

Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres*

BARRIERS IN HEALTH CARE TO BREAST CANCER: PERCEPTION OF WOMEN

BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN CASOS DE CÁNCER DE MAMA: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES

Leila Luiza Conceição Gonçalves¹, Gabriela Lima Travassos², Ana Maria de Almeida³, Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães⁴, Cristiane Franca Lisboa Gois⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, percebidas por mulheres em tratamento quimioterápico. **Método:** Estudo descritivo-exploratório. A amostra foi constituída por 58 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, cadastradas no ambulatório público de oncologia de Aracaju-Sergipe. A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2011 e março de 2012, por entrevista semiestruturada, e os dados foram processados no software SPSS, versão 17. **Resultados:** Entre as entrevistadas 37 mulheres (63,8%) referiram ter, ao menos, uma barreira na trajetória de cuidado ao câncer de mama. As barreiras organizacionais ou dos serviços de saúde foram as mais citadas nos períodos de investigação e tratamento do câncer de mama. **Conclusão:** Diante destas constatações, as barreiras devem ser consideradas nas políticas públicas de saúde e nos programas de controle do câncer de mama em Sergipe.

DESCRITORES

Mulheres
Neoplasias da mama
Acesso aos Serviços de Saúde
Diagnóstico tardio
Enfermagem oncológica

ABSTRACT

Objective: Identifying the barriers in the access to health care to breast cancer perceived by women undergoing chemotherapy. **Method:** An exploratory descriptive study. The sample consisted of 58 women with breast cancer receiving chemotherapy and registered in the public oncology ambulatory of Aracaju-Sergipe. Data collection was carried out between October 2011 and March 2012 by semistructured interviews, and data were processed using the SPSS, version 17. **Results:** Among the interviewed women, 37 (63.8%) reported at least a barrier in the trajectory of care for breast cancer. The organizational and health services barriers were the most reported in the periods of investigation and treatment of breast cancer. **Conclusion:** In face of these findings, the barriers should be considered in public health policies and programs for the control of breast cancer in Sergipe.

DESCRIPTORS

Women
Breast neoplasms
Health Services Accessibility
Delayed diagnosis
Oncology nursing

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras en el acceso a la atención en salud percibidos por mujeres con cáncer de mama en tratamiento quimioterápico. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, cuya muestra estuvo constituída por 58 mujeres con cáncer de mama en quimioterapia inscritas en el servicio ambulatorio público de oncología de Aracaju-Sergipe. La recolección de datos fue realizada entre octubre de 2011 a marzo de 2012, por medio de entrevistas semi-estructuradas. Los datos fueron procesados en el software SPSS, versión 17. **Resultados:** Entre las entrevistadas, 37 mujeres (63,8%) relataron haber enfrentado por lo menos una barrera en la trayectoria de cuidado del cáncer de mama. Las barreras organizacionales o de los servicios de salud fueron las más citadas en los períodos de investigación y tratamiento del cáncer de mama. **Conclusión:** Las barreras deben ser consideradas en las políticas públicas de salud y de los programas de control del cáncer de mama en Sergipe.

DESCRIPTORES

Mujeres
Neoplasias de la mama
Acceso a los Servicios de Salud
Diagnóstico tardío
Enfermería oncológica

* Extraído do projeto "Mulheres sergipanas com câncer de mama: trajetória nos serviços de saúde e qualidade de vida", Centro de Oncologia Oswaldo Leite do Hospital de Urgência e Emergência de Sergipe, 2011-2012. ¹ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil. leilaluiza@globo.com ² Enfermeira pelo Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil. ³ Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁴ Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem se tornado um problema de saúde pública mundial. Em 2008, a estimativa foi de 1.380 novos casos e 458.000 mortes por neoplasia mamária. Dentre estas, aproximadamente 59% ocorreram em países de baixa e média renda⁽¹⁾. A maioria dos casos diagnosticados em países em desenvolvimento apresenta estádios mais avançados da doença, o que dificulta o tratamento⁽²⁻⁵⁾. Barreiras ao acesso a serviços de saúde, informação incompleta ou inexistente, dificuldades de infraestrutura, condições socioeconômicas, geográficas e étnicas são alguns dos problemas que levam ao atraso no diagnóstico, tanto de outras doenças como das neoplasias^(3,5).

