

**A.C. CAMARGO CANCER CENTER
FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE**

SABRINA FLORIANI

**DIRIMINDO BARREIRAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: A CONSTRUÇÃO DE
UMA JORNADA DE VALOR**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada
à Fundação Antônio Prudente como requisito para
obtenção do título de Mestre em Ciências da
Saúde. Área de concentração: Cuidados
Oncológicos Centrados no Paciente
Orientador (a): Dr. Victor Piana Andrade
Coorientador (a): Dr. Álvaro Koenig

São Paulo

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Floriani, Sabrina .

DIRIMINDO BARREIRAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: A CONSTRUÇÃO DE UMA JORNADA DE VALOR. / Sabrina Floriani. São Paulo, 2026.

99f.

Trabalho aplicado (Mestrado Profissional) - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Victor Piana Andrade.

1. Câncer de mama, 2. Diagnóstico e início do tratamento, 3. Atraso no tratamento

CDU 616

Elaboração eletrônica pela Biblioteca A.C.Camargo - Fundação Antônio Prudente.

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

Nome: Sabrina Floriani

Título: Dirimindo Barreiras no Tratamento do Câncer de Mama: a Construção de uma Jornada de Valor.

Aprovado em: 02/03/2026

Banca Examinadora

Orientador: Dr. Victor Piana Andrade

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Coorientador: Álvaro Koenig

Instituição: UNIMED Joinville/UNIMED Santa Catarina

Membro da banca: Dr. Edson Sydney de Campos

Instituição: Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

Membro da banca: Ana Lúcia da Silveira Franco

Instituição: Fundação Antônio Prudente

AGRADECIMENTO

A minha jornada no Mestrado Profissional da Fundação Antônio Prudente foi um verdadeiro desvelar de sentidos e um florescer de propósitos, conduzido pela sabedoria e generosidade dos mestres e doutores que, em cada aula e em cada encontro, deixaram marcas de conhecimento e inspiração. Aos meus colegas de turma, que dividiram aprendizados, desafios e afeto, registro minha profunda gratidão.

Reservo um espaço especial de reconhecimento aos meus orientadores, cuja presença foi decisiva nesta caminhada:

Ao Dr. Victor, pela habilidade singular de extrair o melhor das pessoas, de transformar cada ideia em algo significativo e de olhar o futuro com a esperança de quem constrói caminhos possíveis.

Ao Dr. Álvaro — ou, como gosto de chamá-lo, Mestre dos Magos — pela sabedoria serena que acolhe, orienta e fortalece, especialmente nos momentos em que a fé vacila.

À querida colega de trabalho Nauana, mulher dos números e das planilhas, cuja dedicação incansável forneceu os melhores substratos para este projeto.

À Bárbara, que apareceu quando o impossível parecia definitivo, trazendo soluções criativas e eficazes para a captação de pacientes. Sou imensamente grata pela parceria, amizade e carinho.

Às líderes Dulcimara e Jaqueline, gerente e coordenadora assistencial da Unimed Santa Catarina, obrigada por acreditarem nas propostas inovadoras, por embarcarem comigo nesse desígnio e por me fazerem sentir verdadeiramente pertencente. Nosso propósito ecoa.

E ao meu eterno companheiro, Juliano, que entre risos, apoio incondicional e doses generosas de otimismo, acredita em mim com intensidade única. Seu olhar sobre quem eu sou me fortalece e me faz enxergar possibilidades que, sozinha, talvez eu não visse.

RESUMO

Floriani S. Dirimindo Barreiras no Tratamento do Câncer de Mama: a Construção de uma Jornada de Valor. [Mestrado Profissional]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2026.

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é um importante problema de saúde pública, especialmente em países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por apresentarem altas taxas de incidência associadas a dificuldade no controle da mortalidade, tendo como desafio o uso mais equânime dos recursos destinados à saúde.¹⁻³ Apesar dos esforços concentrados nos avanços do tratamento, mudanças no processo de oferta do cuidado garantem impactos na sobrevida semelhantes aos novos agentes terapêuticos. Há uma associação positiva entre maior tempo para início do tratamento no câncer de mama e desfechos negativos, portanto, conhecer a jornada do paciente e suas barreiras em cada instituição de saúde potencializa o uso equitativo dos recursos e a entrega de valor.⁴⁻⁹

OBJETIVO: Desenvolver um protótipo de jornada operacional entre diagnóstico e início de tratamento no câncer de mama para assegurar redução do tempo e barreiras, na Unimed Santa Catarina, utilizando conceito de *Design* de Serviços de Saúde e *Design Thinking*.

MÉTODOS: Consiste em um estudo dividido em três etapas. A primeira é um estudo epidemiológico observacional do tipo coorte retrospectivo que avaliou o tempo entre diagnóstico e início do tratamento das beneficiárias acompanhadas pelo Programa ...de Repente o Câncer (DRC) com diagnóstico de câncer de mama entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023. A segunda etapa se constitui-se de uma pesquisa em profundidade com *stakeholders* utilizando a metodologia *Business Model Generation* e *Design Thinking* para conhecimento do problema e a terceira etapa constou do desenvolvimento de protótipo de uma solução construída para a jornada do câncer de mama que contempla o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento objetivando redução de barreiras e tempo. **RESULTADOS:**

Os resultados demonstram que a jornada de mulheres com câncer de mama na saúde suplementar é heterogênea e marcada por variabilidade no tempo para início do tratamento, com mediana de 40 dias e presença de atrasos relevantes. Predominaram casos em estágios iniciais e subtipos luminais, porém com elevada fragmentação assistencial, múltiplos prestadores e alta taxa de não conformidade nos exames de estadiamento. Não houve

associação estatística entre o tempo de tratamento e variáveis como custos, número de prestadores ou características tumorais, exceto pelo tipo cirúrgico e pelo subtipo molecular em relação aos custos. A análise qualitativa evidenciou uma jornada complexa, burocrática e emocionalmente impactante, com destaque para barreiras relacionadas à autorização e acesso, enquanto a navegação assistencial, a otimização de processos e o fortalecimento do rastreamento emergem como principais estratégias de melhoria.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Diagnóstico e início do tratamento. Atraso no tratamento. Barreiras. Redução de variabilidade.

ABSTRACT

Floriani S. Breaking Down Barriers in Breast Cancer Treatment: Building a Journey of Value. Applied Work. [Professional Master's Degree]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2026.

INTRODUCTION: Breast cancer is a major public health issue, particularly in countries with lower Human Development Index (HDI), where high incidence rates are associated with challenges in controlling mortality, highlighting the need for more equitable use of healthcare resources.^{1–3} Despite significant advances in treatment, improvements in care delivery processes can yield survival benefits comparable to those achieved with new therapeutic agents. There is a well-established association between longer time to treatment initiation and worse outcomes in breast cancer; therefore, understanding the patient journey and its barriers within each healthcare setting is essential to optimize resource allocation and deliver value-based care.^{4–9}

OBJECTIVE: To develop a prototype of an operational care pathway from diagnosis to treatment initiation in breast cancer, aiming to reduce delays and barriers within Unimed Santa Catarina, using Health Service Design and Design Thinking approaches.

METHODS: This study was conducted in three stages. The first stage consisted of a retrospective observational cohort study evaluating the time from diagnosis to treatment initiation among beneficiaries enrolled in the “De Repente o Câncer” (DRC) program diagnosed with breast cancer between January 1, 2018, and December 31, 2023. The second stage involved in-depth research with stakeholders using Business Model Generation and Design Thinking methodologies to better understand the problem. The third stage comprised the development of a prototype solution designed to optimize the breast cancer care pathway, focusing on reducing delays and barriers between diagnosis and treatment initiation.

RESULTS: The findings indicate that the breast cancer care pathway in the supplementary health system is heterogeneous, with significant variability in time to treatment initiation, showing a median of 40 days and the presence of substantial delays. Early-stage disease and luminal subtypes predominated; however, the pathway was characterized by high fragmentation, involvement of multiple providers, and a high rate of non-compliance with

staging guidelines. No statistical association was found between time to treatment and variables such as costs, number of providers, or tumor characteristics, except for the type of surgical procedure and molecular subtype in relation to costs. Qualitative analysis revealed a complex, bureaucratic, and emotionally burdensome journey, with key barriers related to authorization processes and access. Care navigation, process optimization, and strengthened screening strategies emerged as the main opportunities for improvement.

KEYWORDS: Breast cancer. Diagnosis and treatment initiation. Treatment delay. Barriers. Variability reduction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tempo até o tratamento do Câncer de Mama relatado em estudos de países de baixa e média renda.....	16
Figura 2 - Distribuição dos sítios oncológicos Programa Navegação de Tratamento, 2023.....	18
Figura 3 - Distribuição geográfica das Unimeds Executoras do tratamento oncológico, Programa de Navegação, 2023.....	18
Figura 4 - Etapas da fase de Empatia segundo <i>Design Thinking</i>	26
Figura 5 - Etapas da pesquisa e correlação com as etapas do <i>Design Thinking</i>	26
Figura 6 – Distribuição de Unimeds Executoras nas Unidades Federativas (UF) com Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT) ≤ 30 dias.....	31
Figura 7 – Distribuição de Unimeds Executoras nas Unidades Federativas (UF) com Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT) > 30 dias.....	32
Figura 8 – Distribuição da amostra de acordo com os estratos de tempo do Indicador Oportunidade de Tratamento.....	33
Figura 9 – Classificação tumoral geral e segundo grupos do Indicador Oportunidade de Tratamento: ≤ 30 dias e > 30 dias.....	35
Figura 10 – Distribuição dos principais exames de estadiamento recomendados pela <i>European Society for Medical Oncology</i> (ESMO) e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), na amostra estudada.....	36
Figura 11 – Distribuição do primeiro tratamento conforme grupos temporais do Indicador Oportunidade de Tratamento.....	37
Figura 12 – Distribuição dos tipos cirúrgicos em relação ao Indicador Oportunidade de Tratamento.....	44
Figura 13 – Índice de respostas à entrevista semiestruturada.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz CSD.....	25
Tabela 2 – Distribuição por idade, oportunidade de tratamento, número de autorizações e de prestadores e custos globais.....	31
Tabela 3 – Estadiamento tumoral segundo 8ª edição do AJCC <i>Cancer Staging Manual</i> geral e segundo grupos: <=30 dias e >30 dias.....	33
Tabela 4 – Análise da conformidade com as diretrizes de exames de estadiamento conforme grupos temporais.....	36
Tabela 5 – Distribuição dos tipos cirúrgicos determinados pela CBHPM quando ao Indicador Oportunidade de Tratamento.....	38
Tabela 6 – Tempo cirúrgico da reconstrução mamária e correlação com Indicador Oportunidade de Tratamento.....	39
Tabela 7 – Comparação entre os grupos <=30 dias e >30 dias quanto ao número de autorizações, prestadores e custos globais, Teste U de Mann Whitney.....	40
Tabela 8 – Comparação com Teste U de Mann Whitney do número de prestadores entre Unimeds executoras pertencentes ou não a Região Sul do Brasil.....	41
Tabela 9 – Comparação entre os grupos <=30 dias e >30 dias quanto a localização geográfica da Unimed Executora.....	41
Tabela 10 – Comparação da classificação molecular por grupo temporal pelo Método de Pairwise.....	42
Tabela 11 – Análise estatística dos grupos temporais quanto à conformidade com as diretrizes de estadiamento e primeiro tratamento.....	43
Tabela 12 – Comparação entre pares dos tipos de cirurgia, conforme CBHPM, quanto ao Indicador Oportunidade de Tratamento.....	45
Tabela 13 – Características sociodemográficas e laborais dos participantes do estudo.....	47
Tabela 14 – Síntese das Categorias Temáticas, Núcleos de Sentido e Citações de Participantes.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA Instituto Nacional de Câncer

SUS Sistema Único de Saúde

DRC ...de Repente o Câncer

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AJCC *American Joint Committee on Cancer*

ESMO *European Society for Medical Oncology*

SBOC Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

CD Conformidade às Diretrizes

NCED Não Conformidade às Diretrizes Exames Deficientes

NCEE Não Conformidade às Diretrizes Exames Excedentes

NCED + NCEE Não Conformidade às Diretrizes Exames Deficientes e Excedentes

TUSS Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

Aut – SC Sistema de Autorização Unimed Santa Catarina

CSD Certezas, Suposições e Dúvidas

OPME Órteses, Próteses e Materiais Especiais

IOT Indicador Oportunidade de Tratamento

CBHPM Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

UF Unidade Federativa

LLM *Large Language Models*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Panorama do Câncer de Mama e a Importância do Tempo.....	14
1.2 O Sistema Unimed e a Epidemiologia do Câncer de Mama.....	16
1.3 O Design de Serviços de Saúde como estratégia de melhoria da jornada no Câncer de Mama na Unimed Santa Catarina.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	20
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4. MÉTODOS	22
4.1 Desenho do Estudo.....	22
4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	22
4.3 Local do Estudo, Variáveis e Coleta dos Dados	23
4.4 Análise dos dados.....	26
4.5 Preceitos Éticos em Pesquisa.....	27
4.5 Benefícios e Riscos Potenciais	28
5. DESENVOLVIMENTO	29
6. RESULTADOS.....	30
6.1 Estatística Descritiva da Primeira Etapa.....	30
6.1.1 Da população, da jornada e do sistema de saúde.....	30
6.1.2 Das características tumorais.....	33

6.1.3 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento.....	35
6.2 Estatística Analítica da Primeira Etapa.....	39
6.2.1 Da população, da jornada e do sistema de saúde.....	40
6.2.2 Das características tumorais.....	41
6.2.3 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento.....	43
6.3 Análise Experiencial da Segunda Etapa.....	46
6.3.1 Bloco "Perfil".....	47
6.3.2 Categorias Temáticas Emergentes.....	50
6.3.3 Categoria Temática "Percepção da Jornada".....	51
6.3.4 Categoria Temática "Barreiras".....	52
6.3.5 Categoria Temática "Tempo para Tratamento".....	55
6.3.6 Categoria Temática "Propostas de Melhoria".....	56
7. DISCUSSÃO.....	60
7.1 Indicador Oportunidade de Tratamento no Cenário Global.....	60
7.2 Da população, da jornada e do sistema de saúde.....	62
7.2.1 Barreiras: Burocracia, Atrasos e Negativa Técnica.....	64
7.3 Das características tumorais.....	65
7.4 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento.....	67
7.5 Propostas de Melhoria: Navegação, Integração de Fluxos e Suporte Emocional.....	68
7.5.1 Navegação do Paciente.....	68
7.5.2 Agilização de Autorizações e Fluxos Diagnósticos.....	69
7.5.3 Rastreamento, Diagnóstico Precoce e Suporte Emocional.....	69
7.6 Ciência da implementação e uso de dados para transformação do cuidado.....	70
7.7 Implicações práticas e construção da jornada de valor.....	70

7.8 Jornada Real x Jornada Ideal: construindo uma proposta de "via rápida"	71
7.8.1 Marco inicial e padronização diagnóstica.....	72
7.8.2 Ativação da linha de cuidado.....	72
7.8.3 Avaliação clínica prioritária e decisão terapêutica.....	72
7.8.4 Fluxo cirúrgico prioritário.....	73
7.8.5 Fluxo de quimioterapia neoadjuvante.....	73
7.8.6 Governança e monitoramento contínuo.....	73
7.9 Forças, limitações e contribuição do trabalho aplicado.....	74
8. CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE - A.....	82
APÊNDICE - B.....	84
APÊNDICE - C.....	85
APÊNDICE - D.....	88
APÊNDICE - E.....	90
APÊNDICE - F.....	94
APÊNDICE - G.....	95
APÊNDICE - H.....	96
ANEXO - A.....	97
ANEXO - B.....	97
ANEXO - C.....	97
ANEXO - D.....	98

1. INTRODUÇÃO

1.1 Panorama do Câncer de Mama e a Importância do Tempo

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública visto ser a neoplasia mais incidente em mulheres globalmente. Apesar da alta incidência, entre 2002 e 2012, avanços no rastreamento, detecção precoce e tratamento proporcionaram atenuação da mortalidade.

(1)

A redução da mortalidade por câncer é especialmente percebida nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), atrelada às ações para combate ao câncer, enquanto os países em transição mantêm taxas estáveis ou em ascensão, tendo como empreitada a utilização mais equânime dos recursos e diligência no controle ao câncer através de ações efetivas. (2)

Em 2021, no Brasil, a taxa de mortalidade de câncer de mama ajustada por idade foi de 11,71 óbitos/100.000 mulheres, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Quando consideramos a série histórica, entre 2000 e 2019, as taxas de mortalidade ajustada por idade nas macrorregiões brasileiras foram ascendentes, com queda entre 2020 e 2021, possivelmente secundário a pandemia de COVID – 19, que figurou como uma causa concorrente de óbitos. (3)

Apesar de esforços mundiais concentrados na melhoria do tratamento do câncer de mama, mudanças no processo de oferta do cuidado, como a garantia do início do tratamento em tempo oportuno, conferem impactos na sobrevida semelhantes aos contemplados por novos agentes terapêuticos. Recente estudo em Queensland evidenciou que o risco de morte por câncer de mama foi 43% maior quando, ao menos, um intervalo de tempo para o tratamento foi mais longo do que indicado pela Diretriz Australiana de Câncer de Mama inicial, de 2020, sendo os intervalos mais penosos - do diagnóstico à cirurgia, da cirurgia à quimioterapia e da quimioterapia à radioterapia. (4)(5)

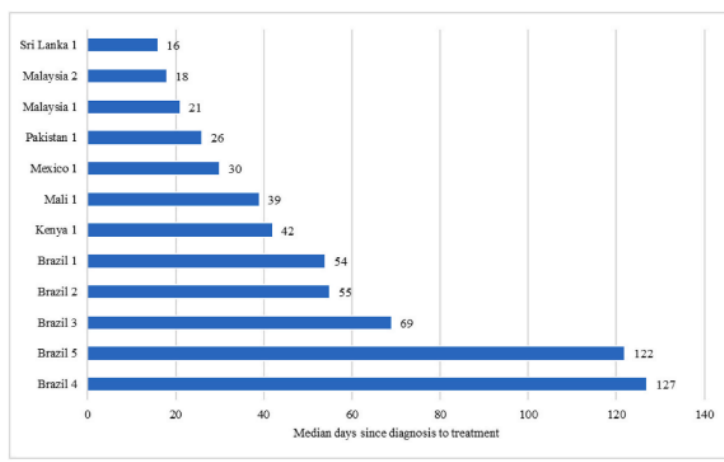
Demais estudos, ao longo do tempo, demonstraram a correlação de aumento do intervalo de tratamento com piora na sobrevida no câncer de mama. (6–9) Apesar da associação entre desfechos negativos com o tempo para início do tratamento, não existe consenso sobre o tempo ideal para início do tratamento no câncer de mama. O conhecimento desta jornada e a implicação na sobrevivência possibilita gerenciar melhor os recursos em consequência de

eventos externos, como pandemias, ou internos como escassez de recursos financeiros ou humanos.(9)

Inúmeras são as barreiras que podem competir com a otimização do início do tratamento no câncer de mama e, frequentemente, tem especificidades locais. Em linhas gerais, as barreiras multiníveis na jornada até o tratamento podem ser classificadas em pré diagnóstico e pós diagnóstico. Quando avaliamos, especificamente, os fatores pós diagnóstico estes podem ser categorizados em aspectos relacionados ao paciente, ao sistema e profissionais de saúde e à doença. Os fatores, recorrentemente, associados ao paciente incluem idade, etnia, presença de doença mental e outras comorbidades, cultura e determinantes sociais como condição socioeconômica. Os aspectos relacionados aos serviços de saúde que possivelmente contribuam para os atrasos são a fonte pagadora (seguro público ou privado), o acesso (disponibilidade na região geográfica, facilidade de agendamento) e política de prestação de serviços. Quanto a doença é possível identificar o estadiamento, fatores pré-operatórios como imagem e tipo de biópsia como fatores associados a atrasos no início do tratamento.(10)

Os aspectos socioeconômicos são marcadores expressivos de jornadas mais longas, não obstante, anteveem-se que a incidência e mortalidade por câncer de mama em países com baixo IDH entre 2020 e 2040 sejam marcadamente superiores aos países com IDH elevado, com aumento na casa de 97,2% na incidência e 98,8% na mortalidade comparado a 30,8% e 53,6% respectivamente em países de primeiro mundo. Porém, mesmo entre países com renda média ou baixa há discrepâncias. Subedi *et al* (2024) analisaram, em uma revisão sistemática, os tempos para o diagnóstico e deste até o tratamento, em mulheres com câncer de mama em países com média e baixa renda associados aos fatores promotores e protetores de atrasos. O Brasil apresentou os maiores tempos para o tratamento entre os estudos avaliados, conforme **Figura 1**:(11)

Figura 1 – Tempo até o tratamento do Câncer de Mama relatado em estudos de países de baixa e média renda.



