consulta médica para atendimento relacionado ao câncer de mama. Já as variáveis relacionadas à atenção ao câncer, foram: continuou atendimento na APS após início do tratamento na AE; mama examinada na APS antes do encaminhamento para AE; primeira mamografia solicitada na APS e primeira mamografia feita no SUS.

Para verificar as associações das variáveis independentes com a suspeita do câncer na APS, estabeleceu-se o valor de p inferior a 0,05 na análise univariada como elegíveis para compor o modelo multivariado.

Na primeira etapa de modelagem foi ajustado o modelo nulo na regressão logística multinível, que inclui apenas o intercepto aleatório, e a análise gráfica caterpillar dos resíduos dos municípios.

Na etapa seguinte foram ajustados modelos multinível univariados para avaliar cada uma das variáveis do nível dos indivíduos, analisando-se a variância explicada pelo efeito do município e a associação delas com o desfecho.

Na terceira etapa, ajustou-se o modelo multivariado com a inclusão das variáveis do nível individual que mantiveram o nível de significância do critério estabelecido na análise univariada. Além disso, previamente ao ajuste do modelo multivariado final, foram feitas as análises de multicolinearidade entre as variáveis independentes, por meio do cálculo do fator de inflação de variância (VIF). Vale salientar que as variáveis idade, escolaridade e continuou atendimento na APS foram consideradas como variáveis de controle no modelo final. As análises foram conduzidas no pacote estatístico Statistical Software for Professional (STATA), versão 10.

RESULTADOS

Compuseram a casuística 664 mulheres, das quais 353 e 311 foram entrevistadas, respectivamente, nos municípios de São Paulo e de Campinas, todas com diagnóstico de CM confirmado, encaminhadas ao serviço especializado pela APS.

A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis socioeconômicas e variáveis relacionadas às etapas da atenção ao CM selecionadas para análise. Como esperado trata-se de uma população de mulheres de 50 anos ou mais (72,9%). Aproximadamente metade (48,0%) tinha frequentado somente até o ensino fundamental, no entanto 17,3% respondeu que tinha nível superior de escolaridade. Em que pese o predomínio de mulheres que referiram cor/raça branca (60,5%), surpreendeu a prevalência de mulheres pretas (10,8%). As frequências das entrevistadas que referiram ter plano de saúde e que pagaram consulta médica por atendimento ao câncer foram, respectivamente, 11,1% e 17,2%.

Após o início do tratamento na AE, menos de um terço das mulheres continuou o atendimento na APS (26,2%). Já em relação às etapas de atenção do CM antes do início de seu tratamento, a APS teve um papel importante para a maioria das entrevistadas, visto que 68,3% e 54,2% delas referiram esse serviço como local onde realizaram exame clínico das mamas antes do encaminhamento à AE e onde tiveram a primeira mamografia solicitada, respectivamente. Além disso, confirmando o perfil socioeconômico de baixo poder aquisitivo (não ter plano de saúde ou não ter pago por consulta médica), 78,3% das mulheres responderam terem feito a primeira mamografia no SUS.

Tabela 1

O modelo nulo e a análise gráfica caterpillar dos resíduos indicaram a existência do efeito do contexto municipal sobre o desfecho em estudo, resultado que orientou a escolha da técnica estatística de multinível como a mais adequada para a obtenção de estimativas das Razões de Chance (RC) mais precisas.

A Tabela 2 apresenta os modelos de regressão logística multinível para a suspeita de câncer de mama na APS. A variância do intercepto do modelo nulo indicou que os municípios explicam 7% da variabilidade de suspeita de câncer de mama na APS, ou seja, existe uma heterogeneidade entre São Paulo e Campinas no que diz respeito a esse procedimento. Na segunda coluna apresentaram-se os modelos multinível univariados com a inclusão das variáveis individuais. As variâncias apresentadas nos respectivos modelos, no geral, indicam que, quando incluídas individualmente, a variância explicada pelo efeito dos municípios aumenta. No caso da primeira mamografia solicitada pela APS, essa variância aumentou de 7%, no modelo nulo, para 15%, quando essa variável foi incluída.