O câncer de mama, quando detectado em estádios iniciais, apresenta melhor prognóstico e garante menores custos ao sistema de saúde⁽⁶⁾. Para isso, o acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância e ultrapassa a mera disponibilidade de recursos, resultando de uma combinação de fatores, tais como, geografia favorável, oferta dos serviços, influência cultural e a eliminação de barreiras econômicas⁽⁷⁻⁹⁾.

O atraso no diagnóstico e na implementação terapêutica pode estar relacionado às inúmeras barreiras encontradas durante a busca por atenção em saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾, como idade, sexo, escolaridade, local de residência, grupo étnico, condições de trabalho, baixa condição financeira, ausência de plano de saúde, entre outros fatores que retardam o diagnóstico e o cuidado da doença^(3,5,11).

Estudos nacionais e internacionais reconhecem o atraso na atenção em saúde ao câncer de mama como a principal causa da alta mortalidade feminina por essa neoplasia⁽¹²⁻¹⁶⁾. Em decorrência disso, barreiras ao acesso à atenção em saúde vêm sendo estudadas em diversos continentes, como América Latina, Estados Unidos, Europa, Ásia e África, para melhor entender esse fenômeno^(10,17-22). Entretanto, pouco se conhece sobre as barreiras encontradas no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama no Brasil.

Os resultados deste estudo podem auxiliar programas, sistema de regulação e fluxogramas de assistência e serviços por meio da compreensão dos fatores que dificultam a atenção em saúde nos casos de câncer de mama, levando a atrasos na assistência e a diagnósticos em estádios avançados⁽¹⁵⁾. Vale ressaltar que estes fatores são variáveis em cada região⁽¹³⁾.

Este estudo teve como objetivo identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, percebidas por mulheres em tratamento quimioterápico.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo-exploratório, desenvolvido em Ambulatório Público de Oncologia do Estado de Sergipe, localizado na cidade de Aracaju.

A população do estudo foi composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama, residentes no estado de Sergipe e que iniciaram quimioterapia, neoadjuvante ou adjuvante, no referido centro de oncologia, entre 01/08/2011 e 31/03/2012. Foram excluídas do estudo as mulheres residentes em outros estados quando detectaram a alteração na mama, as menores de 18 anos e aquelas que apresentaram dificuldades em compreender e responder às questões do roteiro de entrevista para coleta de dados.

Setenta e oito mulheres com diagnóstico de câncer de mama foram identificadas, por meio de consulta ao livro de registro de pacientes, agenda de quimioterapia, prontuário e contato telefônico, no período de 01/10/2011 a 31/12/2012. Dessas, 69 foram encontradas no serviço de oncologia, e dez foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão e uma recusou-se a participar, totalizando uma amostra de 58 mulheres.

A entrevista ocorreu na sala de espera ou na sala de administração de quimioterapia devido ou à indisponibilidade de local reservado na instituição ou por solicitação da mulher. Para controle de qualidade e melhor aproveitamento das informações, solicitou-se autorização da mulher para gravar a entrevista com aparelho digital, após a concordância de sua participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, desenvolvido pelas autoras, com base no documento do consenso para controle do câncer de mama do Ministério da Saúde⁽⁴⁾ e no *Clinical practice guidelines in oncology: breast cancer*⁽²³⁾, o qual foi validado em conteúdo por *experts* do assunto. O instrumento continha questões que abordavam informações sobre: identificação, perfil sociodemográfico, aspectos relativos à descoberta, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, barreiras e facilidades no acesso aos serviços de saúde. As questões abertas relacionadas às barreiras e facilidades, na trajetória de cuidado ao câncer de mama, foram adaptadas de estudo realizado em Quebec, Canadá⁽²⁴⁾.