Fonte: Subedi *et al* (2024)

Ao considerarmos, especificamente, os fatores associados a atrasos no tempo entre a primeira consulta médica e o início do tratamento, no Brasil, fica evidente que mulheres que financiam ao menos uma etapa no processo de diagnóstico ou que utilizam serviços privados contam com jornadas mais exíguas. Serviços integrados de diagnóstico com a disponibilidade de informação anatomopatológica para o médico assistente é um fator determinante na otimização do início do tratamento.(12)

A compreensão das barreiras particulares de cada país, ademais de cada sistema de saúde que oferta cuidado oncológico no câncer de mama, potencializa a construção de jornadas mais equitativas baseadas em processos mais claros, menos burocráticos e variáveis, intermediados por ferramentas tecnológicas que automatizem processos e facilitem o trânsito de informações com a contribuição de pessoas com competência técnica e humanística para operar esse arranjo.

1.2 O Sistema Unimed e a Epidemiologia do Câncer de Mama

A organização do Sistema de Saúde brasileiro está amparada pela Constituição da República promulgada em 1988 e cujas diretrizes são definidas no artigo 198 que descreve a oferta de serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada que integram um sistema único que deve entregar atendimento integral, desde preventivo a ações curativas e de reabilitação, de

maneira descentralizada distribuindo diferentes responsabilidades para as esferas federal, estadual e municipal e englobando a participação social neste modelo. (13)

Na estrutura deste sistema de saúde há a acomodação de serviços privados, responsáveis por cobertura, em março de 2025, de 24,5% da população brasileira.(14)

Décadas antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que data de 1990, na cidade de Santos – São Paulo, foi fundada em 1967 a primeira cooperativa de trabalho médico das américas, a Unimed Santos. (15)

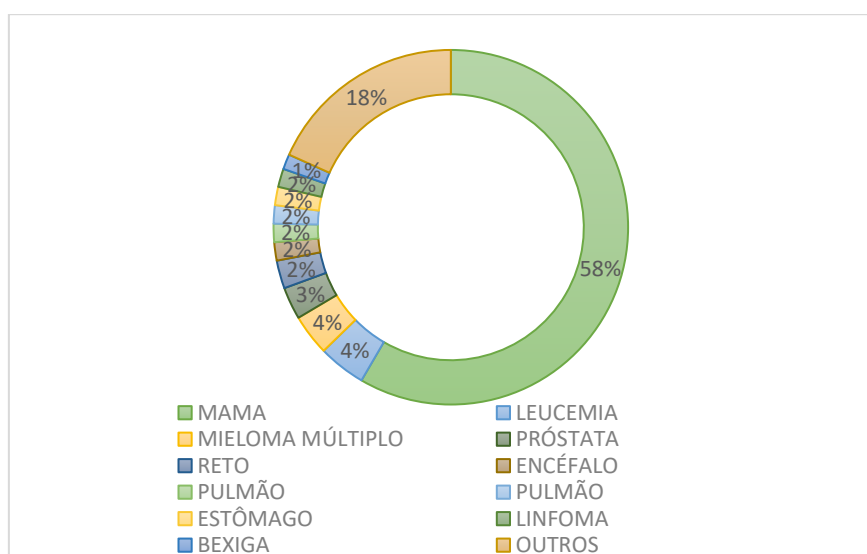
No setor saúde, as cooperativas que comercializam plano de saúde são compostas por médicos, denominados cooperados pois contribuem com capital na aquisição de cotas, enquanto a organização presta serviços a estes associados. Em especial, o Sistema Multicooperativo Unimed é organizado em diferentes graus, possuindo na sua base cooperativas de primeiro grau ou singulares, cuja área de atuação é restrita a um ou mais municípios; cooperativas de segundo grau ou federações que podem ser estaduais, regionais ou Interfederativas e, por último; a cooperativa de terceiro grau, representada pela Unimed do Brasil, confederação de âmbito nacional. (15)

A Unimed Santa Catarina, portanto, configura-se como cooperativa de segundo grau atuando não só em seu papel institucional perante as demais singulares do estado, mas operando mais de 180 mil vidas. Os beneficiários da operadora de saúde Unimed Santa Catarina encontram-se distribuídos por todo território nacional, com concentração no próprio estado, especialmente no oeste. A rede de atendimento a esses beneficiários é garantida pelas Unimeds singulares, a partir do repasse de pagamento, na lógica de intercâmbio, o que fortalece a rede de serviços em âmbito nacional. Se faz importante salientar que o relacionamento entre a cooperativa de primeiro e segundo grau é meramente comercial, visto que as singulares são autônomas do ponto de vista administrativo, econômico e jurídico.

Para entender a verdadeira dimensão do impacto do câncer de mama nas organizações do Sistema Unimed, é crucial analisar dados epidemiológicos. Contudo, publicações sobre o tema na área de Saúde Suplementar são escassas. Um estudo de 2023, conduzido por Aguiar B.S. e colaboradores, revelou uma conexão entre a mortalidade por câncer de mama e a ocorrência de óbitos em estabelecimentos privados de saúde na cidade de São Paulo. De acordo com a pesquisa, a proporção de mortes em instituições privadas está associada a um aumento de 4% na mortalidade por câncer de mama nesse contexto.(16)

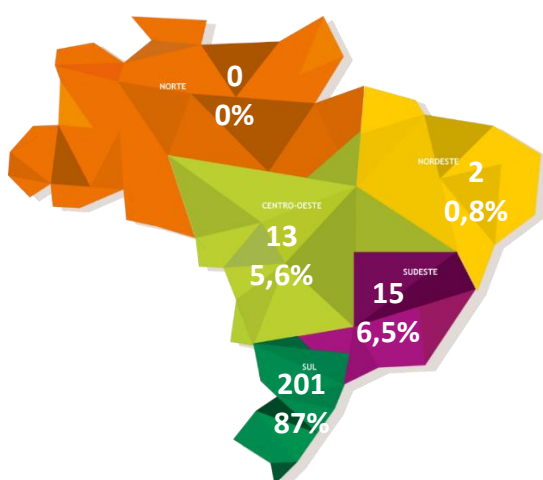
Na Unimed Santa Catarina, a Gerência Assistencial avaliou em 2023 os aspectos epidemiológicos dos beneficiários pertencentes ao programa de navegação de tratamento oncológico que detinha cobertura de 83%. A sítio mais prevalente foi mama, com 58% dos casos, estando a maioria dos pacientes recebendo tratamento nos estados do Sul, como pode ser observado nas **Figuras 2 e 3** abaixo:

Figura 2 – Distribuição dos sítios oncológicos Programa Navegação de Tratamento, 2023



Fonte: Programa ...de Repente o Câncer, Gerência Assistencial, Unimed Santa Catarina

Figura 3 – Distribuição geográfica das Unimeds Executoras do tratamento oncológico, Programa de Navegação, 2023



Fonte: Programa ...de Repente o Câncer, Gerência Assistencial, Unimed Santa Catarina

1.3 O Design de Serviços de Saúde como estratégia de melhoria da jornada no Câncer de Mama na Unimed Santa Catarina

A jornada do paciente oncológico é reconhecida como um processo multidimensional, que transcende os aspectos puramente clínicos e abrange as experiências subjetivas vivenciadas. Tendo em vista essa complexidade, a utilização dessas experiências como fonte de informação torna-se fundamental para o aperfeiçoamento de práticas operacionais e assistenciais, visando um cuidado mais alinhado às necessidades reais dos pacientes.(17)

No âmbito da saúde, a coprodução/cocriação promove a utilização estratégica das perspectivas de pacientes, cuidadores e da equipe assistencial. Por meio dessa colaboração, é possível redesenhar a jornada do cuidado, implementando melhorias que reflitam as necessidades e prioridades identificadas pelos próprios usuários e prestadores de serviço. (18) Neste contexto de esforços crescentes de incluir usuários finais nas iniciativas de melhoria, surge o design de sistemas e serviços de saúde que acopla o valor da criatividade, com a geração de novas idéias, ao processo estruturado do design. (19)

Para tanto, o design de serviços de saúde tem emergido como uma disciplina fundamental para aprimorar a qualidade, a eficiência e a experiência do paciente no complexo ecossistema da saúde. No contexto do Sistema Unimed, a Unimed Santa Catarina destaca-se por sua liderança em inovação em saúde. Essa posição privilegiada estabelece um terreno fértil para a utilização do design de serviços como uma estratégia robusta para a melhoria e a otimização da jornada do paciente com câncer de mama

1. JUSTIFICATIVA

O câncer de mama, a neoplasia mais incidente em mulheres globalmente, representa um desafio significativo de saúde pública. A garantia de um tratamento em tempo oportuno é crucial para a sobrevivência das pacientes, com evidências científicas que demonstram a piora de desfechos clínicos quando o intervalo entre o diagnóstico e o tratamento é prolongado.

Apesar da importância do tema, há uma carência de dados epidemiológicos e estudos sobre o câncer de mama na Saúde Suplementar brasileira, um setor responsável pelo cuidado de mais de 24% da população. No contexto do Sistema Unimed, a maior cooperativa de saúde do mundo, a ausência dessas informações é ainda mais notável. A falta de conhecimento sobre as barreiras e o fluxo de tratamento dentro desse sistema compromete a capacidade de otimizar processos e garantir um cuidado mais eficiente e equitativo. Adicionalmente, verifica-se uma escassez de iniciativas que utilizam a coprodução ou a cocriação como estratégia para a melhoria de serviços no setor da saúde suplementar.

Este estudo se justifica pela necessidade de preencher essa lacuna, analisando a jornada entre o diagnóstico e início do tratamento de pacientes com câncer de mama no âmbito da Unimed Santa Catarina bem como fornecer fonte de informações baseadas no usuário final para redesenhar a jornada do cuidado. Os resultados desta pesquisa poderão não só contribuir para a literatura científica, mas também fornecer subsídios valiosos para aprimorar as políticas e os processos assistenciais das operadoras de saúde, beneficiando diretamente as pacientes e prestadores e otimizando a alocação de recursos.

2. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um protótipo de jornada operacional entre diagnóstico e início de tratamento no câncer de mama para assegurar redução do tempo e barreiras, na Unimed Santa Catarina, utilizando conceito de *Design Thinking* e de Serviços de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos no vigente estudo:

- Levantar os tempos entre o diagnóstico e início do primeiro tratamento oncológico das (os) beneficiárias (os) da operadora Unimed Santa Catarina, especificamente do conjunto numérico 0976, diagnosticadas entre 01/01/2018 e 31/12/2023 e que continuam em acompanhamento pelo Programa ...de Repente o Câncer (DRC);
- Identificar os tempos não eficientes dentro da jornada operacional;
- Correlacionar o tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento com variáveis clínicas como estadiamento e classificação molecular, local do tratamento e custo global no primeiro ano;
- Compreender, a partir da perspectiva de diferentes *stakeholders*, a percepção sobre a jornada entre o diagnóstico e tratamento no câncer de mama, principais barreiras enfrentadas e oportunidades de melhoria;
- Elaborar um plano de redução de ineficiência na jornada operacional a partir dos dados da etapa quantitativa e qualitativa e
- Ofertar solução até o final do primeiro tratamento a partir da identificação, no momento do diagnóstico molecular, de 2 jornadas: cirurgia e quimioterapia.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Consistirá em um estudo dividido em três etapas, a saber:

- Primeira: estudo epidemiológico observacional do tipo coorte retrospectivo que avaliará o tempo entre diagnóstico e início do tratamento das beneficiárias acompanhadas pelo Programa DRC com diagnóstico de câncer de mama entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023;
- Segunda: pesquisa em profundidade com *stakeholders* utilizando a metodologia *Business Model Generation* como base para o Design de Serviços de Saúde e
- Terceira: criação de solução baseada no Design de Serviços de Saúde, de melhoria da jornada entre diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

São critérios de inclusão da primeira etapa:

- beneficiárias acompanhadas pelo Programa DRC com diagnóstico de câncer de mama entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023, pertencentes ao conjunto numérico 0976, da operadora Unimed Santa Catarina.

São critérios de inclusão da segunda etapa:

- pacientes, mastologistas, oncologistas, gestores de operadora, alguns representantes de setores da operadora como autorização de alto custo e setor de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e provedores de serviços oncológicos;
- se profissional, atuar preferencialmente ou a maior parte do tempo no Sistema Unimed ou
- se paciente, ser portador de câncer de mama em tratamento, com diagnóstico nos últimos 12 meses da pesquisa e beneficiário da Unimed ou
- se provedor de cuidado oncológico, prestar serviços preferencialmente ao Sistema Unimed.

São critérios de exclusão da primeira etapa:

- foram excluídos os casos com dados incompletos em qualquer uma das variáveis selecionadas para a análise.

São critérios de exclusão da segunda etapa:

- foram excluídos os participantes com respostas faltantes no questionário aplicado na pesquisa, nos blocos “Identificação com o Problema” e “Solução do Problema”.

4.3 Local do Estudo, Variáveis e Coleta de Dados

O desenvolvimento do estudo ocorre na área de atuação da Unimed Santa Catarina, uma operadora de grande porte que realiza suas atividades em todas as Macrorregiões brasileiras, tendo como característica essencial, não possuir rede própria de oncologia, atendendo seus beneficiários através de rede credenciada

A primeira etapa, o estudo observacional do tipo coorte retrospectivo com abordagem quantitativa e analítica, determinou o tempo entre o diagnóstico e início do primeiro tratamento oncológico correlacionando com variáveis dependentes e independentes subdivididas em:

- Da população, jornada e sistema de saúde: contempla idade, Indicador Oportunidade de Tratamento(20) na distribuição entre os grupos de tempo ≤ 30 dias ou > 30 dias, número de autorizações e de prestadores e custos globais.
- Das características tumorais: contempla estadiamento, segundo a 8ª edição do *American Joint Committee on Cancer (AJCC) Staging Manual* e classificação molecular. (21)
- Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento: contempla a avaliação dos exames de estadiamento realizados à luz das diretrizes da *European Society for Medical Oncology (ESMO)* e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) criando 4 categorias de análise - Conformidade às Diretrizes (CD), Não Conformidade às Diretrizes Exames Deficientes (NCED), Não Conformidade às Diretrizes Exames Excedentes (NCEE) e Não Conformidade às Diretrizes Exames Excedente e Deficientes (NCED + NCEE). (22,23)

Para cálculo do Indicador Oportunidade de Tratamento foi utilizado o banco de dados de contas médicas a partir do levantamento dos códigos de procedimentos determinantes na definição do indicador (**Anexo A**), utilizando a Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da

Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) de 2024. Os procedimentos TUSS definidores do diagnóstico e do primeiro tratamento – cirúrgico ou quimioterápico – encontram-se no **Apêndice A**.

Os dados clínicos como estadiamento e tipo molecular estão presentes no relatório - Acompanhamento Oncológico Federação – que está disponível no **Anexo B** e são extraídos pela equipe de autorização da operadora no processo de recebimento da guia para terapia oncológica e estão presentes nos relatório e documentos médicos anexados no Sistema de autorização (Aut – SC). Nos casos de dados faltantes, esses foram buscados no Aut – SC.

Os dados de custo global no primeiro ano, a partir da biópsia, foram extraídos do *Software* Qlikview® a partir da base de contas médicas.

Todas as variáveis foram compiladas e enviadas ao *Software Research Electronic Data Capture* (REDCap®) conforme a ficha disposta no **Apêndice B**.

A segunda etapa do estudo consta da validação do problema com os *stakeholders* envolvidos na jornada com exploração através de entrevistas individuais semiestruturadas enviadas eletronicamente, aplicadas pelo pesquisador via plataforma de videoconferência Microsoft Teams® ou presencialmente, usando a metodologia *Business Model Generation*.⁽²⁴⁾ Para tanto, definiu-se como problema o tempo e as barreiras enfrentadas pelos diferentes stakeholders (pacientes, oncologistas, mastologistas, operadoras de saúde, prestadores de cuidado oncológico) entre o diagnóstico e início do tratamento no câncer de mama.