A presença de multicolinearidade (VIF maiores e próximos de 1 – dados não apresentados) indicou ausência de efeito importante de interação entre as variáveis

independentes. Dessa forma, o modelo multivariado final é composto pelas variáveis estatisticamente significativas nas análises univariadas e multivariada, ao nível de 5%, bem como pelas variáveis de controle do nível dos indivíduos. Da mesma forma que os modelos univariados, pelo aumento da magnitude da variância do modelo ajustado em relação ao modelo nulo (de 0,07 para 0,13), pode-se concluir que a variância explicada pelo efeito dos municípios aumentou a variabilidade da suspeita de câncer de mama na APS nos municípios.

O modelo ajustado final apontou que ter a mama examinada na APS antes do encaminhamento para AE e ter a primeira mamografia solicitada na APS, em comparação com as situações opostas, aumentam significativamente as chances de ter a suspeita do CM na APS. No entanto, ter cursado ensino superior, ter pago consulta médica para atendimento relacionado ao CM e continuar o atendimento na APS após o início do tratamento na AE, em relação às respectivas condições contrárias, diminuem significativamente a chance de ter a suspeita do CM na APS.

As mulheres com 50 anos ou mais se mostraram associadas à suspeita do CM na APS somente na análise univariada, revelando que a idade não é independente das outras variáveis individuais. A escolaridade mostrou associação significativa somente para a categoria nível superior, tanto na análise univariada quanto na ajustada, apresentando nesta, chances 41% menores de ter a suspeita do CM na APS (RC= 0,59; IC 95% [0,35-0,98]; p = 0,04), em relação àquelas sem nenhuma escolarização.

No que se refere a cor da pele autorreferida pelas mulheres do estudo identificou-se que tal variável não apresentou associação estatisticamente significativa, ou seja, a cor da pele não se configura como uma variável explicativa para a suspeita de câncer pela APS nos municípios estudados.

Com relação aos indicadores de poder aquisitivo das mulheres, no modelo ajustado, somente a variável pagou consulta médica para atendimento relacionado ao câncer manteve

associação estatisticamente significativa, embora a magnitude da RC e a força da associação tenham sido atenuadas (RC=0,59; IC95% [0,36-0,96]; p=0,03). Em relação a possuir plano de saúde, a análise de multicolinearidade não indicou necessidade de testar o efeito da interação com outras variáveis independentes.

A variável continuou atendimento na APS após início do tratamento na AE não mostrou associação significativa no modelo univariado, nem efeito de interação com outras variáveis, no entanto ela foi mantida como controle no modelo ajustado final em razão da sua importância na completude do desenho do presente estudo. No modelo ajustado, foi surpreendente que essa variável mostrou associação estatisticamente significativa, sendo que a chance daquelas que continuaram atendimento na APS após início do tratamento na AE foi 38% menor de terem realizado a suspeita de CM na APS (RC=0,62; IC95%= [0,41-0,95]; p=0,03).

A análise univariada dá indicações de que as mulheres que tiveram a mama examinada na APS antes do encaminhamento para a AE tinham chance 56% maior de ter a suspeita de CM nesse serviço (RC=1,56; IC95% [1,11-2,21]; p=0,01). Esses resultados foram mantidos mesmo após o ajuste do modelo (RC=1,61; IC95% [1,10-2,34]; p=0,01), o que aponta a importância dessa variável, independente das demais para explicar o desfecho.

Observa-se que a variável primeira mamografia solicitada na APS, se configurou na variável com maior magnitude no valor da RC e forte associação com a suspeita de câncer na APS, tanto na análise univariada (RC=3,48; IC95% [2,48-4,89]; p<0,01) quanto no modelo ajustado (RC=2,81; IC95% [1,95 – 4,00]; p<0,001). Esses resultados indicam que as mulheres que fizeram a primeira mamografia por solicitação da APS tinham chances, aproximadamente, de 3 vezes maiores de suspeita de câncer de mama realizada na APS, independentemente de outras variáveis.

