

## CAPÍTULO 6

# PROGRAMA DE NAVEGAÇÃO MELHORA OS RESULTADOS DAS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: EXPERIÊNCIA BRASILEIRA EM CENÁRIO REAL NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Sandra Gioia**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil  
Pinkmapp Tecnologia e Saúde, Belo Horizonte, Brasil

### **Lucia Brigagão**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Maicon Rocha**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Liliani dos Santos**

Secretaria Municipal de Saúde, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Ilana Messias**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Julia Carolina**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Amanda Nascimento**

Hospital Estadual Heloneida Studart, São João de Meriti, Rio de Janeiro, Brasil

### **Eduardo Paulino**

Global Cancer Institute, Short Hills, Nova Jersey, USA

### **Angelica Nogueira-Rodrigues**

Global Cancer Institute, Short Hills, Nova Jersey, USA

### **Ben Ho Park**

Global Cancer Institute, Short Hills, Nova Jersey, USA

### **Alfredo Carlos de Barros**

Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

**RESUMO: Propósito:** Avaliar se um programa de navegação de pacientes (PNP) com câncer de mama (CM) contribui para o aumento do cumprimento da “Lei dos 60 dias”, que estabelece que o tratamento para qualquer tipo de câncer deve começar no prazo de 60 dias a partir do diagnóstico definitivo. E, por consequência, avaliar se o cumprimento desta lei federal brasileira contribui para diminuição da mortalidade por esta doença em pacientes do sistema público de saúde. **Pacientes e Métodos:** Foi realizado estudo longitudinal observacional e retrospectivo com mulheres acima de 18 anos e com diagnóstico de CM. As informações do presente estudo foram

coletadas dos prontuários através do PNP. Para a seleção da amostra, partiu-se da avaliação exploratória dos prontuários provenientes do Centro de Diagnóstico por Imagem (Rio Imagem) no Rio de Janeiro e do Hospital Estadual Heloneida Studart em São João de Meriti, Rio de Janeiro, no período de 2017 a 2022. O seguimento dos casos foi de modo ativo, ou seja, cruzando informações dos prontuários e pelo contato telefônico ou mensagens de texto. **Resultados:** Em um total de 1.022 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, 840 pacientes foram elegíveis após as exclusões (perda de contato, recusou o tratamento, óbito não relacionado e tratamento paliativo). A sobrevida específica geral em 5 anos foi de 92,6%. A sobrevida foi maior para: tratamento inicial com cirurgia (97,9%,  $p < 0.0001$ ), grau histológico 1 (94,5%,  $p = 0.002$ ), perfil biológico Luminal (98,4%  $p < 0.0001$ ) e tratamento dentro do prazo de 60 dias (95,3%,  $p = 0.005$ ). Quando se estratifica o risco de mortalidade em 5 anos de acordo com o estadiamento avançado, observou-se que o risco de mortalidade maior foi entre as mulheres que não cumpriram a “Lei dos 60 dias” (HR=2,00[1,23; 3,24]). **Conclusão:** O não cumprimento da “Lei dos 60 dias” aumentou em 2 vezes o risco de mortalidade por CM. Pacientes que iniciaram o tratamento dentro do prazo de 60 dias tiveram maior sobrevida em comparação com os que não cumpriram a lei. No contexto brasileiro, o PNP pode representar uma oportunidade para implementar adequadamente a legislação existente e, como tal, teria um grande potencial de favorecer o controle do CM no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de mama; navegação de pacientes; análise de sobrevida

## BREAST CANCER PATIENT NAVIGATION PROGRAM SAVES LIVES: BRAZILIAN EXPERIENCE IN A REAL-WORLD SETTING IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

**ABSTRACT: Purpose:** To evaluate whether a Breast Cancer (BC) Patient Navigation Program (PNP) contributes to increasing compliance with the “60-Day Law,” which mandates that cancer treatment must start within 60 days of a definitive diagnosis. Consequently, to assess if complying with this Brazilian federal law helps reduce BC mortality in public health system patients. **Patients and Methods:** We conducted a longitudinal observational and retrospective study with women over 18 years of age diagnosed with BC. Data were collected from medical records via the PNP. The sample was selected based on an exploratory evaluation of records from the Rio Imagem Diagnostic Center and Heloneida Studart State Hospital in Rio de Janeiro, from 2017 to 2022. Active case follow-up involved cross-referencing medical records and contact via phone or text messages. **Results:** Out of 1,022 women diagnosed with BC, 840 were eligible after excluding those lost to follow-up, who refused treatment, died of unrelated causes, or received palliative care. 79 patients died from BC. The 5-year specific survival rate was 92.6%. Survival was higher for patients treated initially with surgery (97.9%,  $p < 0.0001$ ), histological grade 1 (94.5%,  $p = 0.002$ ), Luminal biological profiles (98.4%,  $p < 0.0001$ ), and treatment within 60 days (95.3%,  $p = 0.005$ ). Stratifying 5-year mortality risk by advanced stage revealed higher mortality among women who were not treated within 60 days as per the law (HR=2.00[1.23; 3.24]).