Conforme os pressupostos da metodologia *Business Model Generation*, as entrevistas com os *stakeholders* constituem a etapa de validação em campo das hipóteses previamente formuladas acerca do problema. No período compreendido entre 06 de novembro de 2023 e 01 de fevereiro de 2024, realizou-se o aprofundamento analítico do problema por meio da aplicação do processo de *Design Thinking*, culminando na construção da Matriz CSD — Certezas, Suposições e Dúvidas — utilizada para sistematizar os achados e orientar a compreensão do fenômeno investigado (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Matriz CSD

CERTEZAS – o que você sabe	SUPOSIÇÕES – o que você acha que sabe	DÚVIDAS – o que você não sabe
- A jornada de diagnóstico impacta nos atrasos de início de tratamento - Aspectos referentes a mulher (escolaridade, socioeconômica e etnia) são associados a atrasos - Aspectos referentes ao acesso são associados a atrasos (distância do centro de cuidado) - Aspectos referentes ao tumor estão associados a atrasos (estadiamento, tipo histológico) - Atraso no tratamento aumenta mortalidade - Conhecimento da experiência do paciente auxilia na implantação de percursos clínicos centrados no paciente	- Não há acesso rápido ao mastologista e a exames - rede de atendimento - Cuidado depende da proatividade do paciente frente exame alterado - Burocracia e falta de padronização na autorização - Falta de gestão dos tempos de autorização (quanto menor melhor) - Análise da guia e não do indivíduo (análise fragmentada) - Laudo incompleto (paciente chega ao profissional sem todos os exames necessários para a conduta) - Não há autorização automática de imunohistoquímica - Dificuldade de agendar mastectomia - Variabilidade de condutas profissionais - Pacientes insatisfeitos pela demora na jornada	- Há orientação quanto tempos adequados para cada etapa? (diagnóstico a neoadjuvância, do diagnóstico ao tratamento definitivo) - O atraso impacta no custo? - Há uma maneira melhor de fazer para reduzir gargalos operacionais? - Bundled payment gera valor no câncer de mama – melhora a coordenação, reduz desperdício de tempo a custos adequados? - É possível empacotar no sistema Unimed (visto variabilidade na complexidade do cuidado e baixa atuação sobre o cooperado)? - Autorização automática do episódio (bundle) gerará redução do tempo?

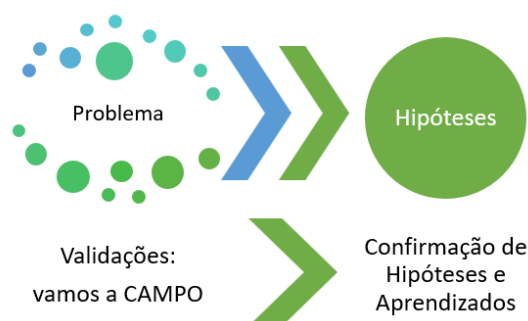
Fonte: Autoria própria

A escolha dos *stakeholders* para as entrevistas semiestruturadas se baseou no impacto do problema para o envolvido e a repercussão da solução. Para tanto, foram convidados a participar pacientes, mastologistas, gestores de operadora, alguns representantes de setores da operadora como autorização de alto custo e setor de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e provedores. O planejamento e a confecção das entrevistas semiestruturadas bem como o tratamento dos dados, foi baseada no artigo dos autores Chazin e Freitas (2017) partindo-se da hipótese que o tempo despendido entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama e as barreiras sejam um problema para os diversos atores.(25)

O primeiro estágio da entrevista semiestruturada conhecida como planejamento prevê, além da escolha da população e amostra e da forma de aplicação, a construção do roteiro da entrevista que se utiliza da pesquisa nas fontes bibliográficas e do problema utilizando a técnica do funil, com perguntas mais gerais no início do questionário e mais específicas no final. O roteiro proposto e presente no **Apêndice C**, foi validado com o orientador e coorientador deste Trabalho Aplicado, para certificação da clareza das perguntas.

As etapas da Fase de Descoberta percorridas, neste trabalho, para compreensão do problema segundo *Design Thinking* estão elucidadas na **Figura 4**.

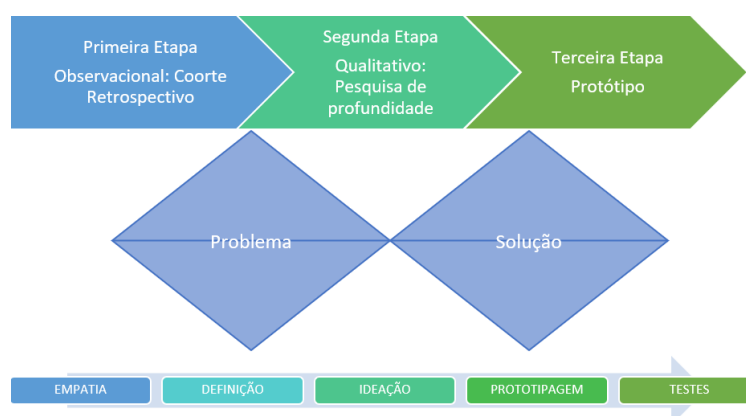
Figura 4 – Etapas da fase de Empatia segundo *Design Thinking*



Fonte: Autoria própria baseado em Apocalypse e Jorente, 2022(26)

A terceira e última etapa consiste em desenvolver um protótipo de jornada operacional entre diagnóstico e início de tratamento baseado no *Business Model Generation*, conforme **figura 5**, abaixo:

Figura 5 - Etapas da pesquisa e correlação com as etapas do *Design Thinking*



Fonte: autoria própria baseado em Apocalypse e Jorente, 2022(26)

4.4 Análise dos Dados

A análise estatística dos dados foi conduzida em duas etapas. Na primeira etapa, a caracterização da amostra e das variáveis quantitativas foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, valores mínimo e máximo).

Para a análise inferencial, a associação entre variáveis categóricas, como o tipo do primeiro tratamento, estadiamento e tipo molecular, com o tempo para início do tratamento foi

avaliada pelo Teste Qui-quadrado de Pearson. A comparação de variáveis quantitativas contínuas entre os dois grupos temporais (≤ 30 dias e > 30 dias) foi realizada utilizando o Teste U de Mann-Whitney. Para a comparação de três ou mais grupos independentes, empregou-se o Teste de Kruskal-Wallis.

No caso de associações estatisticamente significativas identificadas pelo teste de Kruskal-Wallis, foram realizadas análises post-hoc por comparações Pairwise, com a significância ajustada pela correção de Bonferroni, a fim de mitigar o erro tipo I.

Em todos os testes de hipóteses, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$), e resultados com valores p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. A exploração dos dados, da segunda etapa da pesquisa, foi conduzida segundo o referencial de Análise de Conteúdo Temática de Bardin, amplamente utilizada em estudos qualitativos em saúde e no modelo de Chazin e Freitas (2017). As etapas desenvolvidas foram:

- a) Pré-análise: leitura de reconhecimento das respostas, estruturação do corpus e definição da unidade de registro com compilação das transcrições em um documento de texto (Word®365), agrupadas seguindo a ordem das perguntas com o intuito de facilitar a identificação de concordâncias e dissonâncias entre as falas dos entrevistados além de permitir a emergência de temas não previstos durante a coleta, contribuindo para o aprofundamento do problema de pesquisa. (25)
- b) Exploração do material: identificação de unidades de significado e codificação semântica – que atribui rótulos aos segmentos dos dados para identificar padrões.
- c) Tratamento dos resultados e interpretação: agrupamento por núcleos de sentido, formação de categorias temáticas e interpretação à luz da literatura sobre jornada oncológica no câncer e mama.

A unidade de registro adotada foi a ideia central das falas. As categorias emergiram de forma indutiva, sem categorias prévias impostas (abordagem *grounded*). (27)

4.5 Preceitos Éticos em Pesquisa

A apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente foi precedida da realização da pesquisa, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos de parecer consubstanciado número 7.177.776 (**Anexo C**).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado aos participantes da segunda etapa da pesquisa, e está disposto no **Apêndice D**.

4.6 Benefício e Riscos Potenciais

O estudo tem como potencialidade a padronização de duas jornadas a partir do diagnóstico do Câncer de Mama: cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante. Espera-se que a padronização possibilite redução da variabilidade, do desperdício operacional e do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento enquanto tenha impacto positivo sobre a satisfação do beneficiário. Há, ainda, a possibilidade de o estudo contribuir para construção de um painel com o indicador oportunidade de tratamento, a partir de dados de utilização, possibilitando a oferta para as demais singulares do Sistema Unimed do Estado, cumprindo um importante papel institucional.

O risco principal se dá no tratamento dos dados pessoais pela operadora sendo dirimido através do esclarecimento ao beneficiário sobre a finalidade e maneira do uso dos dados dentro do Programa...de Repente o Câncer, a partir do Termo de Aceite, registrado através de ligação gravada e enviado material escrito ao beneficiário. Associado, nas etapas possíveis, por omissão dos dados de identificação, como na análise do indicador oportunidade de tratamento e nas pesquisas semiestruturadas.

5 DESENVOLVIMENTO

Para elucidar os fatores que impactam a jornada da paciente com câncer de mama, esta seção apresenta e discute os resultados de uma investigação em duas frentes. Primeiramente, são expostos os dados da análise de uma coorte retrospectiva (2018-2023) de beneficiárias do Programa "...de Repente o Câncer" (DRC). Em seguida, detalham-se os *insights* da pesquisa qualitativa, que capturou as percepções e experiências de múltiplos *stakeholders* desde o diagnóstico até o início do tratamento. A integração desses resultados, obtida pela aplicação sequencial das etapas conforme o modelo de *Design Thinking*, oferece uma visão completa e aprofundada do problema.

6 RESULTADOS

6.1 Estatística Descritiva da Primeira Etapa

Foram diagnosticadas com Câncer de Mama, entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023, pertencentes ao conjunto numérico 0976 da operadora Unimed Santa Catarina e acompanhadas pelo Programa DRC, 151 mulheres. Após aplicado os critérios de exclusão, 147 mulheres foram avaliadas segundo distribuição dos seguintes dados: idade, tipo de contrato, estadiamento tumoral, tipo molecular, primeiro tratamento (cirurgia ou quimioterapia) Indicador Oportunidade de Tratamento, Unimed executora, número de autorizações e de prestadores, exames de estadiamento realizados e custos globais no primeiro ano a partir da biópsia. As subseções de análise foram assim divididas para contemplar as barreiras mais comumente identificadas na literatura: características do paciente, do sistema e profissionais de saúde e da doença.(28)

6.1.1 Da população, da jornada e do sistema de saúde

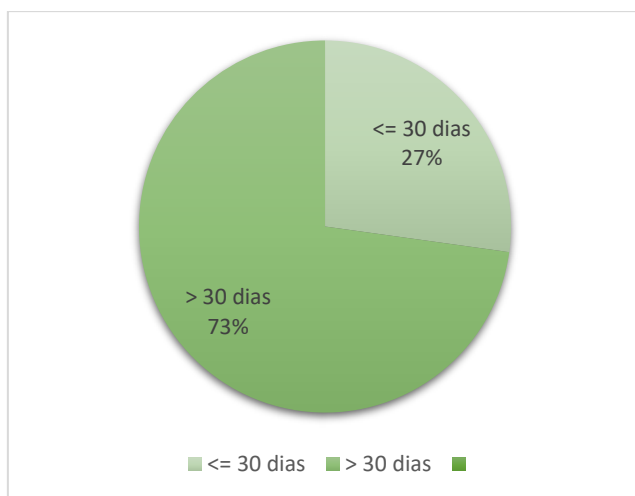
Neste subcapítulo descreveremos os resultados referentes a dados relevantes da população, indicadores de jornada e do sistema de saúde que são: idade, Indicador Oportunidade de Tratamento na distribuição entre os grupos de tempo ≤ 30 dias ou > 30 dias, número de autorizações e de prestadores e custos globais.

A distribuição de idade é bem balanceada com média e mediana bastante próximas, sugerindo distribuição normal sendo que a metade das pacientes (entre o percentil 25 e 75) encontra-se entre 41 e 58 anos.

Tal distribuição não pode ser observada no Indicador Oportunidade de Tratamento que apresenta grande variabilidade, com desvio padrão de 28,45 dias. A experiência habitual (mediana) das mulheres com câncer de mama é de 40 dias para iniciar o tratamento, havendo casos de extrema demora que deslocam a média para cima.

Quando analisamos a distribuição da amostra entre os períodos determinados utilizados neste estudo para o indicador oportunidade de tratamento, encontramos o seguinte cenário exemplificado na **figura 6**:

Figura 6 – Distribuição da amostra de acordo com os estratos de tempo do Indicador Oportunidade de Tratamento



Fonte: autoria própria

O número de autorizações e de prestadores envolvidos ilustram a complexidade da jornada entre o diagnóstico e início do tratamento envolvendo, na mediana, 8 autorizações e a passagem por 13 prestadores. Novamente, a média é maior que a mediana com uma minoria de pacientes passando por um processo ainda mais burocrático (até 15 autorizações) e fragmentado (até 39 prestadores).

Quando analisamos os custos globais do primeiro ano após o diagnóstico, a assimetria se repete, sendo que o custo da jornada “típica” no período é de R\$ 98,5 mil. A **tabela 2** ilustra a descrição acima:

Tabela 2 – Distribuição por idade, oportunidade de tratamento, número de autorizações e de prestadores e custos globais

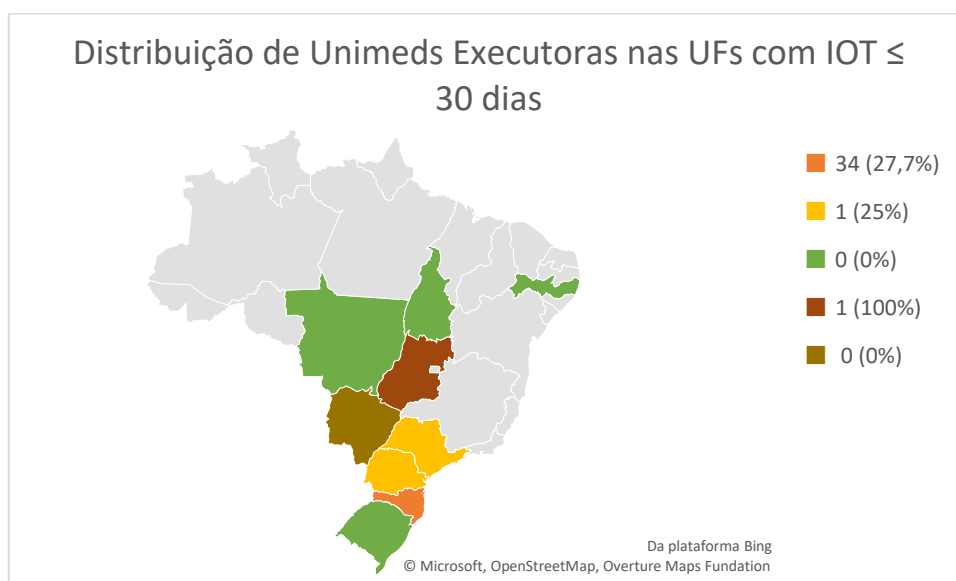
	Percentil 25	Média	Mediana	Percentil 75	Desvio padrão	Total
Idade	41,00	50,31	50,00	58,00	11,37	147
Indicador Oportunidade de Tratamento	29,00	47,52	40,00	57,00	28,46	147
Número de autorizações	7,00	8,38	8,00	10,00	2,02	147
Número de prestadores	10,00	14,16	13,00	18,00	6,72	147

Custos Globais (primeiro ano de tratamento a partir do diagnóstico)	43.787,79	150.110,46	98.458,31	176.613,06	150.300,61	147
--	-----------	------------	-----------	------------	------------	-----

Fonte: autoria própria

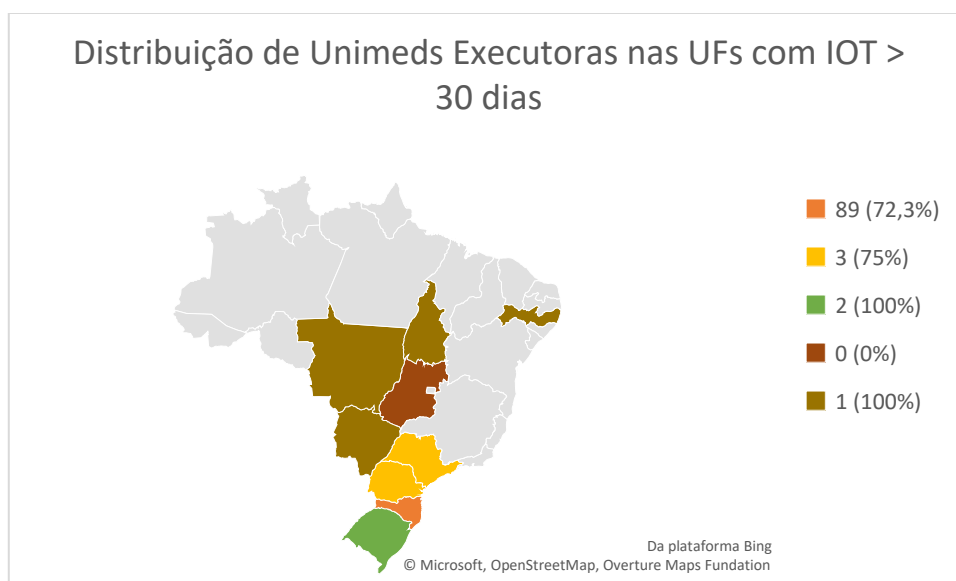
A rede de atendimento das beneficiárias com Câncer de Mama da Unimed Santa Catarina é garantida pelas Unimeds Singulares, conhecidas como executoras, que são autônomas do ponto de vista administrativo e de governança clínica além de econômico e jurídico. Quando avaliamos as jornadas entre o diagnóstico e início do tratamento, quanto ao tempo e a distribuição entre executora (s) fica clara a heterogeneidade (**Figuras 7 e 8**), impactando na capacidade de aplicação de estatística analítica nesta amostra, fazendo-se necessário a separação por grupos de singulares e, conseqüentemente, aumento amostral.

Figura 7 – Distribuição de Unimeds Executoras nas Unidades Federativas (UF) com Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT) ≤ 30 dias



Fonte: autoria própria

Figura 8 – Distribuição de Unimeds Executoras nas Unidades Federativas (UF) com Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT) > 30 dias



Fonte: autoria própria

6.1.2 Das características tumorais

A amostra geral, com 147 casos, reflete uma predominância de diagnósticos em estágios iniciais, com a grande maioria dos tumores sendo classificados como Estágio I (40,8%) ou II (44,2%). Os estágios mais avançados (III e IV) representam uma minoria, totalizando apenas 10,2% dos casos.