A análise de regressão univariada apontou que executar a mamografia no SUS aumenta a chance em, aproximadamente, duas vezes de realizar a suspeita de câncer na APS (RC=2,10; IC95% [1,43-3,10]; $p < 0,01$). Não obstante, no modelo ajustado ela não mostrou efeito de interação com as outras variáveis e não manteve a significância ao nível de 5%, tendo sido retirada do modelo multivariado final.

Tabela 2

DISCUSSÃO

Historicamente no Brasil esforços têm sido dedicados à implementação de políticas públicas para o acesso da população às ações de detecção precoce do CM. As recomendações envolvendo o rastreamento e diagnóstico precoce deste agravo vêm sendo atualizadas e, a suspeita junto às mulheres, por parte dos serviços da APS, se configura como etapa importante da linha de cuidado para o CM³¹.

Neste estudo, pôde-se constatar que as recomendações ligadas à detecção precoce através da suspeição do CM, seja por meio da solicitação de mamografia, seja pelo exame clínico das mamas vêm sendo incorporadas. No entanto, nossos resultados indicam, também, que, além dessas etapas clínicas, as características individuais das mulheres e do contexto influenciam sobre esse processo.

A idade igual ou superior a 50 anos aumenta a chance da primeira suspeição no serviço de APS nos municípios. No entanto, observou-se que não houve manutenção da significância estatística no modelo ajustado, indicando que, não é independente de outras variáveis. Tal fato pode ser decorrente da heterogeneidade entre o município de Campinas e de São Paulo em relação ao cumprimento das recomendações sobre ao grupo etário para a indicação do exame mamográfico como estratégia de rastreio para detecção precoce de CM. Discutiremos o tema mais adiante.

Diversos estudos têm documentado a existência de desigualdades raciais que se manifestam pela dificuldade de acesso da mulher negra ao exame de mamografia³² e à unidade oncológica^{33,34}, bem como pela chance duplicada em apresentar pior prognóstico em decorrência da maior proporção de estádios avançados no diagnóstico do câncer, em comparação às brancas³⁵. O presente estudo, em concordância com esses achados, evidenciou que entre as mulheres de cor preta, a chance de ter a suspeita de CM na APS era reduzida em comparação às brancas, em que pese a fraca associação encontrada.

Análises de itinerários terapêuticos utilizados por mulheres com CM indicaram que aquelas com menor renda e escolaridade utilizam mais frequentemente a APS como porta de entrada, ao contrário daquelas com maior renda, que acessam habitualmente os serviços privados³⁶. Os achados do presente estudo corroboram a tendência de redução na chance de suspeita de câncer pela APS conforme aumenta a escolaridade das mulheres.

No que se refere às etapas da atenção ao CM a execução da mamografia no SUS, a solicitação desse exame pela APS e o exame clínico das mamas são variáveis associadas à maior suspeita de CM pela APS nos municípios estudados.

O rastreamento do CM por meio do exame clínico das mamas fez parte das recomendações ministeriais de 2004 até 2015. Atualmente, sua prática vem sendo retomada, em conjunto com a anamnese, como estratégia fundamental para a identificação de sinais e sintomas suspeitos do CM. Tais ações favoreceriam o acesso das usuárias sob risco à investigação diagnóstica na AE¹⁹. O ECM mostrou associação estatisticamente significativa com a suspeição de CM na APS, mesmo no modelo ajustado. Esse achado mostra que o uso do ECM nos municípios não foi abandonado entre as práticas para a detecção precoce do CM e corrobora a sua utilização como prática do exame físico e estratégia na identificação de sinais e sintomas. Esta situação pode ser confirmada em artigo de revisão que apontou o ECM como uma das ações de maior prevalência no país para detecção precoce³⁷, devido ao seu

fácil acesso, baixo custo e relevância na identificação de usuárias sob risco. Ainda assim, outros estudos indicam que o ECM não é realizado pela maioria dos profissionais da rede primária devido ao pouco conhecimento de suas etapas propedêuticas^{38,39}, falta de tempo e local apropriado⁴⁰.