A trajetória de cuidado ao câncer de mama foi explorada em três períodos cronológicos: período de detecção, definido entre o tempo em que a mulher identificou algum sinal e sintoma de alteração na mama e a primeira consulta com o profissional de saúde; período de investigação, definido como o intervalo de tempo entre o início da investigação e o diagnóstico médico; e período de tratamento, intervalo de tempo entre o início e o final do tratamento⁽²⁴⁾.

As barreiras foram conceituadas como: eventos que dificultaram o acesso da mulher a serviços de saúde durante a condução do caso de câncer de mama, desde a identificação dos sinais e sintomas até o diagnóstico e o início do tratamento. Os responsáveis pelas barreiras foram: mulher, familiares, amigos, profissionais de saúde, instituição ou serviço.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2011 a março de 2012, e as informações foram digitadas

em um banco de dados organizado no programa EPI INFO, versão 3.2.1. Para a análise dos dados, utilizou-se o *software SPSS*, versão 17. Salienta-se que as informações oriundas das questões abertas foram codificadas, antes da digitação, no banco de dados. Para a distribuição das barreiras, bem como dos seus responsáveis, foi realizada análise descritiva de frequência simples. É importante salientar que durante a codificação dos relatos foi identificado que as mulheres referiram uma ou mais barreiras e responsáveis. Para as outras variáveis, foram calculadas as frequências percentuais.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o parecer CAAE de nº 0196.0.107.000-1. E as mulheres foram convidadas, previamente, para participarem do estudo e informadas sobre os objetivos e as questões éticas da pesquisa, tendo sido assinado, em caso de concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Na amostra estudada, a média de idade foi de 53,5 anos; 42(72,4%) mulheres se autodeclararam paradas; 32(55,2%) eram casadas; 12(20,7%) analfabetas; 23(39,7%) foram classificadas como pertencentes à classe D, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB⁽²⁵⁾, 39(67,2%) residiam em municípios fora da região metropolitana de Aracaju.

As barreiras e seus responsáveis foram identificados por meio de questões abertas, possibilitando às mulheres relatarem mais de um deles, conforme a sua percepção. Entre as entrevistadas, 37(63,8%) mulheres relataram, ao menos, uma barreira durante a trajetória de cuidado ao câncer de mama. Destas, cinco reportaram as barreiras e seus responsáveis apenas no período de detecção, nove no período de investigação, doze no período de tratamento e onze mulheres as reportaram em mais de um período. O período de tratamento do câncer de mama foi o que mais apresentou referência de barreiras pelas mulheres, totalizando 23 (39,6%).

As barreiras socioculturais no período de detecção, referidas por 10 mulheres, influenciaram na decisão de buscar atenção à saúde e no acesso à consulta, após a descoberta da alteração na mama, tendo como principal responsável a própria mulher como mostra a Tabela 1.

No período de investigação, 16 mulheres referiram barreiras. As dificuldades percebidas por elas estavam relacionadas ao acesso à consulta com especialista e a exames de imagem e diagnóstico, devido às barreiras organizacionais ou do serviço de saúde. As Secretarias Municipais ou o Sistema de Saúde foram os principais responsáveis. Barreiras geográficas, socioculturais e econômicas

também foram mencionadas, porém com menor frequência quando comparadas com as organizacionais (Tabela 2).

A lista de espera nas instituições de saúde para agendamento de consultas, exames ou tratamentos foi a barreira organizacional mais citada no período de investigação.

Tabela 1 - Barreiras e responsáveis percebidos pelas mulheres com câncer de mama, durante o período de detecção – Aracaju, SE, out. 2011/mar. 2012.

Barreiras e responsáveis no período de detecção	n(%)
Barreiras socioculturais	
Falta de informação sobre a patologia	5(38,4)
Crenças e tabus em torno da doença	2(15,4)
Medo do diagnóstico e das intervenções	1(7,7)
Sentimentos de angústia e impotência	1(7,7)
Cuidar de familiar	1(7,7)
Outros problemas de saúde	1(7,7)
Vergonha de mostrar o corpo	1(7,7)
Barreiras econômicas	
Impossibilidade de faltar ao trabalho	1(7,7)
Responsável	
Individual	
Paciente	10(76,9)
Familiar/amigos	3(23,1)

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: (n=10).