Ao comparar os grupos, a distribuição dos estágios é similar, o grupo com tempo de espera maior que 30 dias para início do tratamento tem uma porcentagem ligeiramente mais alta de casos em Estágio II (45,8% versus 40,0%) e III (9,3% versus 7,5%) do que o grupo com espera menor (**tabela 3**).

Tabela 3 – Estadiamento tumoral segundo 8ª edição do AJCC *Cancer Staging Manual* geral e segundo grupos: ≤ 30 dias e > 30 dias

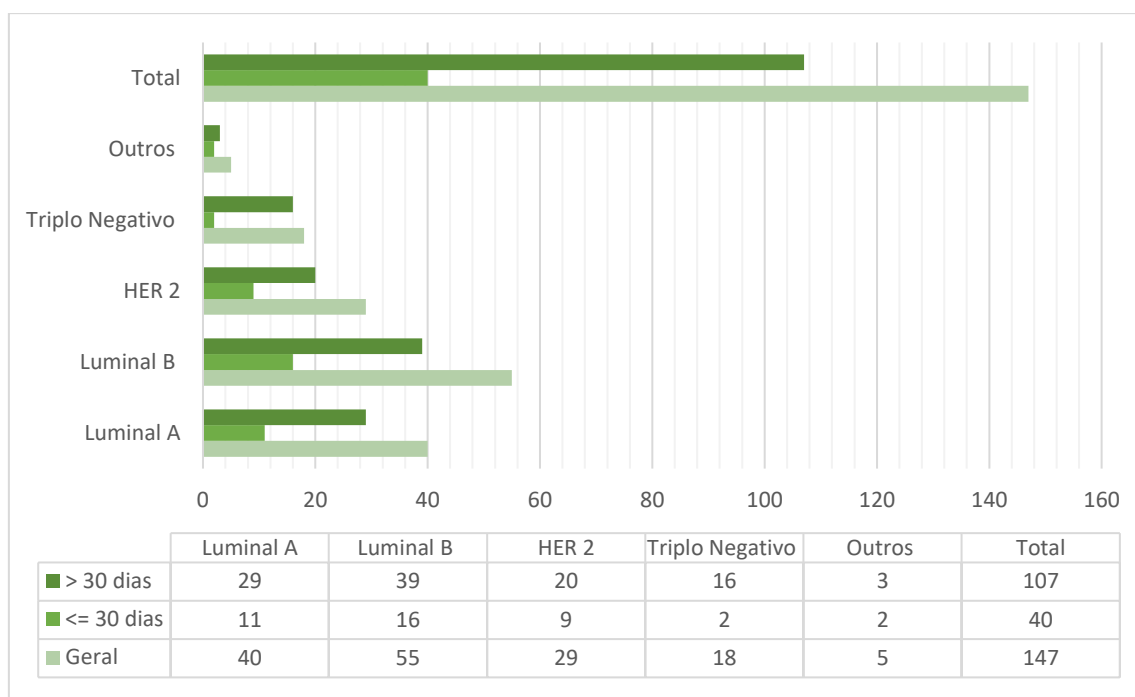
Estadiamento		Frequência	Porcentagem
Geral	0	7	4,8
	I	60	40,8
	II	65	44,2

	III	13	8,8
	IV	2	1,4
	Total	147	100,0
<= 30 dias	0	2	5,0
	I	18	45,0
	II	16	40,0
	III	3	7,5
	IV	1	2,5
	Total	40	100,0
> 30 dias	0	5	4,7
	I	42	39,3
	II	49	45,8
	III	10	9,3
	IV	1	0,9
	Total	107	100,0

Fonte: autoria própria

A classificação molecular revela que os subtipos Luminal A (27,2%) e Luminal B (37,4%) são os mais comuns na amostra, totalizando 64,6% dos casos sendo que a análise por grupo de tempo de espera mostra uma distribuição notavelmente diferente para o subtipo molecular Triplo Negativo (**figura 9**). Essa diferença sugere que pacientes com esse subtipo de tumor, que é frequentemente mais agressivo, podem enfrentar barreiras ou complexidades adicionais no processo de tratamento, levando a atrasos.

Figura 9 – Classificação tumoral geral e segundo grupos do Indicador Oportunidade de Tratamento: ≤ 30 dias e > 30 dias

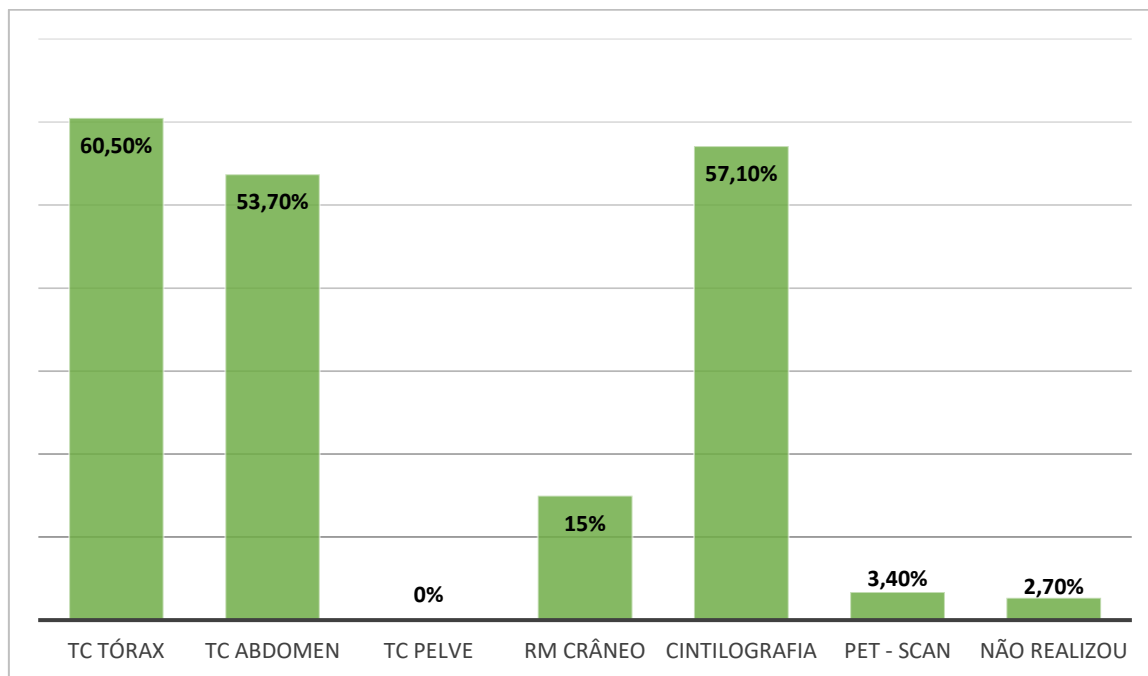


Fonte: autoria própria

6.1.3 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento

Os exames de estadiamento recomendados pelas Sociedades Européia e Brasileira são divergentes em alguns pontos, mas levam em consideração sintomatologia, estadiamento e o tipo molecular, referenciando principalmente os exames de imagem componentes da **figura 10** que contempla, ainda, a distribuição destes na população de estudo. (22,23)

Figura 10 – Distribuição dos principais exames de estadiamento recomendados pela *European Society for Medical Oncology* (ESMO) e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), na amostra estudada



Fonte: autoria própria

O cumprimento das diretrizes foi analisado categorizando-se os casos em: conformidade com as diretrizes (CD), não conformidade por exames excedentes (NCEE), não conformidade por exames deficientes (NCED) e combinação de ambas as não conformidades (NCED + NCEE). Esses grupos foram, então, avaliados quanto ao tempo de espera para o início do tratamento. Sessenta e quatro por cento dos casos não estavam em conformidade com as diretrizes indicando excesso, deficiência ou ambos em relação aos exames subsidiários, gerando cuidados excessivos e onerosos ou omitindo cuidados oportunos e adequados.

O achado mais notável foi a alta concentração de casos com exames excedentes (45%) estando a maioria deles (69,7%) no grupo acima de 30 dias.

Tabela 4 – Análise da conformidade com as diretrizes de exames de estadiamento conforme grupos temporais.

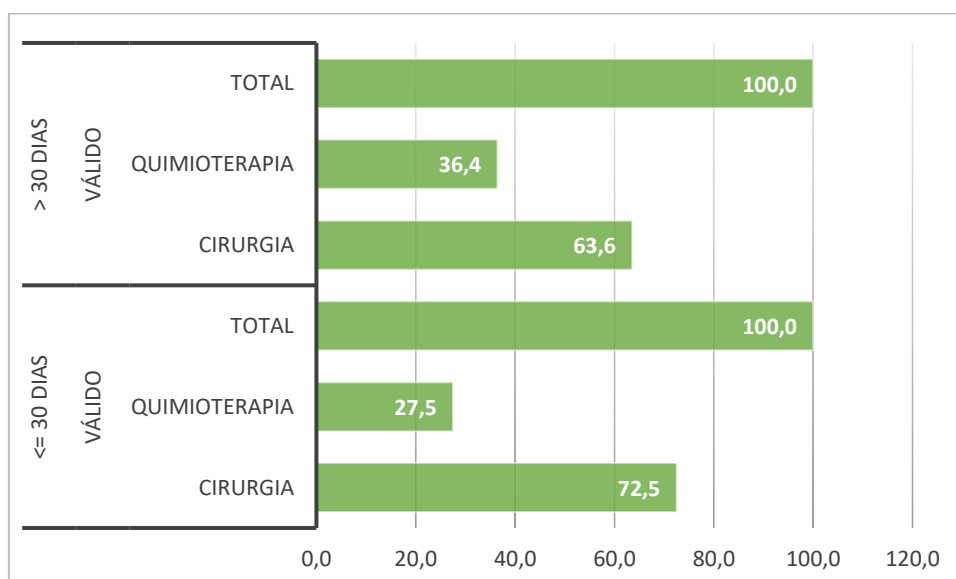
			Grupo		Total
			<= 30 dias	> 30 dias	
Exames de	CD	Contagem	14	39	53

Estadiamento Conformidade com Diretrizes		% em estadiamento	26,4%	73,6%	100,0%
	NCED	Contagem	5	20	25
		% em estadiamento	20,0%	80,0%	100,0%
	NCEE	Contagem	20	46	66
		% em estadiamento	30,3%	69,7%	100,0%
	NCED + NCEE	Contagem	1	2	3
		% em estadiamento	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Contagem	40	107	147
		% em estadiamento	27,2%	72,8%	100,0%

Fonte: autoria própria

Quando analisamos a distribuição do primeiro tratamento nas 147 mulheres, pode-se observar a predominância de cirurgia, independente da distribuição entre os grupos ≤ 30 dias e > 30 dias (**figura 11**), correlacionando-se com a concentração em estadiamentos I e II (40,8% e 44,2%) e subtipos moleculares Luminal A e B (27,2% e 37,4%) da amostra, indicado anteriormente.

Figura 11 – Distribuição do primeiro tratamento conforme grupos temporais do Indicador Oportunidade de Tratamento.



Fonte: autoria própria

Ao analisarmos a jornada de primeiro tratamento cirúrgico, especificamente em relação ao Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT), a distribuição dos procedimentos, classificados conforme a Tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), é a seguinte:

Tabela 5 – Distribuição dos tipos cirúrgicos determinados pela CBHPM quando ao Indicador Oportunidade de Tratamento

			Mínimo	P 25	Média	Mediana	P 75	Máximo	DP	N válido
Tipo Cirurgia	Quadrantectomia	IOT	8,0	24,50	41,65	33,50	48,00	177,00	29,10	48
	Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	IOT	31,00	31,00	34,00	35,00	36,00	36,00	2,65	3
	Exérese por marcação estereotáxica	IOT	19,00	30,00	44,70	38,00	53,00	127,00	23,58	20
	Mastectomia Simples	IOT	26,00	38,00	59,40	58,00	79,00	98,00	21,92	15
	Mastectomia Subcutânea	IOT	101,00	101,00	101,00	101,00	101,00	101,00		1
	Mastectomia Radical	IOT	6,00	28,50	46,00	46,00	70,50	72,00	25,06	8
	Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	IOT	106,00	106,00	106,00	106,00	106,00	106,00		1

Fonte: autoria própria

Os resultados indicam que a mediana do IOT para a Mastectomia Simples (58 dias) e a Mastectomia Radical (46 dias) se situam acima do prazo de 30 dias recomendado para o início do tratamento. Notavelmente, identificaram-se casos isolados, como a Mastectomia Subcutânea (101 dias) e a Quadrantectomia associada à Linfadenectomia Axilar (106 dias), cujos IOTs excedem significativamente este período. Estes valores extremos sugerem grandes falhas pontuais no fluxo de tratamento, exigindo uma análise mais aprofundada das variáveis específicas que contribuíram para tais atrasos.

Em contrapartida, a Quadrantectomia isolada (33,5 dias), a Quadrantectomia associada à Linfadenectomia Axilar (35 dias) e a Exérese por marcação estereotáxica (38,00 dias) demonstraram tempos medianos mais oportunos para o início do tratamento, indicando que metade dos pacientes submetidos a estes procedimentos conseguiu acessar a cirurgia dentro de um prazo mais adequado.

A despeito da apresentação de tempos medianos mais oportunos, a Quadrantectomia apresenta o maior desvio padrão (29,10 dias) chegando a tempo máximo de 177 dias para início do tratamento. Tal assimetria entre a média e mediana também pode ser visualizada na Exérese por marcação estereotáxica (Média: 44,7 dias vs. Mediana: 38 dias) demonstrando o reflexo dos *outliers* do IOT e sugerindo que uma pequena quantidade de paciente sobre atrasos desproporcionais que elevam a média do grupo.

Dentro das jornadas cirúrgicas do câncer de mama, a reconstrução mamária pode ocorrer de forma imediata – no mesmo tempo cirúrgico – ou tardia – após a cirurgia indicada como tratamento adjuvante. O tempo cirúrgico da reconstrução foi avaliado quanto ao Indicador Oportunidade de Tratamento, conforme **tabela 6**:

Tabela 6 – Tempo cirúrgico da reconstrução mamária e correlação com Indicador Oportunidade de Tratamento

Reconstrução		Mínimo	P25	Média	Mediana	P75	Máximo	DP	N válido
Não imediata	IOT	19,00	28,00	49,38	38,00	61,00	140,00	32,63	13
Imediata	IOT	6,00	29,00	46,01	38,00	56,00	177,00	26,89	83

Fonte: autoria própria

A mediana para ambos os grupos é idêntica (38 dias) indicando que a reconstrução imediata ou não imediata, não influenciou no tempo de espera até o tratamento cirúrgico.

6.2 Estatística Analítica da Primeira Etapa

Na etapa estatística inferencial foram usados o teste de Mann Whitney para comparação de dois grupos que não seguem distribuição normal, como visto na análise descritiva; o teste de

Kruskal – Wallis para comparação de mais de três grupos independentes e, para comparar os subtipos moleculares dois a dois, utilizou-se o método de Pairwise. Para avaliação de associação significativa entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui Quadrado de Pearson.

6.2.1 Da população, da jornada e do sistema de saúde

A despeito da demonstração pela análise descritiva de grande disparidade do indicador oportunidade de tratamento e do número de autorizações e prestadores envolvidos na jornada, quando comparamos os grupos - ≤ 30 dias e > 30 dias – quanto a número de autorizações, prestadores e custo global no primeiro ano, não há diferença estatística entre os grupos para as variáveis em questão (**tabela 7**)

Tabela 7 – Comparação entre os grupos ≤ 30 dias e > 30 dias quanto número de autorizações, prestadores e custos globais, Teste U de Mann Whitney

		Percentil 25	Média	Mediana	Percentil 75	Desvio Padrão	Significância Valor p
≤ 30 dias	Número de autorizações	6,50	8,30	8,00	9,50	2,21	0,57
> 30 dias	Número de autorizações	7,00	8,41	8,00	10,00	1,96	
≤ 30 dias	Número de prestadores	8,50	12,28	12,00	16,00	5,43	0,11
> 30 dias	Número de prestadores	10,00	14,86	13,00	19,00	7,03	
≤ 30 dias	Custos Globais (da biópsia ao primeiro tratamento)	42587,46	148235,80	89732,85	215205,31	145684,75	0,80
> 30 dias	Custos Globais (da biópsia ao primeiro tratamento)	45345,76	150811,27	104997,68	172287,20	152657,25	

Fonte: autoria própria

Uma das hipóteses levantadas foi que a distribuição geográfica das Unimed Executoras no território nacional, especialmente se não pertencente aos estados da região Sul, poderia contribuir para jornadas mais longas. Identificou-se, porém, que as jornadas que ocorrem na região sul apresentam número maior de prestadores envolvidos quando comparados às demais regiões brasileiras (**tabela 8**) mas tal variável não há diferença significativa entre os grupos ≤ 30 dias e > 30 dias para início do tratamento na comparação entre região sul e não sul (**tabela 8**).

Tabela 8 – Comparação com Teste U de Mann Whitney do número de prestadores entre Unimed executoras pertencentes ou não a Região Sul do Brasil.

Região	Variável	Percentil 25	Média	Mediana	Percentil 75	Desvio Padrão	Sig. p
Não Sul	n_prestadores	7,00	8,46	8,00	10,00	2,67	0,00
Sul	n_prestadores	10,00	14,71	14,00	18,00	6,74	

Fonte: autoria própria

Tabela 9 – Comparação entre os grupos ≤ 30 dias e > 30 dias quanto localização geográfica da Unimed Executora.

Região			Grupo		Análise Estatística
			≤ 30 dias	> 30 dias	Qui Quadrado de Pearson
Não Sul	Contagem		2	11	Significância Valor p 0,317
	% em região/grupo		15,4%	84,6%	
Sul	Contagem		38	96	
	% em região/grupo		28,4%	71,6%	
Total	Contagem		40	107	
	% em região/grupo		27,2%	72,8%	

Fonte: autoria própria

6.2.2 Das características tumorais

A despeito da indicação na análise descritiva de uma notável variação entre os grupos ≤ 30 dias e > 30 dias no tipo molecular Triplo Negativo, o Teste de Qui Quadrado não evidenciou

uma associação significativa ($p=0,544$) entre classificação molecular do tumor e tempo para início do tratamento.