Em relação ao exame de mamografia, as mulheres que tiveram a solicitação deste pela APS, apresentaram, aproximadamente, três vezes mais chances de ter a suspeita do agravo, mesmo ajustando por outras variáveis. Portanto, a mamografia como uma ação voltada à detecção precoce do CM parece irrefutavelmente incorporada ao processo de trabalho dos profissionais da rede primária.

A solicitação da mamografia como exame de rastreamento é identificada como um procedimento chave para a entrada da mulher na rede de atenção oncológica pela APS^{14,16}. Os resultados deste estudo estão em consonância com estudo realizado no país, que constatou a ampliação do acesso à mamografia, compatível com o aumento na oferta desse exame tanto na rede pública quanto na conveniada⁴¹, e a maior densidade de mamógrafos nos estados de São Paulo, entre outros⁴².

Todavia, cabe chamar a atenção para uma falta de convergência entre as recomendações ministeriais e as da sociedade médica em relação à indicação do exame mamográfico como estratégia de rastreamento para a detecção precoce do CM. Por um lado, o MS alterou a população-alvo elegível para o exame de 40 até os 69 anos, para 50 a 69 anos, com periodicidade bienal^{19,21}. Por outro, a Sociedade Brasileira de Mastologista, blindada pela Lei nº 11.664/08⁴³, tem mantido a recomendação de mamografia de rastreamento a partir dos 40 anos, com periodicidade anual. Tal situação pode trazer ambiguidade na interpretação sobre para quem, por que e quando deve-se solicitar o exame mamográfico, dificultando a tomada de decisão pelo profissional de saúde da APS e uso do serviço pelas usuárias.

Estudo apontou que no Brasil quase 40% das mamografias de rastreamento executadas estão em desacordo com a faixa etária recomendada, e tal descompasso pode estar intensificando o estrangulamento da capacidade diagnóstica da rede SUS, agregando exposição das mulheres aos efeitos do sobrediagnóstico e, por consequência, ao sobretratamento⁴⁴. Deve-se reconhecer, ainda, que se soma ao contexto descrito o desconhecimento dos profissionais como motivo para o não seguimento dessas recomendações^{37,40}, bem como para a não implementação de uma linha de cuidado de CM com ações de rastreio organizada na rede de atenção oncológica⁴⁵. Esse contexto pode ser uma das explicações dos resultados do presente estudo em relação à ausência de associação da variável idade com a suspeita de CM na APS, comentada anteriormente.

Outra variável analisada neste estudo foi a continuidade da atenção na APS após o início do tratamento na AE como um indicador de vínculo ou de longitudinalidade do cuidado na APS⁴⁶. Entretanto, essa variável só mostrou associação com a suspeita de câncer identificada na APS no modelo final, mostrando que o efeito dela advém da relação com as demais variáveis. Justamente, as mulheres que continuaram atendimento na APS após início do tratamento na AE tiveram menor chance de terem realizado a suspeita de CM na APS. Ou seja, o fato da APS dar início ao seguimento na linha cuidado do CM não garante o vínculo da mulher com este ponto de atenção à saúde. É possível que outras razões levem algumas mulheres a retornarem à APS após o diagnóstico do CM e não propriamente a continuidade do cuidado para o agravo em si. No contexto de doenças graves como o câncer, que requerem tratamentos complexos e a longo prazo, em geral, o vínculo paciente-serviço é estabelecido naquele onde é realizado o tratamento, estimulado pela falta de contrarreferência como dificultadora da coordenação do cuidado pela APS⁴⁷.

Outras evidências, não obstante, mostram a importância da capacidade da APS em dar continuidade no vínculo, estabelecido com pacientes portadoras de CM, no sentido de

produzir integralidade da atenção⁴⁸. Isso atesta o papel destacado da APS, por sua facilidade no estabelecimento de vínculo com as mulheres, na efetividade da linha de cuidado na rede de atenção oncológica⁴⁹.

Provavelmente, a heterogeneidade entre os municípios identificada pela análise multinível tem relação com os modelos de APS desenvolvidos nos respectivos locais, os quais favorecem ou não determinados atributos destes serviços.