Tabela 2 - Barreiras e responsáveis percebidos pelas mulheres com câncer de mama, durante o período de investigação - Aracaju, SE, out. 2011/mar. 2012

Barreiras e responsáveis no período de investigação	n(%)
Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde	
Lista de espera para agendamento de consulta, exames e tratamentos	10(38,6)
Erro de diagnóstico por profissional de saúde	3(11,5)
Exames, consultas ou procedimentos indisponíveis pelo SUS do município onde reside	2(7,7)
Demora para receber resultado de exames	2(7,7)
Adiamento da consulta ou do procedimento pelo profissional responsável	1(3,8)
Barreiras geográficas	
Deslocamento para outra cidade	2(7,7)
Dificuldade de acesso ao transporte fornecido pela SMS	2(7,7)
Barreira sociocultural	
Falta de informação sobre a patologia	2(7,7)
Cuidar de familiar	1(3,8)
Barreira econômica	
Dificuldade financeira para custear exames, diagnósticos e tratamento	1(3,8)
Responsável	
Organização ou serviço de saúde ou sistema de saúde	
Secretaria Municipal de Saúde ou sistema de saúde	13(65,0)
Individual	
Médico	3(15,0)
Paciente	3(15,0)
Familiar/amigos	1(5,0)

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: (n=16).

Outras barreiras organizacionais mencionadas pelas mulheres igualmente dificultam o acesso ao serviço de saúde e a continuidade na atenção em saúde (Tabela 2). Entre as 23 mulheres que referiram barreiras no período de tratamento, as dificuldades de acesso mais identificadas relacionavam-se à consulta com especialista, à cirurgia da mama e à quimioterapia. As barreiras organizacionais ou dos serviços de saúde também foram as mais citadas, destacando-se a lista de espera para consulta, exames e tratamentos. Na percepção das mulheres, os responsáveis por esses eventos foram o hospital e as Secretarias Municipais ou Sistema de Saúde⁽⁴⁾(Tabela 3).

Tabela 3 - Barreiras e responsáveis referidos pelas mulheres com câncer de mama, durante o período de tratamento – Aracaju, SE, out. 2011/mar. 2012

Barreiras e responsáveis no período de tratamento	n(%)
Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde	
Lista de espera para agendamento de consulta, exames e tratamentos	10(38,6)
Erro de diagnóstico por profissional de saúde	3(11,5)
Demora para receber resultado de exames	2(7,7)
Exames, consultas ou tratamentos indisponíveis pelo SUS do município onde reside	2(7,7)
Adiamento da consulta ou procedimento pelo profissional responsável	1(3,8)
Barreiras geográficas	
Dificuldade de acesso ao transporte fornecido pela SMS	2(7,7)
Deslocamento para outra cidade	2(7,7)
Barreiras socioculturais	
Falta de informação sobre a patologia	2(7,7)
Cuidar de familiar	1(3,8)
Barreira econômica	
Dificuldade financeira para custear exames, diagnósticos e tratamento	1(3,8)
Responsável	
Organização ou serviço de saúde ou sistema de saúde	
Hospital ou serviço de saúde	8(33,3)
Secretaria Municipal de Saúde ou sistema de saúde	4(16,7)
Plano de saúde	1(4,2)
Individual	
Médico	7(29,2)
Paciente	2(8,2)
Familiar/amigos	1(4,2)
Enfermeiro	1(4,2)

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: (n=23).