As flutuações dos achados de estadiamento e tempo para início do tratamento na análise descritiva são aleatórias, não havendo correlação estatística ($p=0,894$)

No entanto, o tipo molecular é um componente importante quando analisamos os grupos ≥ 30 dias e < 30 dias quanto ao custo global, demonstrando grande diferença estatística ($p=0,000$). Ao refinarmos análise pareando os subtipos moleculares dois a dois pelo método de Pairwise, é possível observar a seguinte ocorrência (**Tabela 10**):

Tabela 10 – Comparações da Classificação Molecular, quanto ao custo, por grupo temporal pelo Método de Pairwise

Grupo: Indicador Oportunidade de Tratamento	Comparação par a par	Sig. p	Sig. ajust. ^a p
≤ 30 dias	Luminal A-Outro	0,781	1,000
	Luminal A-Luminal B	0,032	0,321
	Luminal A-Triplo Negativo	0,164	1,000
	Luminal A-HER 2	0,000	0,000
	Outro-Luminal B	0,404	1,000
	Outro-Triplo Negativo	0,392	1,000
	Outro-HER 2	0,010	0,105
	Luminal B-Triplo Negativo	0,759	1,000
	Luminal B-HER 2	0,001	0,010
	Triplo Negativo-HER 2	0,143	1,000
> 30 dias	Luminal A-Luminal B	0,125	1,000
	Luminal A-Triplo Negativo	0,000	0,003
	Luminal A-HER 2	0,000	0,000
	Outro-Luminal B	0,195	1,000
	Outro-Triplo Negativo	0,016	0,156
	Outro-HER 2	0,001	0,014
	Luminal B-Triplo Negativo	0,012	0,120
	Luminal B-HER 2	0,000	0,000
	Triplo Negativo-HER 2	0,174	1,000
	Outro-Luminal A	0,510	1,000

Fonte: autoria própria

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

O HER 2 se destaca por ser consistentemente diferente dos subtipos Luminal A e B, quanto ao custo global, em ambos os grupos temporais, porém há uma diferença condicional entre Luminal A e Triplo Negativo que só foi estatisticamente relevante no grupo com mais de 30 dias sugerindo que a variável tempo possa influenciar a relação entre esses subtipos.

6.2.3 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento

Análise da conformidade com as diretrizes de exames de estadiamento conforme grupos temporais demonstrou na avaliação descritiva, alta concentração de casos com exames excedentes (NCEE), especialmente no grupo de espera mais longa (>30 dias). Porém a comparação entre os grupos temporais pelo teste de Qui – quadrado de Pearson não demonstrou diferença em relação a conformidade com as diretrizes, não sendo uma condição associada a maior tempo entre diagnóstico e tratamento (**tabela 11**).

O tipo do primeiro tratamento – cirurgia ou quimioterapia – também não foi determinante no tempo de jornada (**tabela 11**).

Tabela 11 – Análise estatística dos grupos temporais quanto conformidade com as diretrizes de estadiamento e primeiro tratamento.

Análise realizada	Qui – quadrado de Pearson Valor p
Conformidade com as diretrizes de estadiamento entre os grupos temporais (<=30 dias e >30 dias)	0,789
Tipo do primeiro tratamento entre os grupos temporais (<=30 dias e >30 dias)	0,308

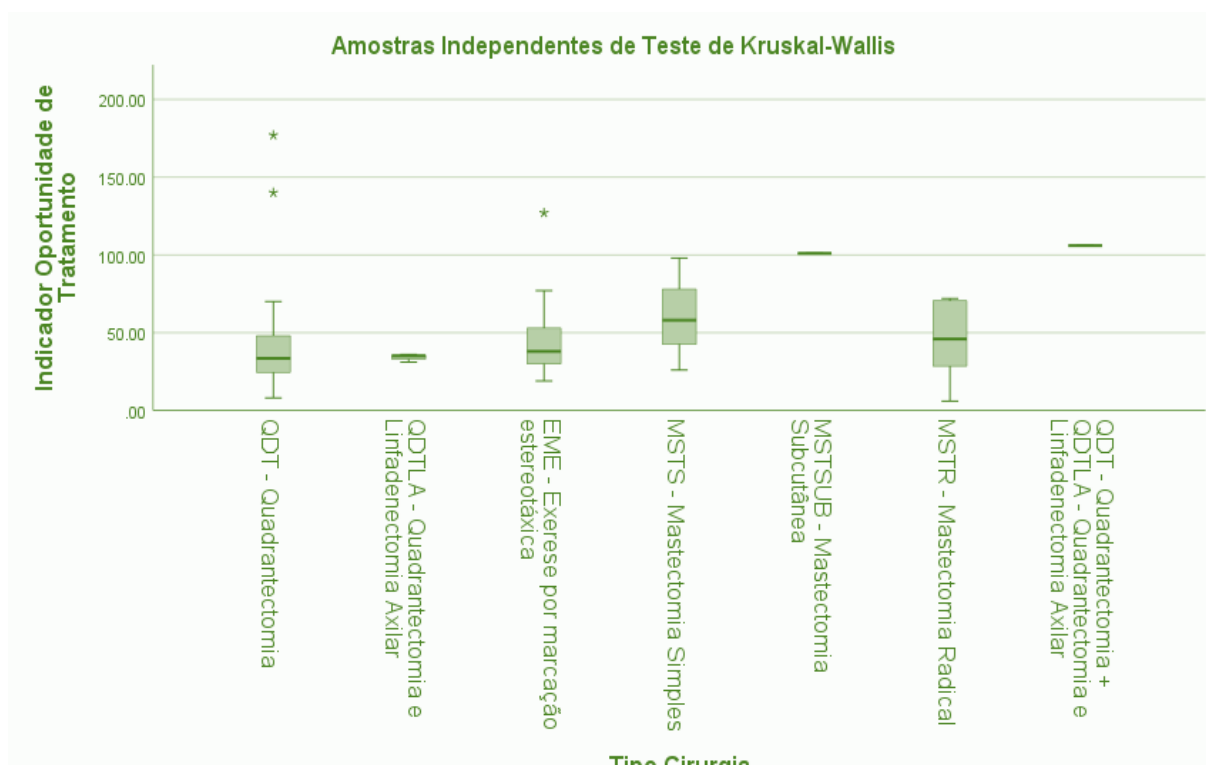
Fonte: autoria própria

Quando comparamos, especificamente, o Indicador Oportunidade de Tratamento entre os tipos de cirurgias, através do Teste de Kruskal – Wallis, é possível observar distribuição

estatisticamente desigual do tempo ($p=0,016$). O tipo de procedimento cirúrgico, portanto, é um fator que influencia o tempo para início do tratamento.

A análise descritiva no *box-plot* (figura 12) corrobora esta diferença, destacando que a Mastectomia Simples apresenta a mediana de IOT mais elevada, sugerindo maior tempo de espera para este grupo em comparação com os procedimentos conservadores como a Quadrantectomia. Apesar da menor mediana, a Quadrantectomia e a Exérese por marcação estereotática exibiram *outliers* de IOT que atingem até 180 dias e contribuem significativamente para a heterogeneidade das distribuições que gerou a significância estatística.

Figura 12 – Distribuição dos tipos cirúrgicos em relação ao Indicador Oportunidade de Tratamento



Fonte: serviço de estatística AC. Camargo

Quando comparamos entre pares os tipos de cirurgias pelo Método de Pairwise e ajustamos os valores de significância pela correção de Bonferroni, pode-se observar que há diferença estatística quando ao IOT entre a Quadrantectomia e Mastectomia Simples com $p=0,036$.

Tabela 12 – Comparação entre pares dos tipos de cirurgia, conforme CBHPM, quanto ao Indicador Oportunidade de Tratamento

Comparações por Método Pairwise de Tipo Cirurgia					
Comparação Tipos de Cirurgia conforme CBHPM	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar x Quadrantectomia	3,406	16,572	0,206	0,837	1,000
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar x Exérese por marcação estereotóxica	-10,633	17,241	-0,617	0,537	1,000
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar x Mastectomia Radical	-14,458	18,852	-0,767	0,443	1,000
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar x Mastectomia Simples	-29,233	17,612	-1,660	0,097	1,000
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar x Mastectomia Subcutânea	-54,333	32,155	-1,690	0,091	1,000
Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar + Quadrantectomia x Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-55,333	32,155	-1,721	0,085	1,000
Quadrantectomia x Exérese por marcação estereotóxica	-7,227	7,411	-0,975	0,329	1,000
Quadrantectomia x Mastectomia Radical	-11,052	10,634	-1,039	0,299	1,000
Quadrantectomia x Mastectomia Simples	-25,827	8,237	-3,135	0,002	0,036
Quadrantectomia x Mastectomia Subcutânea	-50,927	28,136	-1,810	0,070	1,000
Quadrantectomia x Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-51,927	28,136	-1,846	0,065	1,000
Exérese por marcação estereotóxica x Mastectomia Radical	-3,825	11,649	-0,328	0,743	1,000
Exérese por marcação estereotóxica x Mastectomia Simples	-18,600	9,512	-1,956	0,051	1,000
Exérese por marcação estereotóxica x Mastectomia Subcutânea	-43,700	28,535	-1,531	0,126	1,000
Exérese por marcação estereotóxica x Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-44,700	28,535	-1,567	0,117	1,000
Mastectomia Radical x Mastectomia Simples	14,775	12,191	1,212	0,226	1,000
Mastectomia Radical x Mastectomia Subcutânea	39,875	29,536	1,350	0,177	1,000
Mastectomia Radical x Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-40,875	29,536	-1,384	0,166	1,000

Mastectomia Simples x Mastectomia Subcutânea	-25,100	28,760	-0,873	0,383	1,000
Mastectomia Simples x Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-26,100	28,760	-0,908	0,364	1,000
Mastectomia Subcutânea x Quadrantectomia + Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar	-1,000	39,382	-0,025	0,980	1,000

Fonte: autoria própria

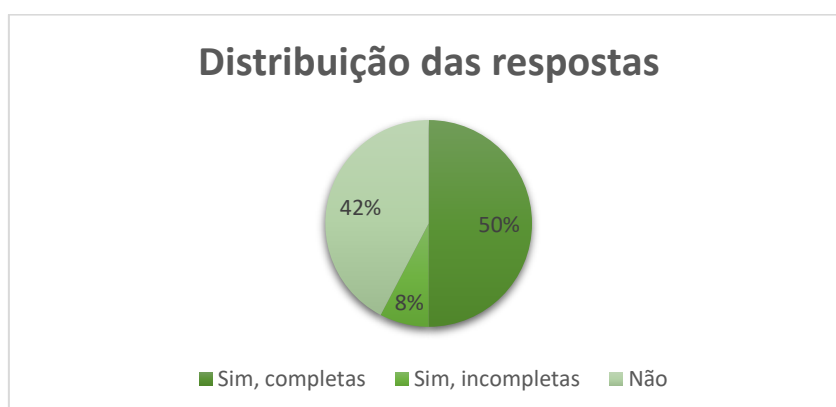
a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Ao analisarmos a distribuição do Indicador Oportunidade de Tratamento quanto ao Tempo cirúrgico da reconstrução mamária – se imediato ou não imediata - não se observa diferença estatística ($p=0,872$).

6.3 Análise Experiencial da Segunda Etapa

Foram enviados cinquenta e dois convites para participação da pesquisa aos seguintes stakeholders da jornada oncológica – mastologistas, oncologistas, auditores médicos, beneficiárias com diagnóstico de câncer de mama no último ano, gestores de operadora de saúde e prestadores de serviço de oncologia para o Sistema Unimed. Foram consideradas na análise de resultados, as 27 respostas completas às perguntas abertas dos blocos “perfil, identificação com o problema e solução do problema”. A **figura 13** evidencia o índice de respostas à entrevista semiestruturada:

Figura 13 – Índice de respostas à entrevista semiestruturada



Fonte: autoria própria

6.3.1 Bloco “Perfil”

A média de idade da amostra é de 46,4 anos (variando entre 35 e 83 anos), com concentração de participantes ensino superior ou pós-graduação (62%), incluindo as beneficiárias em tratamento de câncer de mama. O perfil sociodemográfico e laboral dos participantes da pesquisa será demonstrado a seguir, na **tabela 13**:

Tabela 13 – Características sociodemográficas e laborais dos participantes do estudo

Variáveis	N (%)
Idade	
30 a 49 anos	21 (78%)
50 a 69 anos	5 (18%)
≥ 70 anos	1 (4%)
Nível Educacional	
Ensino médio	3 (11%)
Superior	13 (48%)
Pós-graduação	11 (41%)
Estado Civil	
Casado/União Estável	21 (78%)
Divorciado	2 (7%)
Solteiro	3 (11%)
Sem resposta	1 (4%)
Local de Residência	
Nordeste de Santa Catarina	6 (22%)
Sul de Santa Catarina	5 (19%)
Alto Vale	4 (15%)
Oeste de Santa Catarina	2 (7%)
Outros	8 (30%)
Sem resposta	2 (7%)
Ocupação	
Oncologista	4 (15%)

Oncologista e Auditor	1 (4%)
Mastologista	2 (7%)
Gestor (Unimed/Prestador)	4 (15%)
Licença do trabalho	6 (22%)
Outros	8 (30%)
Sem resposta	2 (7%)

Fonte: autoria própria

Para a análise qualitativa, como referido na seção Métodos, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016). A saturação teórica foi adotada como critério de suficiência amostral, sendo compreendida como o ponto em que novas respostas deixam de acrescentar informações relevantes, passando apenas a reafirmar significados já identificados. Esse conceito é corroborado por Guest, Bunce e Johnson (2006), que demonstram empiricamente que a maioria dos temas centrais em pesquisas qualitativas tende a emergir antes do 25º participante, com estabilização progressiva das categorias.(29) Os participantes, profissionais ou gestores, relataram experiência consolidada no tema, atuando tanto na saúde suplementar quanto no SUS, em várias etapas da jornada, o que confere robustez e legitimidade às percepções analisadas:

“(Experiência) Grande, 8 anos, mas são muitas pacientes. Bom, casos novos pelo menos eu atendo nesses oito anos cinco a seis pacientes novos por semana nesse período todo [...]” (Participante 2).

“Trabalho diariamente, em serviço público e privado, com pacientes com câncer de mama, sendo em investigação, tratamento ou seguimento” (Participante 1).

“Gestão de serviços de autorização, navegação de cuidado, atenção à saúde, assistência a pacientes oncológicos na unidade de saúde da família” (Participante 4)

As pacientes quando indagadas sobre a experiência com câncer de mama demonstram conhecimento detalhado da sua condição:

“Câncer de mama Luminal B, na mama direita. Eram 5 "pontos" de câncer espalhados por toda mama, sendo o nódulo maior com 3cm” (Participante 18)

“Tive câncer de mama em 2015, tirei um quadrante e fiz 28 radioterapia. Em 2024 o câncer voltou e tive que retirar a mama esquerda, e estou tomando anastrozol por 5 anos” (Participante 19).

Algumas participantes enfrentaram a jornada sob a dupla perspectiva - de profissionais de saúde e pacientes:

“Bastante familiarizada. Além do histórico familiar (mãe e avó) sou enfermeira da APS onde trabalhamos com prevenção e cuidados em saúde da mulher” (Participante 24).

“Sou enfermeira oncológica, atuo há 20 anos em ambulatório de oncologia, faço assistência às pacientes com câncer de mama e agilizo as solicitações médicas de tratamento junto ao plano de saúde. Em 2024, tive um diagnóstico de Carcinoma in situ na mama, onde me vi dentro desse sistema de exames, autorizações, encaminhamentos e cirurgia” (Participante 10)

A temática “medo” foi comumente identificada pelas pacientes na identificação da experiência pessoal na etapa entre diagnóstico e início do tratamento:

“Minha experiência foi, no início, de susto e muito medo” (Participante 21)

“Medo, incerteza, ansiedade [...]” (Participante 26)

“Um tratamento muito difícil, temos medo o tempo todo, nossa vida muda radicalmente e ficamos focadas em nosso tratamento” (Participante 13).

A inclusão concomitante de profissionais, gestores, prestadores e pacientes permitiu captar tanto a dimensão técnica, organizacional e operacional da jornada assistencial, quanto a dimensão vivencial e subjetiva das usuárias do sistema, enriquecendo a análise qualitativa e ampliando a compreensão das barreiras e potencialidades do cuidado oncológico.

6.3.2 Categorias Temáticas Emergentes

Da análise das entrevistas semiestruturadas emergiram quatro grandes eixos analíticos que estruturam a compreensão da jornada do paciente na Saúde Suplementar, especialmente na Unimed Santa Catarina, sob a perspectiva dos diferentes *stakeholders*:

- Percepção geral da jornada do paciente com câncer de mama
- Principais barreiras e dificuldades
- Percepção sobre o tempo entre diagnóstico e tratamento
- Propostas de melhoria e reorganização da jornada

As categorias temáticas com seus núcleos de sentido estão representadas na **tabela 14**.

Tabela 14 – Síntese das Categorias Temáticas, Núcleos de Sentido e Citações de Participantes

Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Citações
Percepção da Jornada	Complexidade, fragmentação, carga emocional	“Jornada desafiadora, incluindo fatores ligados à planos/SUS, família, parte física e emocional, fatores econômicos” (Participante 7).
Barreiras	Burocracia, atrasos, falta de coordenação, barreiras estruturais	“No privado, minha maior dificuldade é com as autorizações do tratamento. Eu entendo o outro lado né, eu também trabalho na auditoria [...]” (Participante 2)
Tempo para Tratamento	Variabilidade e desigualdade	“Na minha opinião precisamos melhorar o tempo tendo maior agilidade nos resultados. O apoio ao paciente deve iniciar no rastreamento” (Participante 5).
Propostas de Melhoria	Navegação, agilidade, fluxos estruturados especialmente autorização, acolhimento e informação	“Acredito que mesmo antes do paciente receber o diagnóstico definitivo, ao se suspeitar de câncer este paciente deveria automaticamente ser atendido de forma diferenciada, trazendo agilidade nas autorizações, agendamentos de

	exames e também suporte emocional gratuito desde o início” (Participante 20)
--	--

Fonte: autoria própria

Nas subseções seguintes, apresentam-se os resultados por eixo, acompanhados de falas ilustrativas representativas.

6.3.3 Categoria Temática “Percepção da Jornada”

Os participantes descrevem a jornada como complexa, longa e emocionalmente intensa, demandando múltiplas etapas clínicas, assistenciais e administrativas e com impactos econômicos e laborais.

“É uma jornada árdua com muitos obstáculos a serem vencidos até iniciar o tratamento e até mesmo na jornada inicial é perceptível as barreiras administrativas e soma-se a isso o desconhecimento da paciente em buscar os recursos certos” (Participante 4).

“As etapas são duras e com diversas dificuldades. Desde diagnóstico e encaminhamento a oncologista seguido por exames e tratamentos” (Participante 8).