**Conclusion:** Failure to comply with the “60-Day law” doubled the risk of mortality from BC. Patients starting treatment within 60 days had higher survival rates compared to those who did not. In Brazil, the PNP could be an opportunity to properly implement existing legislation, potentially significantly impacting BC control.

**KEYWORDS:** breast cancer; patient navigation; survival analysis

## INTRODUÇÃO

Apesar de existir no Brasil uma trajetória de ações de prevenção e controle do câncer de mama (CM), o cenário de alta incidência, doença diagnosticada em estadios avançados e alta mortalidade, continua sendo uma constante por causa das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde<sup>1</sup>. A estimativa para o triênio 2023-2025 é de cerca de 73.610 novos casos ao ano, com incidência de 66,54 para 100 mil habitantes<sup>2</sup>. Os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar no país, representando 16,1% do total de óbitos por câncer<sup>3</sup>.

Reconhecendo o impacto negativo desta situação, em 2012, o governo brasileiro emitiu a Lei No. 12.732/12 do Ministério da Saúde, ou a “Lei dos 60 dias”. Esta lei estabelece que o tratamento para qualquer tipo de câncer para os pacientes do sistema público de saúde (SUS) deve começar no prazo de 60 dias a partir do diagnóstico definitivo<sup>4</sup>. O tempo médio para o início do tratamento foi em até 31 dias na saúde suplementar com 18% dos casos diagnosticados em estádio III e IV, enquanto no SUS a média foi de 93 dias, podendo em alguns casos chegar a 180 dias com 40% dos casos diagnosticados nestes estádios avançados<sup>5</sup>. O Rio de Janeiro representa o estado com menor taxa de cumprimento da “Lei dos 60 dias”. Dados do Ministério da Saúde mostram que no Rio de Janeiro o problema é ainda mais acentuado, onde mais de 90% das mulheres não iniciam o tratamento dentro do prazo obrigatório de 60 dias<sup>6</sup>.

Em 2017, em uma rede de colaboração com o Global Cancer Institute, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), foi desenvolvido e implementado um PNP<sup>7</sup> que visa ajudar as mulheres diagnosticadas com CM e oriundas do SUS a iniciarem o tratamento em um centro especializado dentro de 60 dias. Desde então, uma assistente social treinada facilita a passagem das pacientes pelo sistema de saúde, prestando serviços como orientação no agendamento de consultas diagnósticas e acompanhamento, facilitando o encaminhamento e coordenando a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde<sup>6,8</sup>.

O pilar central é reconhecer a importância da compreensão da experiência da paciente para avançar em direção ao cuidado centrado no paciente. O problema de acesso aos serviços de saúde necessita de melhores soluções com produção do comum para populações em áreas onde o acesso aos cuidados de saúde é fragmentado e os sistemas de saúde podem ser frágeis e subfinanciados<sup>8</sup>.

Em iniciativas recentes no Rio de Janeiro, foi mostrada a efetividade da navegação de pacientes com CM no sistema de saúde pública nos dois polos diagnósticos da SES RJ: Rio Imagem<sup>6</sup> e Hospital Estadual Heloneida Studart<sup>8</sup>, com aumento da taxa do cumprimento da “Lei dos 60 dias” de 10% para 52% e de 22% para 86%, respectivamente.

Este estudo pretende avaliar a contribuição geral de um PNP com CM para o aumento do cumprimento da “Lei dos 60 dias” nos dois polos diagnósticos da SES RJ. E, por consequência, avaliar se o cumprimento desta lei federal brasileira contribui para diminuição da mortalidade por esta doença em pacientes do sistema público de saúde.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Desenho do estudo**

Foi realizado estudo longitudinal observacional e retrospectivo com mulheres acima de 18 anos e diagnóstico de CM de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10<sup>a</sup> Revisão (CID – 10: C50.0 a C50.9), assistidas no estado e capital do Rio de Janeiro.

As informações do presente estudo foram coletadas dos prontuários através do PNP. Para a seleção da amostra, partiu-se da avaliação exploratória dos prontuários com diagnóstico de CM provenientes do Centro de Diagnóstico por Imagem (Rio Imagem) no Rio de Janeiro e do Hospital Estadual Heloneida Studart em São João de Meriti, Rio de Janeiro.

### **População do estudo**

No período de agosto de 2017 a dezembro de 2022 foram diagnosticadas 1.022 mulheres com CM. As pacientes foram seguidas até 20/07/2023 ou data final do seguimento. O seguimento dos casos foi de modo ativo, ou seja, cruzando informações dos prontuários e pelo contato telefônico ou mensagens de texto.