A barreira geográfica, apesar de ter sido pouco referida pelas mulheres nos períodos de investigação e tratamento, merece ser destacada, pois o deslocamento para outra cidade e a dificuldade de acesso ao transporte fornecido pela SMS foram referidos, conforme mostram as Tabelas 2 e 3.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que as mulheres perceberam barreiras, em todos os períodos da trajetória de cuidado para o câncer de mama, sendo mais

frequentes no período de tratamento. Situação semelhante, apesar dos contextos sociais, econômicos, culturais e de atenção em saúde serem diferentes, foi relatada por 77 mulheres (64%), das 120 participantes de um estudo populacional realizado em Quebec, que encontraram pelo menos uma barreira durante sua trajetória de cuidado ao câncer de mama. Os períodos de maior ocorrência de barreiras foram o de investigação e o de tratamento⁽²⁴⁾. A presença de barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama ocorre em contextos diversos, devendo ser reconhecida e minimizada por todos os atores envolvidos na atenção em saúde.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, as altas taxas de mortalidade estão relacionadas à escassez de recursos e infraestrutura, dificultando a detecção precoce e o tratamento da neoplasia. Estas deficiências no serviço contribuem para a detecção da neoplasia em estádios avançados, tornando a cura do câncer de mama mais difícil, além de trazer maiores custos ao sistema de saúde^(7,10,13).

Dentre as barreiras socioculturais citadas pelas mulheres, destaca-se a falta de informação sobre a doença. Este dado pode ser justificado pela baixa escolaridade das mulheres da amostra, aspecto relevante para a detecção precoce da neoplasia, pois o estágio clínico avançado é o mais prevalente entre mulheres com baixa escolaridade e renda^(5,10,12,26). A falta de conhecimento sobre a doença retarda a busca por atenção à saúde, mesmo com a manifestação de sinais e sintomas importantes como o nódulo, o eritema e o edema, pois a mulher, e, por vezes, amigos e familiares dão outro significado a essas alterações, minimizando o sintoma e não reconhecendo a sua gravidade^(5,12).

Tanto a falta de informação como os mitos sociais criados em torno da patologia vinculam-se ao diagnóstico tardio da neoplasia mamária⁽⁵⁾. A primeira leva a uma percepção vaga sobre a doença, fatores de risco e gravidade dos sintomas por parte das mulheres. As crenças geradas são difíceis de erradicar socialmente e, uma vez estabelecidas, podem afetar os programas assistenciais de detecção precoce, como, por exemplo, o mito de que o câncer é mortal^(5,7).

Apesar de estudos reportarem que o medo da doença ou do diagnóstico e de suas intervenções constitui uma das principais barreiras socioculturais, entre as entrevistadas, esse aspecto não foi identificado^(3,5,27).

As barreiras organizacionais, relatadas pelas mulheres durante o período de investigação, devem ser consideradas tanto pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento e na organização da atenção básica, como pelos programas de educação permanente. Essas barreiras geram atraso no diagnóstico e na implementação do tratamento^(3,10).

A dificuldade de ter o diagnóstico da doença está relacionada, na maioria das vezes, para as entrevistadas, à

demora em conseguir realizar consultas e exames, tendo como principais responsáveis instituições e serviços de saúde. A lista de espera nas instituições de saúde para agendamento de consultas, exames ou tratamentos também foi considerada uma barreira no que tange à acessibilidade da atenção em saúde ao câncer de mama para as mulheres que participaram de estudo em Quebec⁽²⁴⁾.

É oportuno salientar que o período de investigação foi o que teve maior atraso na atenção ao câncer de mama, com média de 6,5 meses, confirmando que essa demora, muitas vezes, pode ser atribuída à morosidade dos serviços de saúde^(3,28).

Atualmente, na atenção ao câncer de mama, o papel dos serviços e instituições de saúde, ou seja, como esses serviços estão organizados e estruturados para atender à população, pode afetar significativamente os períodos de investigação e de tratamento^(24,29).

As dificuldades no acesso às consultas e à mamografia ocorrem devido à baixa disponibilidade na oferta destes serviços. Para agilizar o acesso à atenção oncológica, mulheres com câncer de mama e pacientes oncológicos custeiam consultas, exames e tratamentos^(12,21).