“A primeira parte dessa jornada é muito angustiante, a espera para iniciar o tratamento (mesmo que seja rápido) é desafiador [...] Aí vem os inúmeros exames que são muito importantes para saber se os resultados estão bons, mas vou confessar o pagamento da coparticipação além de ser um valor alto é descontado numa única vez da folha de pagamento (Participante 14).

“Primeiramente agendar a mastologista (no meu caso, eu mesma identifiquei um "calombo" na mama e já agendei masto). Depois, fazer todos os exames que a masto pediu, o mais rápido possível. Com os exames, a médica fez a biopsia de agulha grossa, essa etapa é horrível porque o resultado demora a sair. Com o resultado da biopsia e constatação do câncer, fazer o mais rápido possível tudo que a masto pediu: mais exames, agendar oncologista.... Correria! Na primeira consulta com oncologista, mais exames, mais correria... aquele desespero de conseguir fazer tudo sem prejudicar o trabalho, porque muitas etapas só acontecem em horário comercial” (Participante 18)

“Jornada desafiadora, incluindo fatores ligados à planos/SUS, família, parte física e emocional, fatores econômicos” (Participante 7).

“São várias etapas de exames, resultados, medos, angústia” (Participante 17)

Também emerge a percepção de fragmentação do cuidado, com necessidade de integração entre serviços:

“[...] um sonho = poder coletar sangue na própria clínica no dia da quimio, já coletar o sangue, passar por consulta e ir pra quimio [...]” (Participante 18).

Porém, especialmente as pacientes, percebem mudanças na jornada ou a percebem como adequada, especialmente quando recebem amparo em questões administrativas da equipe assistente ou da operadora:

“Acho que melhorou muito, desde 2015 para 2024. É simples e rápido desde o agendamento até a autorização. E o que acho muito bom é este acompanhamento que tenho com a equipe da Unimed via *WhatsApp*” (Participante 19 – Câncer de mama recidivado)

“A minha jornada foi bem tranquila, tive profissionais de ótima qualidade que me orientaram favoravelmente” (Participante 22)

“Quando recebi o diagnóstico, eu recebi as orientações da equipe médica e de enfermagem. Fui bem orientado sobre como seria o tratamento, a equipe de enfermagem organizou os agendamentos do tratamentos e consultas de acompanhamento” (Participante 23).

6.3.4 Categoria Temática “Barreiras”

As dificuldades relatadas apareceram de forma recorrente e consistente entre os participantes, compondo uma das categorias mais densas da análise.

- Burocracia e autorizações

A barreira mais frequentemente citada refere-se a processos administrativos, especialmente a autorização:

“No privado, minha maior dificuldade é com as autorizações do tratamento. Eu entendo o outro lado né, eu também trabalho na auditoria [...]” (Participante 2)

“Apenas algumas autorizações como a colocação de cateter que foi um pouco desafiadora, pois demorou a ser autorizada pois autorizaram o cateter errado [...]” (Participante 13)

“Porém o que mais me deixou preocupada e ansiosa foram as questões com autorização dos exames. Alguns levam em torno de 10 dias úteis para serem autorizados e por conta disso as laboratórios e clínicas só agendam os exames após essa autorização” (Participante 20)

“O pior foi esperar a Unimed autorizar. Os próprios atendentes pedem pra você ligar todo dia para pedir prioridade” (Participante 26)

“A maior dificuldade ainda se encontra nos processos de autorização que demandam de muita burocracia e tempo, tanto nas autorizações de alguns exames quanto de tratamentos o que torna a jornada do paciente mais morosa. Como o câncer é tempo sensível e o paciente já se encontra mais vulnerável e ansioso, o fator "tempo" no processo de autorização de exames, procedimentos e tratamentos ainda é o maior dificultador da jornada do paciente com câncer como um todo. Essa dificuldade é inerente de todo convênio e suas nuances como intercâmbios, alguns mais outros menos, mas é o maior fator dificultador” (Participante 6)

- Atrasos em exames e consultas

Os relatos indicam impacto negativo no diagnóstico oportuno e no planejamento terapêutico.

“Sim! A barreiras nos resultados dos exames iniciais até ter um diagnóstico fechado” (Participante 5)

“No sistema privado, temos dificuldades no rastreamento e exames diagnósticos, principalmente” (Participante 1)

“Sim: agendamentos, vagas com tempo adequado entre as consultas, acesso a biópsia vinculada ao convênio, exames de imagens mais complexo com necessidade de autorização, vagas nos agendamentos em tempo breve” (Participante 3)

“[...]os processos de agendamentos com os profissionais geralmente são demorados, o resultado dos exames também. Uma sensação de que as coisas não andam” (Participante 18)

- Negativa Técnica

A Unimed Santa Catarina adota um modelo de auditoria prospectiva que incorpora, além da análise regulamentar de cobertura, a avaliação de pertinência técnica à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico dos procedimentos solicitados, conforme Lei nº 14.454/2022 e atualizações no entendimento pelo Supremo Tribunal Federal julgadas em 18 de setembro de 2025. (30)

Apesar dessa análise individualizada, as pacientes identificam como barreira a liberação de procedimentos sem benefícios superiores às terapêuticas já instituídas no ROL de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS):

“A única dificuldade que encontrei foi a Unimed não cobria o tipo de radioterapia proposta pelo médico que segundo ele seria mais moderna, então precisei pagar a diferença do tratamento” (Participante 25).

“A UNIMED se opõe à recomendação médica (uso de ferrinject) baseada unicamente numa tabela de que vai, por exemplo, de 20 a 200. se o paciente estiver com ferro em 23 ele está bem” (Participante 21).

“Ele não autorizou porque disse que não tem comprovação científica. No meu caso, de que uma radioterapia ali fosse melhorar. É desagradável, sabe? Porque você espera, você tá com a Esperança daquele tratamento” (Participante 27)

6.3.5 Categoria Temática “Tempo para Tratamento”

A percepção dos participantes revela heterogeneidade. Parte relata tempos adequados em determinados contextos, enquanto outro grupo evidencia atrasos relevantes.

Também emerge a percepção de desigualdade no acesso, dependendo da complexidade do caso e da existência ou não de suporte organizativo ou de iniciativa individual.

“Em muitos casos, sim pois conseguimos iniciar o tratamento em menos de 60 dias desde o início dos sintomas” (Participante 1)

“Não tenho dados, mas tenho impressão que sim. No geral tem uma política que te encaixe de pacientes de primeira vez, porque as agenda tá cheia né, mas há um rodízio de encaixe de um paciente que tem um diagnóstico ele já vem ele já consegue consultando na mesma semana ou na próxima tanto aqui quanto na clínica que eu tenho outros planos também né então eu tenho a impressão de que é relativamente adequado assim” (Participante 2)

“No Sistema Unimed julgo ser adequado. Ocasional existe demora em exames e tratamentos de alto custo pela maior verificação dos processos e autorizações, mas ocorrem dentro do prazo legal” (Participante 8)

“Sim, eu tive o diagnóstico em 5 dias, com menos de trinta dias já fiz a cirurgia, demorou um pouco a liberação das quimioterapias. No meu caso que era um câncer metastático então o prazo fez toda diferença” (Participante 11)

“O meu tempo foi de 1 mês, eu fui diagnosticada dia 25/02 e fiz minha primeira quimio dia 31/03. Achei um tempo bem ok, considerando todos os exames que precisam ser feitos. Mas sinto que só consegui fazer acontecer em 1 mês porque corri atrás, fiquei "enchendo o saco" de todo mundo rsrsrs” (Participante 18)

“Não. Deve existir maior celeridade no processo de início de tratamento. Demora em exames fundamentais de estadiamento e liberação dos tratamentos” (Participante 7)

“Na minha opinião precisamos melhorar o tempo tendo maior agilidade nos resultados. O apoio ao paciente deve iniciar no rastreamento” (Participante 5)

“Não. É o pior momento da sua vida e precisa esperar o plano autorizar cirurgia. Eles irão autorizar, mas porque demoram tanto. Isso é cruel” (Participante 26)

“Acho que poderia melhorar, principalmente pelo fator tempo dos processos de autorização” (Participante 6)

“Deveria ser mais rápido porque a gente fica numa angústia para tratar o quanto antes” (Participante 15).

Alguns participantes percebem o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento como adequado a despeito de serem muito superiores aos indicados pela literatura científica:

“Sim, acho adequado. No meu caso, em Abril de 2024 descobri que o câncer tinha voltado e em Outubro já estava fazendo a cirurgia para retirada da mama. Achei muito mais rápido e tranquilo desta vez” (Participante 19)

“Sim. Foram 3 meses entre diagnóstico e mastectomia o que proporcionou tranquilidade no que se refere ao controle da doença” (Participante 24).

6.3.6 Categoria Temática “Propostas de Melhoria”

Os participantes sugerem estratégias estruturantes de reorganização da jornada, com destaque para:

- Implementação de Navegação do Paciente

Foi a intervenção mais citada, vista como elemento transformador.

“Manteria navegação em todos os processos de agendamento de exames, consultas, procedimentos em geral e resultados para otimizar o tempo e as vindas do paciente ao serviço” (Participante 3).

“A navegação do cuidado embutida nas auditorias das operadoras e facilitando essa jornada em conjunto com a navegação assistencial facilita muito a jornada do paciente e agiliza os processos conduzindo o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento” (Participante 4)

“Maior assistência multidisciplinar durante os processos num modelo de navegação, principalmente no pós quimioterapia com manejo de sintomas e dúvidas q surgem e acabam sobrecarregando o médico (Participante 9)

“Acompanhamento com as pacientes que saem com o diagnóstico de câncer de mama do consultório dos mastologistas. Implementação de navegação de enfermagem para orientar cada etapa, marcar consultas e acompanhar exames (enfermeiros navegadores nos consultórios)” (Participante 10)

- Agilização e revisão de autorizações

Foram destacados, ainda, pelos participantes da pesquisa simplificação, automatização e priorização clínica das etapas operacionais.

“Acho que tentar agilizar essa autorização das medicações dos tratamentos, é uma coisa que às vezes eu tenho feito como auditor liberar um primeiro ciclo até que venha um exame necessário. Se tiver um mínimo né, das informações pra que a gente consiga fazer o processo andar, já com a informação que pro próximo ciclo precisará disso, disso e disso, acho que isso de certa forma agilizaria o processo” (Participante 2)

“Outra alternativa é investir em automatizações dos processos que envolvem os tratamentos de câncer facilitando e agilizando a jornada” (Participante 4)

“Trabalharia alguma ferramenta inovadora para otimizar o tempo no processo burocrático, trabalhando o fluxo e os "desperdícios" de tempo e atividades que podem ser tirados deles” (Participante 6)

“[...]facilidade em agendar exames (tive experiência negativa com meu agendamento de pet-scan... no meu app da Unimed constava como aprovado, mas a clínica via como reprovado e não aceitavam meu agendamento, mal me respondiam)” (Participante 18)

“Maior velocidade entre a solicitação da biópsia e o resultado da imunohistoquímica” (Participante 16)

“Maior disponibilidade de exames de imagem, celeridade em exames patológicos, maior celeridade na liberação de tratamento por parte dos auditores” (Participante 7)

- Melhoria do rastreamento e diagnóstico precoce

Com fortalecimento de fluxos, protocolos e vigilância assistencial.

“1) melhoria no rastreamento -> promoção de campanhas, conscientização com palestras, podcasts, vídeos, etc. 2) melhoria nos exames de rastreamento -> especialmente o ultrassom, que é examinador dependente, deve ser realizado por profissional adequado. 3) aumento da oferta de exames diagnósticos -> a partir de uma suspeita clínica, os exames diagnósticos devem ser realizados imediatamente (idealmente). Inclui-se aqui: exames de imagem (MMG, US, RM), biópsias, anatomopatológico, imunohistoquímica)” (Participante 1)

“Ter condição de iniciar o apoio a todos os paciente no rastreamento, sendo seu guia em todas as demandas necessárias, além de agilizar os resultados dos exames realizados” (Participante 5)

“Centros de diagnóstico rápido, com mamografia + USG + biópsia realizados no mesmo local, evitando deslocamentos e atrasos. - Adoção de protocolos padronizados de encaminhamento e classificação de risco (ex.: BI-RADS), com fluxo direto para mastologia em casos suspeitos” (Participante 10)

- Ampliação do suporte emocional e informacional

Reconhecer a dimensão humana do processo de adoecimento ofertando apoio desde a suspeita diagnóstica:

“Não posso me queixar, talvez incluiria atendimento psicológico durante esse processo, quando estamos nessa fase precisamos conversar, nos acalmar, aconselhar e as vezes as pessoas ao nosso redor não tem tempo e preparação para isso” (Participante 14)

“Acredito que mesmo antes do paciente receber o diagnóstico definitivo, ao se suspeitar de câncer este paciente deveria automaticamente ser atendido de forma diferenciada, trazendo agilidade nas autorizações, agendamentos de exames e suporte emocional gratuito desde o início” (Participante 20)

“Mais informações do que acontece nas etapas de tratamento, pois temos muitas dúvidas e isso gera ansiedade” (Participante 25)

7 DISCUSSÃO

7.1 Indicador Oportunidade de Tratamento no Cenário Global

O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento no Câncer de Mama é um conhecido preditor de qualidade da jornada assistencial e operacional. Os resultados deste trabalho aplicado, que incorporou como premissa o tempo para início do tratamento da Diretriz Australiana de Câncer de Mama que indica 30 dias como intervalo adequado, substanciada por estudos de mortalidade, evidenciam que o Indicador Oportunidade de Tratamento na Unimed Santa Catarina é superior ao desejável e apresenta elevada variabilidade. (4)(5) Os resultados apresentados anteriormente reforçam que os atrasos são consequência de barreiras estruturais, organizacionais e operacionais presentes ao longo da jornada assistencial.

Tanto a porcentagem de mulheres que ultrapassam 30 dias para início do tratamento (73%) quanto a mediana de 40 dias, observados neste estudo, é compatível com achados nacionais e internacionais que demonstram que parcela significativa de mulheres com câncer de mama ultrapassa os intervalos temporais considerados adequados para início do cuidado. Beaubrun-Renard et al. evidenciaram mediana de 40 dias para início do tratamento na Martinica com associação entre o maior tempo à pior sobrevida. (31) Martinez et al. identificaram que aproximadamente um terço das pacientes excedeu o parâmetro de seis semanas recomendado pela Sociedade Européia de Especialistas em Câncer de Mama (EUSOMA), especialmente quando o cuidado envolveu múltiplas instituições. (32) No Brasil, entre 2019 e 2020 no SUS, mais da metade das mulheres enfrentaram tempos superiores a sessenta dias para início do tratamento (54,5% em 2019 e 48,7% em 2020), sendo pior para as mulheres mais velhas ou que precisavam se deslocar mais de 200 Km para o tratamento. (33)

Ungvari et al. em metanálise sobre o impacto do tempo até tratamento na sobrevida do câncer de mama, são categóricos em afirmar que mesmo demoras modestas impactam negativamente a sobrevida salientando que o “tempo até o tratamento é um fator modificável que afeta diretamente os desfechos das pacientes com câncer de mama.” Atrasos a partir de 4 semanas aumentam a mortalidade por todas as causas e, especificamente por câncer de mama, em 20%; 43% e 71% a partir de 4; 8 ou 12 semanas até a terapêutica, sucessivamente. (34)

Dessa forma, o tempo até o início do tratamento deve ser compreendido como um indicador de qualidade assistencial, central para a proposta de cuidado oncológico centrado na pessoa e para a construção de jornadas de valor, uma vez que atrasos ampliam desigualdades e podem comprometer desfechos clínicos.

Quando aprofundamos o tema a partir da pesquisa qualitativa, a categoria temática “Tempo para Tratamento” revelou um dado importante: há grande heterogeneidade na percepção dos participantes sobre a adequação dos prazos entre diagnóstico e início do tratamento. Parte dos profissionais e pacientes relata experiências compatíveis (ou até melhores) que os parâmetros legais e diretrizes (por exemplo, início do tratamento em menos de 60 dias), enquanto outra parcela aponta atrasos significativos, especialmente em exames de estadiamento, liberação de terapias de alto custo e organização cirúrgica.

Na saúde suplementar, estudos recentes que comparam trajetórias nos Sistemas Nacionais e em planos de saúde sugerem que, embora o setor privado tenda a oferecer menor tempo de espera em média, persistem desigualdades internas e atrasos específicos para procedimentos de maior custo ou tecnologia, frequentemente relacionados a processos de autorização e negociação entre operadoras e prestadores. (35,36) Esse padrão é claramente reconhecido pelos participantes do presente estudo, que consideram o tempo “adequado” em geral, mas apontam demora pontual em cirurgias complexas, exames de alta complexidade e início de quimioterapia.

Um achado particularmente relevante é o fato de que algumas pacientes avaliam como “adequados” intervalos de até três meses entre diagnóstico e mastectomia, demonstrando uma espécie de “normalização do atraso”. Essa percepção contrasta com estudos previamente indicados nessa discussão, especialmente com a recente metanálise de Ungvari et al. que identificaram maior mortalidade geral e específica a partir de 4 semanas para início do tratamento. (34)

Portanto, o estudo qualitativo aqui apresentado explicita um descompasso entre a percepção subjetiva de prazo adequado e a evidência científica sobre o impacto do tempo no prognóstico – especialmente relevante em um trabalho que se propõe a discutir barreiras e construir uma jornada de valor. Esse descompasso reforça a necessidade de estratégias educativas e organizacionais que alinhem a experiência do paciente, a prática clínica e as metas de tempo preconizadas por políticas públicas e diretrizes clínicas.

7.2 Da população, da jornada e do sistema de saúde

Um dos principais achados deste trabalho aplicado é a identificação da fragmentação e complexidade da jornada do cuidado, com mediana de 8 autorizações e envolvimento de 13 prestadores, sendo ainda mais expressiva tal fragmentação na Região Sul do país com participação máxima de 18 prestadores. Apesar de impacto não significativo na geração de atrasos na análise univariada neste estudo, a multiplicidade de prestadores, centros diagnósticos, fluxos administrativos e etapas de autorização cria trajetórias complexas, pouco padronizadas e de difícil navegação para as pacientes.