Como critérios de exclusão foram excluídas do estudo todas as mulheres com: perda de contato (por e-mail ou telefônico); recusou o tratamento; foi ao óbito por outra doença ou realizaram tratamento paliativo. Sendo assim, para este estudo depois da exclusão, o tamanho da amostra todas as pacientes inscritas no PNP (n=840).

### **Coleta de dados**

As variáveis do estudo (independentes) foram:

- Faixa etária ao diagnóstico - calculada a partir das datas de nascimento e de diagnóstico disponíveis no prontuário (menor ou igual a 50 anos; maior que 50 anos);
- Região de Saúde - Metropolitana 1 - capital; Metropolitana 1 - baixada fluminense; outros municípios;

- Tipo de tratamento - cirurgia; hormonioterapia; quimioterapia; radioterapia; sem informação;
- Estadiamento anatômico (classificação TNM<sup>9</sup>) – 0 a IV (as variáveis relativas ao TNM foram dicotomizadas<sup>10</sup> em estadiamento inicial (0 a IIA) e avançado (IIB a IV));
- Tipo histológico - carcinoma ductal infiltrante (CDI); carcinoma lobular infiltrante (CLI); carcinoma ductal *in situ* (CDIS); sarcoma; sem informação);
- Grau histológico (1; 2; 3; sem informação);
- Perfil biológico (luminais; HER2 positivo; triplo negativo; sem informação);
- Cumpriu a “Lei dos 60 dias” (Sim; Não).

A variável dependente de interesse foi a sobrevida das pacientes com CM. Para a estimativa da sobrevida, considerou-se o tempo desde data do diagnóstico até a ocorrência do óbito por câncer de mama (falha) ou até o último contato registrado (censura). Foram considerados como casos censurados aqueles referentes às perdas por seguimento de observação incompleto. As perdas de seguimento incluíram abandono do tratamento pela paciente ou óbito por outra causa não relacionada com o CM.

## **Análise estatística**

Para estimar a probabilidade de sobrevivência específica por 5 anos foi utilizado o estimador de Kaplan-Meier que é método não paramétrico que permite a comparação entre diferentes categorias de uma variável durante o período de sobrevida para o câncer de mama e o teste de log-rank, sob forma de um teste Qui-quadrado, que permiti avaliar estatisticamente a heterogeneidade das curvas com propósito de verificar se existem diferenças estatísticas do tempo de vida por grupos.

Para a identificação do efeito independente das variáveis da sobrevida, utilizou-se o modelo univariado e multivariado de riscos proporcionais de Cox (Hazard Ratio – HR), assumindo-se o nível de significância  $\alpha=0,05$ . Para verificar a proporcionalidade das taxas de falhas utilizou-se o teste dos resíduos de Schoenfeld, com o nível de significância estatística de  $0,05^{11-12}$ . O modelo final incluiu somente variáveis estatisticamente significativas em  $\alpha=0,05$ . As análises estatísticas foram realizadas com o software R versão 4.3.1<sup>13</sup>.

## **RESULTADOS**

Para este estudo o tamanho da amostra todas as pacientes inscritas no PNP foi de 840 pacientes diagnosticadas com CM (Figura 1).

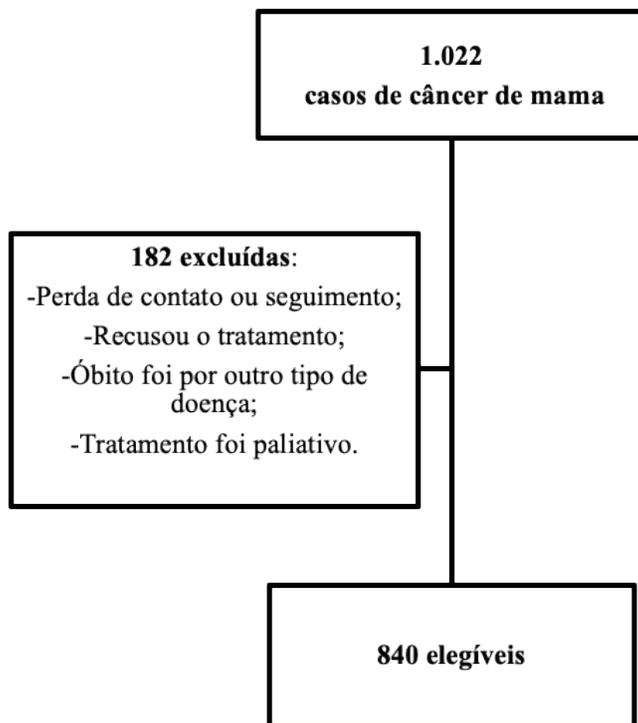


Figura 1. Fluxograma dos casos de câncer de mama de alguns centros de referência para tratamento em Estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.

Foram estudadas 840 mulheres com CM e 79 foram ao óbito por esta doença. Verificou-se, que as maiores proporções foram em mulheres: com mais de 50 anos (71,3%), onde Região de Saúde para referência de tratamento foi na Capital (60,5%), que recebeu o tratamento de quimioterapia (54,0%), com tipo histológico - CDI (86,2%), com Grau 2 (67,4%), com perfil biológico da doença Luminais (63,3%) e que não cumpriram a “Lei dos 60 dias” (60,4%) (Tabela 1).