Observa-se no município de São Paulo uma rede primária com expansão da estratégia de saúde da família, mas que segue em transformação, sendo, ainda, composta por distintos arranjos, tais como unidades básicas tradicionais, estratégia de saúde da família exclusiva, atendimento médico ambulatorial e unidades mistas e/ou integradas⁵⁰.

Em Campinas, contudo, a instituição da APS foi iniciada na década de 1970, com apoio das universidades locais⁵¹. Em 1990 implantou-se o Modelo de atenção em defesa da vida na rede primária, valorizando a incorporação de tecnologias leves como acolhimento e presença de equipes multiprofissionais ampliadas⁵² e, no início de 2000, a constituição do Projeto Paideia^{53,54}, vigente até o período da pesquisa, manteve-se uma rede de APS com ampliação das equipes, incluindo as recomendações da estratégia de saúde da família. Ou seja, num contexto de doenças cujo alcance da integralidade do cuidado é bastante complexa, como no caso do CM, um modelo de APS, que estabelece vínculo com suas usuárias pode, também, ter maior efetividade da linha de cuidado na rede oncológica^{20,36}.

Uma das limitações deste estudo refere-se à obtenção dos dados por meio do autorrelato das usuárias, algumas delas, já em tratamento há muito tempo, sendo possível gerar viés de informação e/ou de memória. Tendo em vista a natureza das perguntas, mesmo considerando a possível variação das informações prestadas, avaliou-se que o relato de usuárias com CM é capaz de produzir informações sobre acesso e cuidado insubstituíveis.

É importante destacar que não foi escopo do estudo análise diferenciada entre as mulheres que tiveram o diagnóstico do câncer por meio do rastreamento ou da investigação dos sinais ou sintomas suspeitos. Portanto, o questionário não explorou o contexto em que o diagnóstico do CM foi realizado na APS, considerando-se apenas a sua competência para a detecção precoce do câncer normatizada pela linha de cuidado.

Outra limitação está relacionada à restrição da população amostrada, principalmente em São Paulo, que entrevistou mulheres em tratamento num único serviço dos diversos existentes no município. Pelo fato de tratar-se de um programa do Proadi-SUS dentro de hospital filantrópico/privado, é possível ter ocorrido viés de amostra. No entanto, a gestão municipal consultada assegurou que o fluxo para regulação das consultas com oncologista no serviço seguia a pactuação vigente na cidade de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados mostrou que a solicitação da mamografia e o ECM são ações que tem sido incorporadas na APS para a detecção precoce do CM nos municípios.

Dessa forma, pode-se afirmar que a APS exerce o seu papel de ordenadora da atenção ao CM, dá início ao percurso na linha de cuidado, sem contudo, conseguir coordenar o cuidado na medida em que parece não garantir o vínculo da mulher com este ponto de atenção à saúde.

Definição do grupo etário, tendo em vista a cobertura da população alvo é um fator crítico às ações de detecção precoce do CM que merece ser discutido por formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde atuantes em todos os níveis de atenção, bem como por estudiosos e pela sociedade médica específica. Portanto, há fragilidades nesse processo, principalmente na organização de uma linha de cuidados que assegure à usuária atenção integral com diagnóstico e tratamento oportuno.

Este trabalho sinaliza a necessidade de novos estudos visando ampliar a compreensão a implementação de políticas públicas de saúde voltada a condições crônicas, reconhecendo as influências da oferta e consumo de tecnologias, do comportamento do sujeito na busca de saúde e padrão de utilização dos serviços.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo subsídio financeiro (processo 405044/2013-5) e pela bolsa de pós-doutoramento (processo no 171348/2017-6).