Essa afirmação encontra respaldo consistente na literatura. Martinez et al. demonstraram que 48% das diagnosticadas com câncer de mama realizaram biópsia e tratamento inicial em centros distintos, e que tal condição aumentou a probabilidade de iniciar o tratamento além do tempo recomendado. (32) A revisão sistemática de Gbenonsi et al. sobre fatores dos sistemas de saúde que influenciam nos intervalos de diagnóstico e tratamento na África Subsaariana, evidenciou que longo tempo de espera pelos resultados de exames, especialmente de biópsia, bem como a visita a outros serviços de saúde que antecedem a consulta com mastologista ou oncologista, foram reconhecidos como razões para intervalos de diagnóstico mais alongados. (37)

No contexto da Unimed Santa Catarina, a ausência de uma rede oncológica própria e integrada reforça essa fragmentação, exigindo coordenação entre diferentes atores, com fluxos e tempos heterogêneos. Notadamente na região sul, onde a fragmentação evidenciada na pesquisa quantitativa foi ainda maior, podemos identificar concentração destas beneficiárias na região oeste de Santa Catarina, com as quatro cooperativas médicas da região (Unimed Chapecó, Extremo Oeste, Xanxerê e Concórdia) correspondendo a 29,2% das executoras dos serviços de saúde da jornada inicial do câncer de mama. Essa região tem uma peculiaridade, os serviços oncológicos estão concentrados na Unimed Chapecó, única entre as cooperativas que possui radioterapia, serviço oncológico com atendimento médico diário e retaguarda hospitalar de alta complexidade. Há escassez de mastologistas, estando estes profissionais presentes apenas em Chapecó (3 profissionais), em Concórdia (1 profissional) e Extremo Oeste (1 profissional), sendo que a região de abrangência destas cooperativas médicas – conhecida como Mesorregião Oeste Catarinense - alberga inúmeros municípios menores com representatividade de 17% do maior conjunto numérico da operadora (0976) e 68% e 92%,

sucessivamente, dos conjuntos numérico 627 e 613 (**Anexo D**). Não obstante, é comum que as beneficiárias com câncer de mama, moradoras da Mesorregião Oeste Catarinense, precisem realizar deslocamentos entre as cidades para realização de exames e tratamento, com distância mediana de 86 km até Chapecó, e que acessem outras especialidades antes do mastologista. (**Apêndice E**). Embora a população estudada pertença à saúde suplementar, os resultados indicam que barreiras relacionadas à localização geográfica e à disponibilidade regional de serviços especializados ainda influenciam a jornada do cuidado. A revisão sistemática de Conti et al. demonstrou que o acesso geográfico e o contexto socioeconômico impactam desfechos do câncer de mama, mesmo em sistemas com cobertura formal de saúde. Subedi et al. destacam como os principais componentes para alongamento do tempo até o tratamento – o local de residência e a distância dos serviços de saúde (11)

A concentração de serviços oncológicos especializados e de alta complexidade em número diminuto de municípios brasileiros foi identificada por Neves e Mendes (2025). (38)

Os achados qualitativos, na categoria temática “Percepção da Jornada” evidenciaram a vivência da trajetória do câncer de mama como complexa, longa, fragmentada e emocionalmente extenuante, atravessando etapas clínicas, administrativas, trabalhistas e familiares. Expressões como “jornada árdua”, “muitos obstáculos”, “medos, angústia, incerteza” e “correria” aparecem de modo recorrente nas falas, destacando a sobreposição entre o impacto do diagnóstico e o esforço para navegar pelo sistema.

Esses achados convergem com a literatura internacional de mapeamento de jornada do paciente em câncer de mama. Ciria-Suarez et al. (2021), ao utilizar um mapa da jornada do paciente para descrever as fases vividas por mulheres com câncer de mama, identificaram que cada etapa – da suspeita ao seguimento – é marcada por intensa carga emocional (medo, ansiedade, incerteza), necessidade de lidar com múltiplos serviços e profissionais e sensação de fragmentação do cuidado. (39,40) Estudos mais recentes, como o de Duan et al. e Duenas et al., também descrevem a jornada como uma sequência de “pontos de contato” que exigem da paciente constante adaptação a fluxos, informações técnicas complexas e decisões rápidas, muitas vezes sem apoio estruturado, o que gera sobrecarga emocional e cognitiva.(41,42)

Na saúde suplementar brasileira, Castro et al. (2025) relatam achados qualitativos muito semelhantes aos do presente estudo. Os pacientes descrevem uma experiência marcada por burocracia, falta de coordenação entre serviços, comunicação falha e sensação de abandono emocional, mesmo estando formalmente cobertos por um plano de saúde.(43) O relatório e

artigos derivados desta pesquisa destacam especificamente que o percurso no sistema privado envolve múltiplos prestadores, regras de autorização pouco transparentes e grande responsabilidade sobre o próprio paciente para articular etapas, o que ecoa as narrativas das participantes do presente estudo sobre “correria”, “ligar todos os dias” e gerir autorizações em paralelo ao enfrentamento da doença.

Do ponto de vista subjetivo, o “medo” e a “incerteza” descritos entre o diagnóstico e o início do tratamento também são amplamente descritos em estudos qualitativos e de métodos mistos. Maheu et al. (2017) mostraram que mulheres encaminhadas para centros de diagnóstico rápido de mama apresentam níveis elevados de ansiedade e incerteza até a definição diagnóstica, com alívio parcial após obtenção de resultados, mas manutenção de preocupações quanto ao prognóstico e tratamento.(44) Resultados semelhantes são observados em estudos que acompanham pacientes desde o diagnóstico até o pós-operatório, nos quais o tempo de espera e a multiplicidade de exames amplificam o sofrimento psicológico. (45)

Esses achados reforçam que a fragmentação, a distribuição desigual e o acesso geográfico limitado de serviços oncológicos não são apenas um problema organizacional, mas uma barreira concreta à entrega de cuidado oportuno, seguro e centrado na pessoa, justificando a necessidade de redesenho da jornada assistencial com intuito de reduzir iniquidades rumo à construção de jornadas de valor mais equitativas.

7.2.1 Barreiras: Burocracia, Atrasos e Negativa Técnica

Uma das dimensões que emergiu na pesquisa qualitativa e não avaliada em profundidade na etapa quantitativa, mas que está atrelada às especificidades do Sistema de Saúde Suplementar, são as barreiras do processo de autorização.

Tal categoria temática emergiu como uma das mais densas, com destaque para burocracia e autorizações, atrasos em exames e consultas e conflitos em torno da negativa técnica de determinados procedimentos. Esses achados dialogam diretamente com a literatura que descreve a saúde suplementar como um ambiente em que a lógica regulatória e administrativa pode se tornar, para o paciente, tão ou mais impactante do que as barreiras estritamente clínicas.

No presente estudo, as pacientes relatam dificuldades persistentes com processos de autorização (para cateter, exames complexos, terapias endovenosas), tempos prolongados de análise e necessidade de múltiplos contatos (“ligar todo dia para pedir prioridade”). Situações semelhantes são descritas no estudo qualitativo sobre a jornada do paciente oncológico na saúde suplementar, que evidencia demora em autorizações, comunicação pouco transparente entre operadoras e prestadores e percepção de que o paciente precisa advogar em causa própria. (43)

Em paralelo, o debate sobre negativa técnica, dado o modelo de auditoria prospectiva da Unimed Santa Catarina – aparece na literatura como um campo de tensão entre o uso racional de recursos (baseado em evidências e na Lei nº 14.454/2022) e a percepção da paciente de que “o plano está indo contra a recomendação médica”, como sugerem falas sobre radioterapia “mais moderna” ou “uso de ferrinject”. (38)

O presente trabalho aplicado acrescenta a esse corpo de evidências a especificidade do contexto da saúde suplementar catarinense, mostrando que a burocracia não se restringe ao SUS nem a cenários de maior vulnerabilidade social: mesmo pacientes com alto capital educacional, acesso digital e vínculos laborais estáveis se percebem enredados por autorizações, agendas cheias e desencontros entre sistemas (aplicativo da operadora x visão da clínica).

7.3 Das características tumorais

A distribuição fenotípica dos tumores observada na amostra deste estudo é semelhante à descrita na literatura internacional, caracterizando-se pela predominância de tumores com receptores hormonais positivos, seguidos pelos tumores com superexpressão do Fator de Crescimento Epidérmico Humano 2 (HER2) e, por fim, pelos tumores triplo negativos. (46,47) Em relação à organização por estadiamento, verificou-se maior frequência de casos diagnosticados em estágios iniciais (89,2%), o que contrasta com o cenário descrito em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, e se aproxima do perfil observado em países desenvolvidos. (48,49) Os estudos que avaliam, em cenário nacional, os estágios tumorais ao diagnóstico, demonstram que o setor privado concentra os diagnósticos em estágios iniciais enquanto o SUS em doença localmente avançada e metastática. (50–52)

Na presente investigação, o estadiamento não demonstrou impacto significativo sobre o tempo para início do tratamento, resultado que diverge de diversas publicações que identificam essa característica tumoral como fator relevante, ainda que com achados distintos entre as categorias. Em grande parte dessas pesquisas, mulheres diagnosticadas em estágios iniciais apresentam maior probabilidade de atraso terapêutico.(11,53,54) Ademais, um estudo conduzido em cenário nacional associou o estadiamento inicial à maior chance de início oportuno do tratamento.(55)

Apesar da falta de relação identificada entre tempo para início do tratamento e o tipo molecular no presente estudo, o fenótipo é destacado como um fator preditor da jornada. Em coortes de sistemas públicos, o subtipo luminal em estágios iniciais tende a apresentar maiores tempos medianos até o início do tratamento, ao passo que Triplo Negativo e HER2+ são frequentemente priorizados, com tempos menores até cirurgia ou quimioterapia. (47,56) Quanto ao custo global no primeiro ano após o diagnóstico, a pesquisa corrente demonstrou diferença estatística entre os subtipos moleculares do câncer de mama, sobretudo quando se comparam tumores com receptores hormonais positivos puros aos tumores HER2, independentemente do tempo para início do tratamento. Esses achados estão alinhados ao ensaio que utilizou o Modelo de Custeio por Atividade para estimar os custos do tratamento conforme o subtipo molecular e o estágio da doença, evidenciando que a expressão do HER2, em especial em função da necessidade de terapias-alvo, está associada a custos substancialmente mais elevados, ainda que o pertuzumabe não tenha sido incluído na análise do artigo em questão.(57)

A diferença do custo global entre Luminal A e Triplo Negativo, na vigente investigação, foi relevante no grupo com mais de 30 dias para início do tratamento, podendo configurar que a variável tempo possa influenciar no custo entre esses dois subtipos. A literatura contemporânea destaca que o câncer de mama triplo-negativo e, em alguns contextos, os tumores HER2-positivos representam fenótipos com maior agressividade biológica, maior velocidade de progressão e maior dependência de janelas terapêuticas curtas. Estudos demonstram que o atraso na quimioterapia adjuvante é particularmente prejudicial no Triplo Negativo, com aumento do risco de recorrência e mortalidade quando há postergação relevante do tratamento, em comparação a tumores luminais, cuja história natural tende a ser biologicamente mais lenta.(58–60) Dessa forma, a associação entre atraso e piores

desfechos clínicos parece mais evidente e clinicamente relevante em fenótipos agressivos, reforçando a noção de que o tempo tem peso desigual conforme o subtipo tumoral.

Esse diferencial de impacto clínico por subtipo conecta-se diretamente à dimensão econômica. Modelos de custeio e estudos baseados em dados do mundo real mostram que tanto o estágio da doença quanto o subtipo molecular são determinantes críticos dos custos do tratamento do câncer de mama. Doenças em estágios mais avançados estão consistentemente associadas a maior custo assistencial, devido à necessidade de terapias sistêmicas prolongadas, internações mais frequentes, maior risco de eventos adversos e maior probabilidade de tratamentos subsequentes.(57,61)

Portanto, quando o atraso contribui para pior prognóstico clínico — especialmente em tumores biologicamente agressivos — ele também se converte em um problema econômico relevante. A soma entre maior risco de progressão, possibilidade de perda de oportunidade terapêutica ideal, maior complexidade assistencial e intensificação do uso de recursos configura um cenário em que tempos acima do recomendado tendem a encarecer o cuidado.

7.4 Dos exames de estadiamento e primeiro tratamento

As diretrizes nacionais e internacionais de câncer de mama recomendam os exames de estadiamento sistêmico para doença localmente avançada (estadio IIB) e avançada ou sintomática independente de estadiamento. Tais aconselhamentos são pautados na redução de custos, de atrasos desnecessários na jornada e de potencial dano ao paciente. (62–64)

A propedêutica pré-tratamento - incluindo os exames de estadiamento loco – regional e sistêmico – se associa a maior tempo até a terapêutica. Inúmeros estudos, especialmente no cenário do tratamento cirúrgico, demonstram que quanto mais exames de estadiamento forem solicitados, maior a probabilidade de prolongamento do intervalo diagnóstico - tratamento, sobretudo em serviços fragmentados. O caso mais emblemático foi o da incorporação do Ressonância Magnética (RM) de mama no estadiamento loco-regional e demonstrado por Zhang et al., onde a RM aumentou o tempo para tratamento em 12 dias, mesmo após pareamento por fatores e confusão, especialmente pelo mecanismo de incremento de exames e biópsias adicionais. (65–67) Quanto aos exames de estadiamento sistêmico, nesta pesquisa, houve alta concentração de casos com exames excedentes (45%) estando a maioria deles (69,7%) no grupo acima de 30 dias.

Embora poucas investigações tenham medido diretamente o impacto do estadiamento discordante das diretrizes no tempo para início do tratamento, há consenso de que exames sistêmicos desnecessários geram cascatas diagnósticas, consumo de agenda e potencial atraso, sendo fator importante a ser considerado na construção de jornadas assistenciais e operacionais mais exíguas.

O primeiro tratamento pode exercer impacto no IOT, como demonstrado nesta pesquisa, que evidenciou tempo maior para mastectomia simples quando comparado a quadrantectomia, sem impacto da reconstrução imediata ou não. A literatura vigente demonstra achados congruentes, com as cirurgias conservadoras associadas ou não a linfadenectomia axilar apresentando tendência a serem realizadas mais rapidamente que mastectomias, sobretudo aquelas com reconstrução imediata ou mais complexas.(68,69) Cirurgias mais complexas são associadas a maiores tempos pois demandam maior planejamento, disponibilidade de sala cirúrgica e presença de outros profissionais como cirurgião plástico.

7.5 Propostas de Melhoria: Navegação, Integração de Fluxos e Suporte Emocional

As propostas de melhoria sugeridas pelos participantes de pesquisa qualitativa convergem fortemente com soluções apontadas na literatura nacional e internacional, o que reforça a validade externa dos achados e indica caminhos factíveis para reorganização da jornada na saúde suplementar.

7.5.1 Navegação do Paciente

A implementação da navegação do paciente surge como a intervenção mais citada pelos participantes – seja sob a forma de enfermeiros navegadores na mastologia, seja como coordenação integrada entre auditoria e navegação assistencial. Esse achado está em plena consonância com a literatura que aponta a navegação como uma das estratégias mais promissoras para reduzir atrasos, melhorar a coordenação do cuidado e aumentar a adesão ao tratamento em câncer de mama.

Estudos brasileiros e latino-americanos descrevem a viabilidade e o impacto da navegação em contextos de recursos limitados, com melhora no tempo até o diagnóstico e início do tratamento, aumento da taxa de conclusão terapêutica e melhor experiência do paciente.

(70–72) Neves et al. destacam, ainda, que o Programa Nacional de Navegação de Pacientes instituído no Brasil busca justamente enfrentar barreiras de acesso e organizar fluxos, mostrando que a proposta dos participantes está alinhada com direções já sinalizadas em políticas públicas recentes.(38)

Nesse sentido, o estudo acrescenta um elemento importante: ao propor que a navegação esteja inserida na auditoria, os participantes apontam para um modelo inovador na saúde suplementar, em que o processo de análise de pertinência técnico-assistencial não é apenas um filtro administrativo, mas um ponto de coordenação da jornada, diminuindo a percepção de conflito entre “plano que nega” e “profissional que pede”.

7.5.2 Agilização de Autorizações e Fluxos Diagnósticos

A demanda por automatização, simplificação e priorização clínica nas autorizações é coerente com a literatura que argumenta a favor de modelos de “vias rápidas” (*fast-track pathways*) e clínicas de atendimento único para câncer de mama, nos quais consulta, exames de imagem, biópsia e discussão terapêutica ocorrem em um único centro ou em prazos muito reduzidos. Experiências internacionais mostram que clínicas de diagnóstico rápido e vias temporizadas reduzem o tempo para diagnóstico e planejamento de tratamento, melhoram satisfação e diminuem ansiedade, sobretudo quando exames e resultados são concentrados em poucos deslocamentos.(44,73)

Ao sugerir centros de diagnóstico rápido com mamografia, ultrassom e biópsia no mesmo local, além de maior disponibilidade de exames de imagem e agendamento facilitado via ferramentas digitais, os participantes do estudo reproduzem, de forma contextualizada, recomendações de diretrizes internacionais para otimização da trajetória diagnóstica em câncer de mama.

7.5.3 Rastreamento, Diagnóstico Precoce e Suporte Emocional

As falas que defendem fortalecimento do rastreamento, aumento da oferta de exames diagnósticos imediatos após suspeita clínica, adoção de fluxos padronizados baseados nos achados de BI-RADS e centros de diagnóstico rápido dialogam com revisões nacionais que

relacionam organização do rastreamento e acesso ágil ao diagnóstico com estádios mais precoces e melhores desfechos em câncer de mama no Brasil. (74,75)

Por fim, a forte ênfase dos participantes na necessidade de suporte emocional e informacional – desde a suspeita até o início do tratamento – converge com estudos qualitativos que descrevem o impacto positivo de abordagens multidisciplinares, apoio psicológico e comunicação estruturada na redução de ansiedade, melhora da compreensão do plano terapêutico e sensação de segurança durante a jornada. (39,76) O fato de as próprias pacientes do estudo pedirem auxílio psicológico, mais informações claras sobre as etapas e canais permanentes de comunicação (por exemplo, WhatsApp da operadora) reforça que qualquer proposta de jornada de valor precisa integrar, de forma explícita, a dimensão emocional do cuidado.

7.6 Ciência da implementação e uso de dados para transformação do cuidado

Este trabalho aplicado incorpora princípios da ciência da implementação ao utilizar dados operacionais e clínicos para identificar barreiras reais e orientar a construção de soluções práticas. Stirling et al. destacaram que registros e bases de dados oncológicos ainda são pouco explorados como ferramentas de melhoria da qualidade do cuidado, apesar de seu grande potencial.(77)

Ao integrar análise quantitativa com a escuta de stakeholders, este estudo avança no sentido de um sistema de saúde aprendente, no qual os dados sustentam o redesenho de processos e a construção de soluções aplicáveis ao contexto organizacional da operadora.