A sobrevida específica geral em 5 anos foi de 92,6% para o câncer de mama. Quando se estratifica por estadiamento da doença a sobrevida é maior no estágio 0-IIA e a maior sobrevida foi em: mulheres maiores de 50 anos (97,9%), onde a Região de Saúde foi na capital (97,4%), fizeram o tratamento através da cirurgia (97,9%), com tipo histológico - CDI (97,5%), com Grau histológico 1 (97,5%), com perfil biológico Luminais (98,4%) e que o tratamento foi cumprido na “Lei dos 60 dias” (97,8%) (Tabela 1).

Observou-se diferenças significativas entre as curvas de sobrevida específicas nas variáveis independentes (Tabela 1): tipo de tratamento, grau, perfil biológico e se cumpriu a “Lei dos 60 dias”.

Variáveis	Estadiamento				Óbitos		Sobrevida 5 anos (%)			Teste de Log-rank (p)
	0-IIA	IIB-IV	Total (n)	%			0-IIA	IIB-IV	Total	
	n	n			n	(%)				
<b>Geral</b>	337	503	840		79	100	97,5	89,2	92,6	-
<b>Idade</b>										
≤ 50 anos	80	161	241	28,7	26	32,9	93,7	88,7	91,2	0,20
>50 anos	257	342	599	71,3	53	67,1	97,9	89,4	92,9	
<b>Região de Saúde</b>										
Capital	210	298	508	60,5	52	65,8	97,4	87,2	91,5	0,70
Baixada Fluminense	88	161	249	29,6	20	25,3	96,5	90,3	92,9	
Outros municípios	39	43	82	9,8	7	8,9	93,3	88,8	93,2	
Sem informação	0	1	1	0,1	-	-	-	-	-	
<b>Tipo de tratamento</b>										
Cirurgia	252	75	327	38,9	7	8,9	97,9	95,7	97,7	<0,0001
hormonioterapia	18	36	54	6,4	8	10,1	81,3	85,3	87,9	
Quimioterapia	64	390	454	54,0	64	81,0	95,2	87,6	88,7	
Radioterapia	0	2	2	0,2	-	-	-	-	-	
Sem informação	3	0	3	0,4	-	-	-	-	-	
<b>Tipo histológico</b>										
CDI	276	448	724	86,2	72	91,1	97,5	88,5	92,4	0,40
CLI	16	43	59	7,0	5	6,3	-	91,9	91,9	
CDIS	38	7	45	5,4	1	1,3	90,0	-	90,0	
Sarcoma	5	2	7	0,8	-	-	-	-	-	
Sem informação	2	3	5	0,6	1	1,3	-	-	-	
<b>Grau histológico*</b>										
1	75	53	128	15,2	7	8,9	95,7	90,4	94,5	0,002
2	220	346	566	67,4	46	58,2	97,0	90,2	93,5	
3	37	99	136	16,2	25	31,6	95,8	83,0	86,5	
Sem informação	5	5	10	1,2	1	1,3	-	-	-	
<b>Perfil biológico*</b>										
Luminais	244	288	532	63,3	34	43,0	98,4	91,8	95,3	<0,0001
HER2 positivo	30	84	114	13,6	13	16,5	76,9	87,1	88,3	
Tripla negativo	45	100	145	17,3	26	32,9	91,3	79,7	85,6	
Sem informação	18	31	49	5,8	6	7,6	-	-	-	
<b>Cumpriu a lei dos 60 dias*</b>										
Sim	90	243	333	39,6	49	62,0	97,8	92,4	95,3	0,005
Não	247	260	507	60,4	30	38,0	94,8	87,9	88,0	

\* p<0,05

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao tratamento, óbitos e sobrevida em 5 anos em mulheres com câncer de mama. Estado do Rio de Janeiro, 2017-2022

Os resultados da análise de regressão de Cox são apresentados na Tabela 2, com análises ajustadas e não ajustadas para as variáveis por estadiamento da doença.

Ao estratificar o risco de mortalidade (hazard ratio) em 5 anos de acordo com estadiamento 0-IIA, observou-se que o risco de mortalidade é maior entre as mulheres que realizou o tratamento hormonioterapia e com perfil biológico de HER2 positivo. Sendo que, as variáveis grau e que cumpriu a “Lei dos 60 dias” não houve associações.

Quando se estratifica o risco de mortalidade em 5 anos de acordo com estadiamento IIB-IV, observou-se que o risco de mortalidade maior foi entre as mulheres que realizaram os tratamentos de hormonioterapia (HR=5,54[1,39; 22,17]) e quimioterapia (HR=5,46[1,71; 17,39]), com perfil biológico triplo negativo (HR=3,45[2,02; 5,91]) e que o tratamento não foi cumprido pela “Lei dos 60 dias” (HR=2,00[1,23; 3,24]). Sendo que, a variável grau não houve associação.