REFERÊNCIAS

1. Pou AS, Tumas N, Coquet JB, Niclis C, Román MD, Díaz MP. Burden of cancer mortality and differences attributable to demographic aging and risk factors in Argentina, 1986-2011. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(2):1-13.
2. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385(9967):549-62.
3. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014; 23(4):599-608.
4. Carioli G, Malvezzi M, Rodrigues T, Bertuccio P, Negri E, La Vecchia C. Trends and predictions to 2020 in breast cancer mortality in Europe. *The Breast* 2017; 36:89-95.
5. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev Esc Enferm* 2014; 48(3):394-400.
6. Tomazelli JG, Azevedo e Silva G. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017; 26(4):713-724.
7. Duarte DAP, Bustamante-Teixeira MT. Iniquidade Social e Mortalidade por câncer de mama e Colo do Útero: Uma Revisão Integrativa. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)* 2018; 10(3): 877-888.

8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Estatísticas globais sobre câncer 2018: estimativas do GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 casos de câncer em 185 países. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68 (6): 394-424.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: INCA; 2017
10. Meira KC, Guimarães RM, Santos J, Cabrelli R. Análise de efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer de mama no Brasil e regiões. *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 37(6):402-408.
11. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9782):2042-53.
12. Boccolini CS, de Souza Junior PRB. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15:150.
13. Silva MJS; Lima FLT; O'Dwyer G; Osorio-de-Castro CGS. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. cancerol.* 2017; 63(3): 177-187.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439, de 5 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2005; 08 dez.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 4279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013, 29 mai.
17. Santos L, Campos GW de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Soc.* 2015; 24(2):438-46.
18. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em saúde para debate* 2014; 52: 114-124.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
20. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24 (2): 185-191
21. Migowski A, Azevedo e Silva G, Dias MBK, Diz MDLE, Sant’Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34 (6): e00074817.
22. Silva RCF. *Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
23. Migowski A, Atty ATM, Tomazelli JG, Dias MBK, Jardim BC. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. cancerolog.* 2018; 64(2): 247-250.
24. 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* 2001; 27(2), 317-326.
25. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med.* 1973; 288(4):189-194.
26. AcesSUS. *Etapa qualitativa, contexto São Paulo* [internet]. 2009 Set [acessado em 2019 Abr 12]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/etapa-qualitativa/contexto-sao-paulo>
27. AcesSUS. *Etapa qualitativa, contexto Campinas* [internet]. 2009 set. [acessado em 2019 Abr 12]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/etapa-qualitativa/contexto-campinas>
28. Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Arnold; 2003.
29. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. . Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
30. Fundação Sistema Estadual de análise de dados- Seade. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>

31. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2019.
32. Lages RB, Oliveira GP, Filho VMS, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15(4), 737-747.
33. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciênc.saúde coletiva*. 2019; 24(2), 613-622.
34. Medeiros GC, Bergmann A, Aguar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Públi.* 2015; 31(6), 1269-1282.
35. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamante-Teixeira MT. Racial disparity in 10-year breast cancer survival: A mediation analysis using potential responses approach. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(9): e00211717.
36. Barros AF, Araújo JM, Nascimento CM, Dias A. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. [cited 2019 Aug 25]; 53(14): [about 11 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-14.pdf
37. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(4), 793-803.
38. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene* 2015; 16(2):143-9.
39. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. (2003). Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saúde Públi.* 2003; 37(5), 576-582.
40. Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VCS, Gutiérrez MGR, Figueiredo EN. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. *Acta paul. enferm.* 2017; 30(1), 1-7.
41. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc. Saúde Coletiv.* 2011; 16(9): 3649-3664.

42. Ramos ACV, Alves LS, Berra TZ, Popolin MP, Arcoverde MAM, Campoy LT, Martoreli-Júnior JF, Lapão LV, Palha PF, Arcêncio RA. Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e166.
43. Brasil. Lei Nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2008; 30 Abr.
44. Tesser CD, D'Avila TLC. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama ? *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(5):e00095914.
45. Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? *Rev. Bras. Cancerolog*. 2012; 58(1):67-71.
46. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):2029-1042.
47. Silva MRF, Braga JPR, Moura JFP, Lima JTO. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção a saúde: estudo de caso, Pernambuco.
48. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(6), 1124-1131.
49. Aguiar FAR, Sousa TC, Branco JGC, Costa FBC, Torres ARA, Arruda LP. Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. *Sanare*. 2018;17(1), 84-92.
50. Pinto NRS, Tanaka OU, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4), 927-938.
51. L'abbate S. *Direito a saúde: da reivindicação a realização; projetos de política de saúde em Campinas [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1990.
52. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(2), 507-515.
53. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. 51-67.
54. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Material ilustrativo