Assim, uma gestão ineficiente da atenção à saúde, estrutura governamental desorganizada, além de poucos investimentos na política de atenção ao câncer de mama, não possibilitam às mulheres receberem o cuidado oportuno e tratamento eficaz na trajetória de saúde^(7,10).

Os responsáveis pela atenção à saúde devem reconhecer e buscar soluções para as barreiras existentes no próprio sistema, para melhorar a acessibilidade durante a trajetória de saúde das mulheres. É preciso garantir qualidade em todas as ações da linha de cuidado ao câncer de mama (exames de rastreamento, exames diagnósticos e tratamento)⁽⁶⁻⁷⁾.

Todas as barreiras organizacionais referidas no período de investigação se repetem no período de tratamento, dificultando o acesso e comprometendo a continuidade do tratamento. A lista de espera nos serviços para realização de consulta com o oncologista e a consequente liberação da quimioterapia, assim como a realização da cirurgia foram situações frequentemente relatadas pelas mulheres. Isso mostra que a oferta dos serviços de tratamento é deficiente em relação à demanda, sendo necessária lista de espera no próprio serviço. Um intervalo de tempo longo entre o fim da quimioterapia neoadjuvante e a cirurgia de mama é inadequado do ponto de vista oncológico, pois pode ocorrer uma progressão da doença entre a resposta máxima ao tratamento e o procedimento cirúrgico⁽²⁴⁾.

Apesar de pouco referida pelas entrevistadas, a barreira geográfica faz parte do cotidiano de muitas dessas mulheres sergipanas durante a trajetória de cuidados ao câncer de mama, uma vez que os serviços de maior densidade tecnológica encontram-se centralizados na capital.

Entre as entrevistadas, 39 mulheres residiam em municípios fora da região metropolitana de Aracaju e precisavam deslocar-se frequentemente para a capital para realizar consultas, exames e tratamento, por vezes, custeando os gastos com transporte para si e para o acompanhante. Esse tipo de barreira pode influenciar no acesso ao diagnóstico e na adesão ao tratamento oncológico. Estudo realizado na Colômbia, com o objetivo de avaliar a equidade de acesso ao tratamento do câncer de mama, indica a necessidade de descolamento para outra cidade como principal barreira ao uso de intervenções terapêuticas (25,3%)⁽¹¹⁾.

A escassez, a má distribuição de centros de referência e o atendimento deficiente da atenção básica para o câncer de mama justificam as barreiras geográficas referidas pelas entrevistadas. Essa barreira pode gerar atraso no diagnóstico e na implementação do tratamento entre as mulheres com câncer de mama sintomático, resultando em maior custo e em alta mortalidade feminina por esta neoplasia⁽¹²⁻¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que as mulheres sergipanas encontram barreiras em todos os períodos da trajetória de cuidado ao câncer de mama, com destaque para o período de tratamento, o qual teve maior referência. Na busca por cuidado, as mulheres enfrentam barreiras geográficas, organizacionais ou do serviço de saúde, socioculturais e econômicas, afetando, principalmente, a busca por atenção em saúde após a descoberta de sinais e sintomas de alteração na mama, além do acesso à consulta com especialistas, exames para diagnóstico e tratamento. Todavia, as barreiras organizacionais ou do sistema de saúde, como lista de espera, indisponibilidade de serviço e a demora para receber resultados de exames, são as mais percebidas.

Embora os resultados deste estudo não possam ser generalizados, retratam, mesmo que parcialmente, o contexto do Nordeste e o nacional quanto às barreiras de acesso à atenção em saúde ao câncer de mama e estão de acordo com outros estudos. Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática abordada, a fim de que se identifiquem outros aspectos relevantes para o conhecimento mais amplo do fenômeno estudado.