Após análise ajustada, observou-se que o risco de mortalidade em 5 anos permaneceu associado as mesmas variáveis para ambos os estadiamentos (Tabela 2).

Variáveis	Estágio 0-IIA		Estágio IIB-IV	
	Hazard ratio não ajustado (bruta)	Hazard ratio ajustado	Hazard ratio não ajustado (bruta)	Hazard ratio ajustado
	HR (IC 95%)	HR (IC 95%)	HR (IC 95%)	HR (IC 95%)
<b>Tipo de tratamento</b>				
Cirurgia	1	1	1	1
hormonioterapia	7,61 (1,39; 41,60)	1,99 (1,46; 272,51)	5,54 (1,39; 22,17)	6,33 (1,55; 25,87)
Quimioterapia	1,04 (0,12; 9,29)	0,36 (0,05; 3,62)	5,46 (1,71; 17,39)	3,90 (1,20; 12,67)
Radioterapia	-	-	-	-
<b>Grau histológico*</b>				
1	1		1	1
2	1,33 (0,16; 11,41)	1,10 (0,12; 10,26)	1,07 (0,46; 2,53)	0,81 (0,34; 1,95)
3	2,10 (0,13; 33,65)	0,86 (0,04; 17,80)	2,09 (0,85; 5,14)	1,06 (0,41; 2,76)
<b>Perfil biológico*</b>				
Luminais	1	1	1	1
HER2 positivo	15,33 (2,43; 96,53)	57,00(4,42; 735,55)	1,51 (0,78; 3,00)	1,51 (0,74; 3,09)
Triplo negativo	3,82 (0,64; 22,88)	13,13 (1,09; 157,90)	3,45 (2,02; 5,91)	3,89 (1,46; 10,34)
<b>Cumpriu a lei dos 60 dias*</b>				
Sim	1	1	1	1
Não	2,97 (0,66; 13,39)	1,68 (0,29; 9,81)	2,00 (1,23; 3,24)	1,75 (1,06; 2,87)

\*Teste de Wald (p<0,05)

Tabela 2. Modelo de regressão de Cox para análise da sobrevida de mulheres com câncer de mama segundo variáveis por estadiamento, Estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.

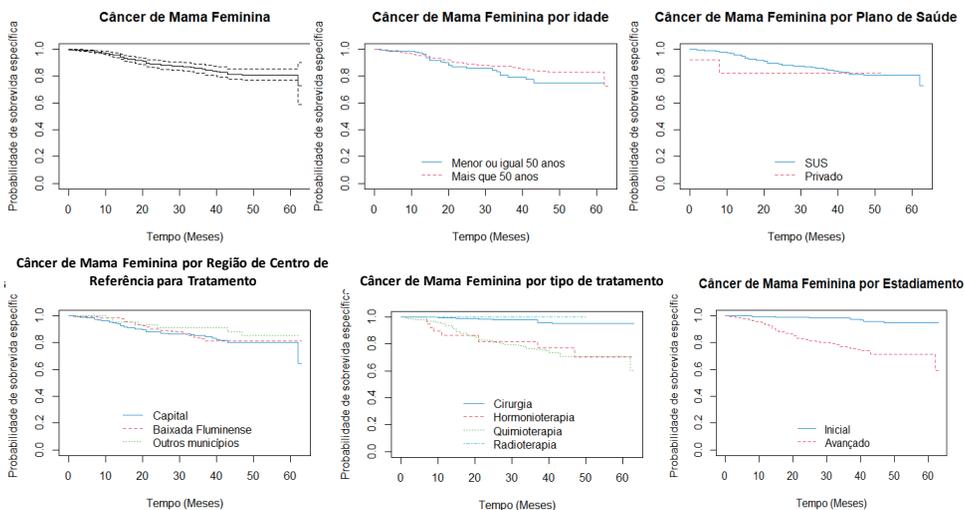


Figura 2. Curva de sobrevida específica estimada pelo Kaplan-Meier para câncer de mama geral com intervalo de confiança de 95% e segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento.

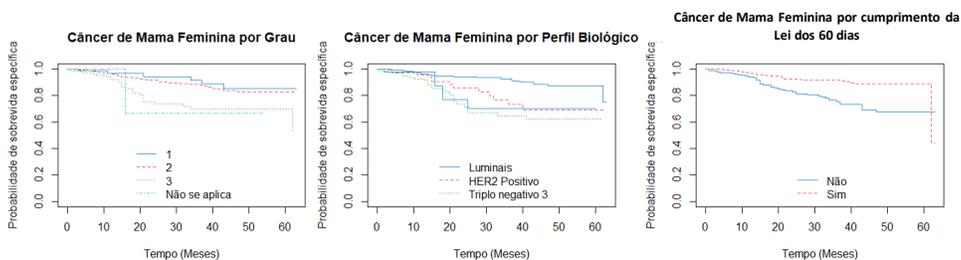


Figura 2. Curva de sobrevida específica estimada pelo Kaplan-Meier para câncer de mama geral com intervalo de confiança de 95% e segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento (continuação).