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas e das etapas de atenção ao câncer de mama referidas pelas mulheres em tratamento nos serviços de alta complexidade em oncologia, São Paulo e Campinas, 2016.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
19 – 49	180	27,1
50 +	484	72,9
Escolaridade		
Analfabeto	43	6,5
Ensino Fundamental	319	48,0
Ensino Médio	187	28,2
Ensino Superior	115	17,3
Cor da pele		
Branca	397	60,5
Preta	71	10,8
Parda	166	25,3
Amarela	22	3,4
Possui Plano de saúde e/ou convênio médico		
Não	590	88,9
Sim	74	11,1
Pagou consulta médica para atendimento relacionado ao câncer		
Não	549	82,8
Sim	114	17,2
Continua atendimento na APS após início do tratamento na AE		
Não	488	73,8
Sim	173	26,2
Mama examinada na APS antes do encaminhamento para AE		
Não	196	31,7
Sim	422	68,3
Primeira mamografia solicitada na APS		
Não	294	45,8
Sim	348	54,2
Fez a primeira mamografia no SUS		
Não	139	21,7
Sim	502	78,3

Fonte: Elaboração pelos autores, 2019

Tabela 2. Associações entre variáveis individuais e contextual, determinadas por análise de regressão logística multinível. São Paulo e Campinas, SP, 2016.

Variáveis	Modelo nulo		Modelos univariados		Modelo multivariado final		
	RC	IC (95%)	p-valor	σ_u^2	RC	IC(95%)	p-valor

Idade (anos)					0,08			
	19-49	1,00				1,00		
	50 +	1,63	1,15 - 2,32	<0,01		1,39	0,93 - 2,09	0,11
Escolaridade					0,10			
	Analfabeto	1,00				1,00		
	Fundamental e médio Superior	0,64	0,34 - 1,24	0,18		0,85	0,56 - 1,28	0,43
		0,35	0,17 - 0,73	<0,01		0,59	0,35 - 0,98	0,04
Cor da pele					0,07			
	Branca	1,00				*		
	Preta	0,78	0,47 - 1,30	0,33				
	Parda	1,19	0,82 - 1,72	0,35				
	Amarela	0,98	0,41 - 2,33	0,96				
Possui Plano de saúde e/ou convênio médico					0,08			
	Não	1,00				*		
	Sim	0,57	0,34 - 0,93	0,03				
Pagou consulta médica para atendimento relacionado ao câncer de mama					0,06			
	Não	1,00				1,00		
	Sim	0,43	0,28 - 0,65	<0,01		0,59	0,36 - 0,96	0,03
Continuou atendimento na APS após início do tratamento na AE					0,06			
	Não	1,00				1,00		
	Sim	0,91	0,62 - 1,34	0,64		0,62	0,41 - 0,95	0,03
Mama examinada na APS antes do encaminhamento para AE					0,09			
	Não	1,00				1,00		
	Sim	1,56	1,11 - 2,21	0,01		1,61	1,10 - 2,34	0,01
Primeira mamografia solicitada na APS					0,15			
	Não	1,00				1,00		
	Sim	3,48	2,48 - 4,89	<0,01		2,81	1,95 - 4,00	<0,001
Primeira mamografia feita no SUS					0,09			
	Não	1,00				*		
	Sim	2,10	1,43 - 3,10	<0,01				
σ_u^2					0,07	0,13		

Modelo multivariado final – manutenção das variáveis escolaridade, idade e continuou atendimento na APS após início do tratamento na AE como controles.

*Variável excluída do modelo final devido ao valor de $p > 0,05$.

σ_u^2 Variância explicada pelos municípios

Abreviaturas: RC-Razão de Chances, IC-Intervalo de Confiança, AE-Atenção Especializada, APS-Atenção Primária à Saúde, SUS-Sistema Único de Saúde.