É importante enfatizar que os resultados oferecem contribuições relevantes para entendimento dos entraves e consequências desses na atenção em saúde ao câncer de mama, sendo útil para os gestores e profissionais de saúde, principalmente para a enfermagem, devido ao seu envolvimento na atenção ao câncer de mama, desde a detecção precoce até o tratamento de alta complexidade. Além disso, poucas pesquisas sobre a temática foram realizadas na região Nordeste do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer; World Health Organization. GLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 [Internet]. Lyon; 2010 [cited 2013 Aug 09]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarc-news/2010/GLOBOCAN2008.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2013 set. 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf
3. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Pública Méx.* 2009;51(2): 270-85.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: documento de consenso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [citado 2013 set. 23]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>
5. Nigenda G, Caballero M; González-Robledo ML. Access barriers in early diagnosis of breast cancer in the Federal District and Oaxaca. *Salud Pública Méx.* 2009;51(2):254-62.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Prefeitura Municipal de Curitiba. Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2013 set. 23]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Rastreamento_organizado_do_cancer_de_mama.PDF
7. Anderson BO, Yip CH, Ramsey S, Bengoa R, Braun S, Fitch M, et al. Breast cancer in countries with limited resources: health care systems and public policy. *Breast J.* 2006;12 Suppl 1:S54-69.
8. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa Filho HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(7):1392-406.
9. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos Serviços de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 1992.
10. Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara J G. A Systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. *J Oncol [Internet].* 2012 [cited 2013 June 09]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3432397/>
11. Charry CL, Roca S, Carrasquilla G. Using biopsy for breast cancer diagnosis: an equity issue? *Rev Colombia Med.* 2008;39(1):24-32.
12. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo FA, Thuler LCS. Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer in a dedicated health unit in Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):75-81.
13. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Kaliks RRR, Giglio AD. Analysis of delays in diagnosis and treatment of breast cancer patients at a public hospital. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):72-6.
14. Gebrim LH, Quadros LGA. Breast cancer screening in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):319-23.
15. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999;353(9159):1127-31.
16. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999;353(9159):1119-26.
17. Azaiza F, Cohen M, Awad M, Daoud F. Factors associated with low screening for breast cancer in the Palestinian Authority: relations of availability, environmental barriers, and cancer-related fatalism. *Cancer.* 2010;116(19):4646-55.
18. Kobetz E, Menard J, Barton B, Maldonado JC, Diem J, Auguste PD, et al. Barriers to breast cancer screening among Haitian immigrant women in Little Haiti, Miami. *J Immigr Minor Health.* 2010;12(4):520-6.
19. Forbes LJ, Atkins L, Thurnham A, Layburn J, Haste F, Ramirez AJ. Breast cancer awareness and barriers to symptomatic presentation among women from different ethnic groups in East London. *Br J Cancer.* 2011;105(10):1474-9.
20. Akinyemiju TF. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. *PLoS One [Internet].* 2012 [cited 2013 July 09];7(11):e48834. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498259/>
21. Norsa'adah B, Rahmah MA, Rampal KG, Knight A. Understanding barriers to Malaysian women with breast cancer seeking help. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(8):3723-30.
22. Ezeome ER. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2010;13(3):311-6.
23. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: breast cancer. Philadelphia: NCCN; 2011.

-
24. Bairati I, Fillion L, Meyer FA, Héry C, Larochelle M. Women's perceptions of events impeding or facilitating the detection, investigation and treatment of breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006;15(2):183-93.
 25. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. São Paulo: ABEP; 2008.
 26. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Early diagnosis of breast and cervical cancer in women from the municipality of Guarapuava, PR, Brazil. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2013 Aug 14];44(4):940-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_12.pdf
 27. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brix Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract [Internet]*. 2013 [cited 2013 May 22];30(4):445-51. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/30/4/445.long>
 28. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Bassani D, Marchionatti CRE, Bairros FS, Oliveira MLP, et al. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007;23(7):1603-12.
 29. Tejada S, Darnell JS, Cho YI, Stolley MR, Markossian TW, Calhoun EA. Patient Barriers to follow-up care for breast and cervical cancer abnormalities. *J Women's Health*. 2013;22(6):507-17.
 30. Mounga V, Maughan E. Breast cancer in Pacific Islander women: overcoming barriers to screening and treatment. *Nurs Womens Health*. 2012;16(1):26-35.