Quando se analisa por estadiamento, observa-se que a maior sobrevida específica em 5 anos para o câncer de mama foi para as pacientes que cumpriram a “Lei dos 60 dias”. Sendo que para o estágio inicial foi de 97,8% e para estágio avançado foi de 92,4% (Figura 3).

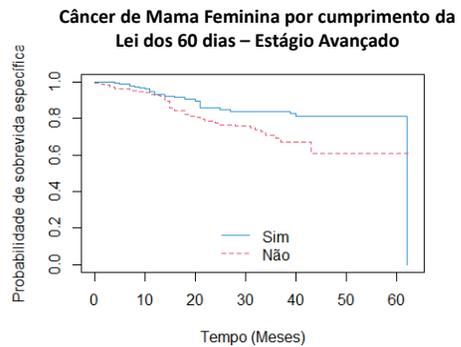
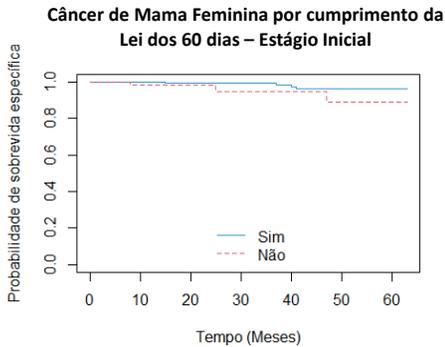


Figura 3. Curva de sobrevida específica estimada pelo Kaplan-Meier para câncer de mama por estadiamento segundo o cumprimento da “Lei dos 60 dias”.

## DISCUSSÃO

O câncer é uma doença que afeta de maneira muito significativa a vida das pessoas, tanto a da paciente quanto a de sua família. Acarreta mudanças na rotina, desde a movimentação inicial em busca do entendimento para o diagnóstico, após o aparecimento dos primeiros sintomas, a realização de exames de confirmação, o encaminhamento para especialistas, os diversos deslocamentos para os locais de assistência, os custos envolvidos, a interrupção das atividades ocupacionais, a preocupação com a subsistência, o tempo de espera para o início do tratamento, os medos diante da incerteza frente à resposta ao tratamento proposto e, sobretudo, ao estigma associado ao diagnóstico<sup>14</sup>.

O tipo de gestão do cuidado centrada nas necessidades dos pacientes amplia a colaboração interprofissional e a linha de cuidado na rede de atenção ao câncer, possibilitando a prestação de ações integrais e resolutivas. O paciente oncológico precisa de suporte em “um processo coordenado de assistência individualizada e oferecido aos pacientes para superar barreiras no acesso aos cuidados e tratamento oportuno e de qualidade em sistemas de saúde complexos”<sup>15</sup>. O navegador de pacientes (NP) pode aliviar as barreiras do sistema de saúde, melhorando os resultados dos pacientes com câncer de mama<sup>16-17</sup>.

O PNP utiliza indivíduos culturalmente competentes e treinados para ajudar pacientes com câncer juntamente com os profissionais de atendimento padrão (médicos, enfermeiros, assistentes sociais), para reduzir ou eliminar as disparidades de saúde no tratamento em oncologia<sup>16</sup>. Os dois principais objetivos da navegação de pacientes são: reduzir as barreiras aos cuidados relacionados ao câncer e garantir tempo adequado na prestação de serviços de saúde<sup>16-17</sup>.

O NP facilita a jornada da paciente com CM<sup>6</sup>:

- Ajudando as pacientes a entenderem sua jornada de tratamento, abordando questões clínicas e não clínicas, identificando e abordando barreiras;
- Fornecendo coordenação logística para realizar exames em nome da paciente; auxiliando no fornecimento de um modelo contínuo de acesso e assistência, beneficiando a paciente e os profissionais de saúde;
- Servindo de elo na coordenação entre as pacientes e seus prestadores de cuidados (médicos, centro de referência oncológica etc.);
- Utilizando a experiência local para realizar proativamente análises para planejar adequadamente as necessidades da paciente e identificar barreiras e / ou melhorias no programa, incluindo suporte ao processo de planejamento estratégico;
- Fornecendo informações mensais sobre métricas e medidas definidas, planejamento de processos e oferecendo soluções para melhoria;
- Servindo como ponto de contato único para pacientes em todo o contínuo do cuidado até o início do tratamento, atendendo a todas as necessidades encontradas;
- Sendo responsável por estabelecer e manter relações de trabalho positivas com pacientes e demais profissionais (médicos, gerentes de clínica, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas etc.);
- Usando de forma independente o julgamento e a tomada de decisões para atender às necessidades do paciente em todo o seu atendimento.

O PNP de forma ética avalia a jornada das pacientes com toda a sua variabilidade, permitindo chegar a evidências de relevância dos dados do mundo real. Os dados podem ser usados para: informar a tomada de decisão, entender pacientes e tendências, fornecer serviços e produtos mais inteligentes, melhorar as operações internas e otimizar a utilização dos recursos financeiros<sup>17</sup>. A navegação de pacientes tem sido frequentemente proposta e implementada para enfrentar os desafios de acesso aos cuidados oncológicos em países de alta renda<sup>18</sup>. Ainda são poucos os estudos relatados sobre intervenções de navegação de pacientes no tratamento do câncer em países de média e baixa renda (LMICs) na Ásia, América do Sul e África, mas todos sugerem que a prestação de serviços de navegação pode melhorar o acesso aos cuidados oncológicos nestes países<sup>18</sup>. Todas as barreiras de acesso aos recursos de saúde afetam o acesso à saúde, a sobrevida global e as taxas de mortalidade, e é por isso que um PNP é tão importante.

Em 2016, a Agência Nacional de Saúde (ANS) divulgou o documento do Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica<sup>19</sup>. A navegação de pacientes foi colocada com uma ferramenta importante para alcançar o cuidado centrado no paciente. Previa-se a instituição do denominado “assistente do cuidado”, que desempenharia o papel de “navegador” do paciente por todo seu percurso assistencial, facilitando e monitorando todos os possíveis pontos de dificuldade.

Em 2019, a ANS divulga os resultados do projeto-piloto do Projeto Oncorede<sup>20</sup>. Dentre os resultados informados pelas instituições participantes, as principais dificuldades enfrentadas referidas pelas partes para a implementação de um PNP foram: problemas com um perfil profissional que pudesse trabalhar de forma integrada com os demais profissionais, atuando como navegador do cuidado; rastreamento evolutivo pós-alta de todas as pacientes que receberam tratamento para CM; estabelecimento de indicadores de resultados terapêuticos relativos à população assistida; acesso aos pacientes no momento do diagnóstico para implantação de uma linha de cuidado; participação mais efetiva por parte dos pacientes, principalmente em palestras e nos grupos de monitoramento, mesmo levando em conta seus quadros clínicos instáveis; preenchimento da planilha de acompanhamento dos pacientes, bem como o adequado preenchimento dos prontuários; e, estruturação de uma forma de pagamento dos serviços de saúde baseada em indicadores (como sobrevida, qualidade de vida, sobrevida livre de progressão, redução do número de quimioterapias realizadas nos últimos dias de vida).

A demora no tratamento do câncer é um problema nos sistemas de saúde no mundo todo. Atrasos de até oito semanas e 12 semanas adicionais aumentam o risco de morte<sup>21</sup>. Por exemplo, oito semanas de atraso na cirurgia de câncer de mama aumentaria o risco de morte em 17% e um atraso de 12 semanas aumentaria o risco em 26%<sup>21</sup>. Neste estudo, o não cumprimento da “Lei dos 60 dias” aumentou em 2 vezes o risco de mortalidade por CM. O risco de mortalidade também foi alto para as pacientes que iniciaram tratamento sistêmico como primeiro tratamento. Provavelmente, por serem pacientes com estadiamento mais avançado. E as pacientes com perfil biológico triplamente negativo tiveram um aumento de mais de 3 vezes no risco de mortalidade, mostrando a necessidade de melhores abordagens terapêuticas para este subtipo de CM, independente do estadiamento inicial. Pacientes que iniciaram o tratamento dentro do prazo de 60 dias tiveram maior sobrevida em comparação com os que não cumpriram a lei (95,3% X 88%;  $p = 0.005$ ).

Este estudo demonstrou os resultados positivos da navegação de pacientes para otimizar o início do tratamento. Houve aumento do cumprimento desta lei de 10% para 40%. O objetivo inicial era o cumprimento da lei em pelo menos 70%<sup>6</sup>. Mas problemas estruturais crônicos no Rio de Janeiro, como déficit de recursos humanos e de insumos médicos, dificultaram atingir esta meta. Os gestores locais foram informados das necessidades de melhorias estruturais que envolvem parcerias dos poderes municipais, estaduais e federais<sup>6,22-24</sup>.

Este estudo apresenta limitações que possivelmente poderiam alterar as análises relacionadas ao acompanhamento dos pacientes nos hospitais de referência para tratamento. Por exemplo, muitas pacientes só finalizaram os exames de estadiamento na chegada aos hospitais, o que levou este estudo a estratificar a doença em inicial (O-IIA) e avançada (IIB-IV) pelo estadiamento anatômico<sup>9-10</sup>. O estadiamento deste estudo foi clínico e realizado no dia da entrega do laudo histopatológico a paciente no centro de

diagnóstico. Outra limitação refere-se aos dados sobre a qualidade do tratamento oferecido pelos hospitais públicos, bem como, a sequência correta do tratamento, medicamentos disponíveis ou sobre a adesão dos pacientes ao tratamento. Esses fatores afetam a sobrevida do paciente. O fator tempo para início do tratamento tem se mostrado importante, pois evita o agravamento da progressão da doença. Outro estudo<sup>25</sup> realizado no Rio de Janeiro mostrou menor risco de morte para pacientes que iniciaram o tratamento mais precocemente (<6 meses após o diagnóstico), o que indica melhores taxas de sobrevida associadas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado em tempo hábil.

Em conclusão, este estudo oferece aos interessados no tema, especialmente gestores e profissionais de saúde, subsídios para compreender, planejar e avaliar as ações de controle do CM ao longo do contínuo assistencial em que a navegação de pacientes permite a aplicação adequada da “Lei dos 60 dias”. Políticas focadas em minimizar atrasos no acesso ao início do tratamento do câncer salvam vidas. A implementação de um PNP para otimizar o início do tratamento contribuiu para elevar a taxa de cumprimento da “Lei dos 60 dias”. O início do tratamento do CM dentro do prazo de 60 dias foi associado a menor risco de mortalidade e maior taxa de sobrevida em 5 anos. No contexto brasileiro, o PNP pode representar uma oportunidade para implementar adequadamente a legislação existente e, como tal, teria um grande potencial de favorecer o controle do CM no país.

## AGRADECIMENTOS

Instituto Avon

## REFERÊNCIAS

Gioia S, Silva S. Implementation strategies for the guidelines for the early detection of breast cancer in Brazil. *Mastology*, 2019;29(4):224-235.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf> Acesso em: 27 out 2023.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> Acesso em: 27 out 2023.

Presidência da República: Lei No. 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm) Acesso em: 27 out 2023.

Câncer no Brasil: A jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros. Interfarma, 2018. Disponível em <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf> Acesso em: 27 out 2023.

Marsillac ML, Gioia S, Silva F et al. Improvement of the “Law of 60 Days” by Implementing Patient Navigation Within the Breast Cancer Program: Pilot Project in Rio de Janeiro. *Acta Scientific Cancer Biology* 2020; 4(2):01-06.

Bukowski A, Gioia S, Chavarri-Guerra Y et al. Patient Navigation to Improve Access to Breast Cancer Care in Brazil. *Journal of Global Oncology* 2017;3(5) :433-437.

Gioia S. Using Patient Navigation to Ensure Access to Breast Cancer Treatment in Times of the COVID-19 Pandemic in Brazil. *Acta Scientific Cancer Biology* 2020; 4(12):01-02.

Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, et al, eds. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 8th ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2017

Hortobagyi GN, Connolly JL, D’Orsi CJ et al. Breast. Amin, MB (ed.). *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2017: 48:589–636.

Colosimo EA, Giolo SR. Modelo de regressão de Cox em Análise de sobrevivência aplicada. São Paulo: Edgard Blücher; 2006. p.155-200.

Schoenfeld D, Partial residuals for the proportional hazards regression model. *Biometrika*, Volume 69, Issue 1, April 1982, Pages 239–241.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL. 2023.

Tamagawa R, Garland S, Vaska M et al. Who benefits from psychosocial interventions in oncology: a systematic review of psychological moderators of treatment outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 2012;35(6):658-673.

Freeman H, Rodriguez R. History and principles of patient navigation. *Cancer* 2011;17:3539-42.

Calhoun E, Esparza A. *Patient Navigation: overcoming barriers care*. Springer 2018.

Kline R, Rocque G, Rohan E et al. Patient Navigation in Cancer: The Business Case to Support Clinical Needs. *Journal of Oncology Practice* 2019; 15(11):585-590.

Dalton M, Holzman E, Erwin E et al. Patient navigation services for cancer care in low-and middle-income countries: A scoping review. *PLoS ONE* 2019;14(10): e0223537.

Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. Disponível em [https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/projeto\\_oncorede.pdf](https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/projeto_oncorede.pdf) Acesso em: 27 out 2023.

Projeto Oncorede análise dos dados do projeto-piloto. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/relatorio\\_conclusivo\\_oncorede.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatorio_conclusivo_oncorede.pdf).

Hanna T, King W, Thibodeau S et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;371:m4087.

Gioia S, Galdino R, Brigagão L et al. “Prediction of Attendance to the “Law of 60 Days” in Breast Cancer Patients using Machine Learning Classifiers”. *Acta Scientific Cancer Biology* 2020;4(2):01-13.

Gioia S, Brigagão L, Torres C et al. The implementation of patient navigation to improve mammography coverage and access to breast cancer care in Rio de Janeiro. *Mastology*, 2019;29(4):186-192.

Gioia S. Why is breast cancer early detection important? *Mastology* 2017; 27(3):173-5.

Brito C, Portela M, Vasconcellos M. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):481-9