7.7 Implicações práticas e construção da jornada de valor

Sob a perspectiva do cuidado baseado em valor, os atrasos identificados representam simultaneamente risco clínico e desperdício operacional. Jornadas prolongadas aumentam custos, duplicam exames, geram sofrimento desnecessário e não agregam valor ao cuidado. A proposta de jornada de valor desenvolvida neste trabalho — estruturada em duas trilhas principais (cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante) — responde diretamente a esses desafios, ao buscar:

- reduzir variabilidade indesejada,
- integrar etapas críticas da jornada,
- facilitar a navegação da paciente,
- promover cuidado mais oportuno e equitativo.

7.8 Jornada Real x Jornada Ideal: construindo uma proposta de “via rápida”

Durante o desenvolvimento da pesquisa, a construção da jornada atual foi se configurando como essencial para identificação aprofundada do problema a ser enfrentado. Nesta etapa, colaboradores com conhecimento aprofundado da jornada administrativa auxiliaram na construção do fluxo atual – a enfermeira oncológica navegadora da autorização e o atual coordenador de Processos e Inteligência em Saúde, da operadora Unimed Santa Catarina. Os diagramas das jornadas atuais estão disponíveis nos **Apêndices F e G**.

Com base na integração dos achados quantitativos e qualitativos deste estudo, bem como fundamentado nos princípios de *Design Thinking* e Design de Serviços em Saúde, propõe-se a implementação de um fluxo operacional estruturado de via rápida (*Fast Track*) entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento do câncer de mama na operadora Unimed Santa Catarina. O modelo busca reduzir variabilidade assistencial, minimizar barreiras burocráticas, assegurar fluidez operacional e otimizar o tempo do Indicador Oportunidade de Tratamento (IOT), reconhecido neste estudo como um ponto crítico do sistema.

A construção do fluxo sugerido teve como embasamento as seguintes contribuições desta pesquisa, especialmente proporcionada pelo aprofundamento do problema através de métodos mistos de análise, associado pela investigação à luz da ciência atual:

- Caracterização da jornada observada na coorte histórica, evidenciando mediana elevada e ampla dispersão de tempo para início do tratamento;
- Identificação de múltiplos prestadores e elevado número de autorizações como marcadores de fragmentação;
- Influência do tipo de procedimento cirúrgico e da complexidade terapêutica em atrasos pontuais e
- Percepção dos *stakeholders*, que destacam barreiras administrativas e comunicação ineficiente como entraves centrais.

7.8.1 Marco inicial e padronização diagnóstica

O fluxo tem início com a confirmação anatomopatológica do câncer de mama a partir da biópsia. Entretanto, reconhecendo-se uma barreira operacional vigente na operadora — autorização não automática de imunohistoquímica — esta etapa é incorporada como componente crítico do processo. Define-se, portanto, a criação de um mecanismo de autorização prioritária e automatizada para exames de imunohistoquímica (receptores hormonais, HER2 e Ki67), com tempo máximo estabelecido (SLA), garantindo definição tempestiva do subtipo molecular e, conseqüentemente, permitindo tomada de decisão terapêutica sem atrasos adicionais. A possibilidade de incorporação de tecnologia nesta etapa, com leitura dos laudos de imunohistoquímica e codificação através de modelos de *Large Language Models* (LLM).

7.8.2 Ativação da linha de cuidado

Concluído o diagnóstico completo, a paciente é automaticamente incluída no Programa “...de Repente o Câncer”, com atribuição de profissional navegadora responsável pela coordenação do cuidado e registro imediato no painel eletrônico do IOT. Esta estratégia responde à necessidade de centralização de informação e responsabilização assistencial, reduzindo fragmentação do percurso.

7.8.3 Avaliação clínica prioritária e decisão terapêutica

Define-se janela entre D+3 e D+7 para realização de consultas com mastologista e oncologista, configurando um ponto de validação clínica estruturada. Neste momento, estabelece-se o primeiro grande nó decisório do fluxo: a dicotomização operacional conforme estadiamento e subtipo molecular.

Pacientes com tumores predominantemente Luminal A e Luminal B, em estágios iniciais e operáveis, seguem preferencialmente para fluxo cirúrgico primário. Pacientes com tumores HER2 positivos, triplo negativo ou localmente avançados são encaminhadas para fluxo de quimioterapia neoadjuvante.

7.8.4 Fluxo cirúrgico prioritário

No percurso cirúrgico, são estabelecidas três diretrizes fundamentais:

- alinhamento dos exames de estadiamento às diretrizes clínicas vigentes, evitando tanto exames desnecessários quanto insuficientes;
- criação de guia administrativa única de autorização (“guia *Fast Track*”), reduzindo o número de interações burocráticas;
- pactuação com rede cirúrgica habilitada, assegurando capacidade operacional e prioridade de agenda.

Reconhecendo achados do estudo, que apontaram maior tempo de IOT em determinados tipos de mastectomia, este fluxo inclui vigilância especial para esses casos. Define-se como meta assistencial e operacional início do tratamento cirúrgico em até 30 dias, preferencialmente inferior a 25 dias.

7.8.5 Fluxo de quimioterapia neoadjuvante

No percurso sistêmico, privilegia-se abordagem direcionada e resolutiva, com estadiamento objetivo, canal de autorização prioritária para terapias de alto custo, avaliação clínica necessária (como cardiológica em HER2 positivo) e garantia de acesso a centros habilitados de oncologia. Estabelece-se como meta operacional início da quimioterapia em até 30 dias, preferencialmente inferior a 21 dias para tumores HER2 positivos e triplo negativos, dada a agressividade clínica desses subtipos.

7.8.6 Governança e monitoramento contínuo

O modelo prevê governança permanente através de painel digital com monitoramento do IOT, análise por tipo de tratamento, subtipo molecular, executora responsável e conformidade com diretrizes. Mantém-se a lógica de melhoria contínua, com pactuação com prestadores, ranking de desempenho e retroalimentação estratégica.

A sugestão de jornada a ser construída, a partir dos conhecimentos adquiridos com este Trabalho Aplicado, está disponível no **Apêndice H**.

7.9 Forças, limitações e contribuição do trabalho aplicado

Entre as principais forças deste trabalho destacam-se a utilização de dados reais, a abordagem de métodos mistos e o alinhamento com os princípios do mestrado profissional, voltados à resolução de problemas concretos da prática. A integração entre evidências científicas, análise de dados e proposta de intervenção confere robustez e aplicabilidade aos resultados.

Como limitações, destacam-se a análise restrita a uma operadora. Ainda assim, a convergência entre achados quantitativos, percepções dos diversos stakeholders envolvidos na jornada e literatura científica fortalece a validade das conclusões.

8. CONCLUSÃO

O presente trabalho evidenciou que, embora a maior parte das pacientes com câncer de mama estudadas seja diagnosticada em estágios iniciais na operadora Unimed Santa Catarina, a jornada entre o diagnóstico e o início do tratamento permanece marcada por variabilidade, fragmentação assistencial e tempos frequentemente superiores ao considerado oportuno. A análise quantitativa demonstrou que o tempo para início do tratamento não se associa apenas a fatores clínicos, mas é influenciado por elementos relacionados ao fluxo operacional, número de prestadores envolvidos e complexidade organizacional do sistema, com destaque para procedimentos cirúrgicos mais extensos, que apresentaram maior propensão a atrasos. Por outro lado, a pesquisa qualitativa confirmou a percepção de barreiras múltiplas e estruturais ao longo da jornada, reforçando a necessidade de intervenções centradas no paciente e baseadas em desenho de serviços.

Nesse contexto, a proposta de padronização de duas jornadas prioritárias — cirúrgica e quimioterapia neoadjuvante — apresenta-se como estratégia factível e de alto potencial para redução de variabilidade, mitigação de barreiras operacionais, racionalização de recursos e melhoria do indicador de oportunidade de tratamento. Além disso, o uso do *Design Thinking* e do Design de Serviços permitiu integrar evidências epidemiológicas, experiência dos stakeholders e compreensão sistêmica do problema, fortalecendo a construção de uma solução aplicável ao contexto da Saúde Suplementar e, especificamente, ao Sistema Unimed. Assim, o estudo contribui para o avanço do conhecimento sobre a jornada assistencial no câncer de mama e oferece subsídios práticos para reorganização de fluxos, qualificação do cuidado e promoção de maior equidade e valor em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Zavala VA, Serrano-Gomez SJ, Dutil J, Fejerman L. Genetic epidemiology of breast cancer in Latin America. *Genes (Basel)*. 2019;10(2).
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. 2022. 2022. 162 p.
3. INCA. Relatório De Dados Estimativa 2023. 2023;
4. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087.
5. Kou K, Aitken JF, Pyke C, Chambers S, Dunn J, Baade PD. Treatment intervals and survival for women diagnosed with early breast cancer in Queensland: the Breast Cancer Outcomes Study, a population-based cohort study. *Medical Journal of Australia*. 2023;219(9):409–16.
6. richards1999.
7. Smith EC, Ziogas A, Anton-Culver H. Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg*. 2013 Jun;148(6):516–23.
8. McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012 Dec 20;30(36):4493–500.
9. Cone EB, Marchese M, Paciotti M, Nguyen DD, Nabi J, Cole AP, et al. Assessment of Time-to-Treatment Initiation and Survival in a Cohort of Patients With Common Cancers. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec 14;3(12):E2030072.
10. Morrill KE, Robles-Morales R, Lopez-Pentecost M, Martínez Portilla RJ, Saleh AA, Skiba MB, et al. Factors associated with cancer treatment delay: a protocol for a systematic review and meta-analysis. Vol. 12, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2022.
11. Subedi R, Houssami N, Nickson C, Nepal A, Campbell D, David M, et al. Factors influencing the time to diagnosis and treatment of breast cancer among women in low- and middle-income countries: A systematic review. Vol. 75, *Breast*. Churchill Livingstone; 2024.
12. Sofia L, Andrade S, Thamires T, Santos M, Case De Oliveira ME, Lima Gomes KA, et al. Shorter delay to treatment by integrated diagnostic services and NGO-provided support among breast cancer patients in two Brazilian referral centres [Internet]. Vol. 10, *Journal of Public Health Research*. 2021. Available from: <http://mulheresdepeito.com>
13. Noronha JC de, Pereira TR. Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro; 2013.
14. Acesso a informação - Perfil do setor - Dados gerais [Internet]. 2025 [cited 2025 May 24]. Agência Nacional de Saúde Suplementar . Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>
15. Duarte CMR. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2001 Jul;4(17):999–1008.
16. Aguiar BS de, Pellini ACG, Rebolledo EAS, Ribeiro AG, Diniz CSG, Bermudi PMM, et al. Variabilidade espacial intraurbana da mortalidade por câncer de mama e do colo do

- útero no município de São Paulo: análise dos fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2023;26.
17. Ferreira De Castro V, Grandi C. *rbss.org.br* Artigo original JORNADA DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: DESIGN DE SERVIÇO APLICADO NA PRÁTICA Oncology patient journey in Brazilian supplementary healthcare: service design in practice AUTORES Verônica dos Santos Ribeiro 1 1. Design para Estratégia-DparaE CONTATO [Internet]. Available from: <https://jornadadopacienteonco.com.br/>.
 18. Clarke D, Jones F, Harris R, Robert G. What outcomes are associated with developing and implementing co-produced interventions in acute healthcare settings? A rapid evidence synthesis. *BMJ Open*. 2017 Jul 1;7(7).
 19. Bird M, McGillion M, Chambers EM, Dix J, Fajardo CJ, Gilmour M, et al. A generative co-design framework for healthcare innovation: development and application of an end-user engagement framework. *Res Involv Engagem*. 2021 Dec 1;7(1).
 20. American Cancer Society, Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators, Merck Foundation. *Navigation Metrics Toolkit*. 2020;(August):1–110.
 21. Teichgraeber DC, Guirguis MS, Whitman GJ. Breast cancer staging: Updates in the AJCC cancer staging manual, 8th edition, and current challenges for radiologists, from the AJR special series on cancer staging. Vol. 217, *American Journal of Roentgenology*. American Roentgen Ray Society; 2021. p. 278–90.
 22. Loibl S, André F, Bachelot T, Barrios CH, Bergh J, Burstein HJ, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up 5 behalf of the ESMO Guidelines Committee. *Annals of Oncology* [Internet]. 2024;35:159–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j>.
 23. Diretrizes-SBOC-2025---Mama-estadiamento-v9-FINAL.
 24. OSTERWALDER, A.; PIGNEUR Y. *Business Model Generation: a handbook for visionaires, game changers and challengers striving to defy outmoded business models and design tomorrow's enterprises*. It's a book for the business model generation. Sons JW&, editor. 2010. 288 p.
 25. Chazin, Alessandra; Freitas S de. Planejamento e realização de entrevista semiestruturada em estudo sobre Gestão de Projetos de Design. *Planning a semistructured interview about Design Management*. 2017;
 26. Apocalypse SM, José M, Jorente V. Artigo Original O MÉTODO DESIGN THINKING E A PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO The Design Thinking Method and Information Science research. Available from: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2022.e85281>
 27. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. First. Edições 70; 2016.
 28. Morrill KE, Robles-Morales R, Lopez-Pentecost M, Martínez Portilla RJ, Saleh AA, Skiba MB, et al. Factors associated with cancer treatment delay: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(6).
 29. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods*. 2006;18(1):59–82.
 30. INPDFViewer.
 31. Beaubrun-Renard M, Ulric-Gervaise S, Veronique-Baudin J, Macni J, Almont T, Aline-Fardin A, et al. Breast cancer time to treatment in Martinique: predictive factors and effect on survival. *Public Health*. 2023 Dec 1;225:147–50.
 32. Martinez A, Daubisse-Marliac L, Lacaze JL, Pons-Tostivint E, Bauvin E, Delpierre C, et al. Treatment time interval in breast cancer: A population-based study on the impact

- of type and number of cancer centres attended. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Nov 1;31(6).
33. Nogueira MC, de Moraes Atty AT, Tomazelli J, Jardim BC, Bustamante-Teixeira MT, Silva GAE. Frequency and factors associated with delay in breast cancer treatment in Brazil, according to data from the Oncology Panel, 2019-2020. *Epidemiologia e Servicos de Saude*. 2023;32(1).
 34. Ungvari Z, Fekete M, Buda A, Lehoczki A, Munkácsy G, Scaffidi P, et al. Quantifying the impact of treatment delays on breast cancer survival outcomes: a comprehensive meta-analysis. *Geroscience*. 2025;
 35. Kesici Z, Yilmaz V. Insurance-based disparities in breast cancer treatment pathways in a universal healthcare system: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Dec 1;23(1).
 36. Barroso-Sousa R, Laperche-Santos D, Resende H, Moura FC, Sousa Oliveira SC, Shimada AK, et al. Cancer Health Disparities Among Patients With Early-Stage Estrogen Receptor–Positive Breast Cancer: Impact of Public Versus Private Health Care on Diagnosis-to-Treatment Interval in Brazil. *JCO Glob Oncol*. 2025 Oct;(11).
 37. Gbenonsi G, Boucham M, Belrhiti Z, Nejari C, Huybrechts I, Khalis M. Health system factors that influence diagnostic and treatment intervals in women with breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021 Dec 1;21(1).
 38. Neves ACOC, Jamile Mendes S. Acesso aos serviços oncológicos para pacientes com câncer de mama no Brasil. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*. 2025 Sep 22;17(Especial 1):e018.
 39. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basai M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Ascertaining breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study protocol. *PLoS One*. 2021 Dec 1;15(12 December).
 40. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Sep 1;16(9 September).
 41. Duenas A, Segunmaru Z, Collyar D, Denardi D, Clucas C, Kornalska K, et al. Exploring the Priorities of Patients with Early Breast Cancer in the United States: A Qualitative Interview Study and Patient-Informed Conceptual Disease Model. *Cancers (Basel)*. 2025 Nov 1;17(21).
 42. Duan Y, Chen J, Weng Y, Zhang J, Zong X, Cai T, et al. Application of patient journey mapping in patients with breast cancer: a scoping review. *BMJ Open* . 2025 Oct 9;15(10).
 43. Ferreira De Castro V, Grandi C. *rbss.org.br Artigo original JORNADA DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: DESIGN DE SERVIÇO APLICADO NA PRÁTICA* Oncology patient journey in Brazilian supplementary healthcare: service design in practice AUTORES Verônica dos Santos Ribeiro 1 1. Design para Estratégia-DparaE CONTATO [Internet]. Available from: <https://jornadadopacienteonco.com.br/>.
 44. Singh M, Maheu C, Brady T, Farah R. The psychological impact of the rapid diagnostic centres in cancer screening: A systematic review. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2017 Oct 16;27(4):348–55.
 45. Zøylner IA, Lomborg K, Christiansen PM, Kirkegaard P. Surgical breast cancer patient pathway: Experiences of patients and relatives and their unmet needs. *Health Expectations*. 2019 Apr 1;22(2):262–72.

46. Wilkinson AN, Seely JM, Rushton M, Williams P, Cordeiro E, Allard-Coutu A, et al. Capturing the True Cost of Breast Cancer Treatment: Molecular Subtype and Stage-Specific per-Case Activity-Based Costing. *Current Oncology*. 2023 Sep 1;30(9):7860–73.
47. Mateo AM, Mazor AM, Obeid E, Daly JM, Sigurdson ER, Handorf EA, et al. Time to Surgery and the Impact of Delay in the Non-Neoadjuvant Setting on Triple-Negative Breast Cancers and Other Phenotypes. *Ann Surg Oncol*. 2020 May 1;27(5):1679–92.
48. Tolentino-Rodriguez L, Chkeir M, Pofagi V, Ahindu I, Toniolo J, Erazo A, et al. Breast cancer characteristics in low- and middle-income countries: An umbrella review. Vol. 96, *Cancer Epidemiology*. Elsevier Ltd; 2025.
49. Benitez Fuentes JD, Morgan E, De Luna Aguilar A, Mafra A, Shah R, Giusti F, et al. Global Stage Distribution of Breast Cancer at Diagnosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Oncol*. 2024 Jan 18;10(1):71–8.
50. de Araújo Santos Camargo JD, Camargo SF, Serquiz N, Alves Sarmiento AC, Gonçalves AK. Increased socioeconomic vulnerability in breast cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Clin Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Dec 24];29:101735. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398424002318?utm_source
51. Ferreira A de SS, Cintra JRD, Fayer VA, Nogueira MC, Júnior CB, Bustamante-Teixeira MT, et al. Breast cancer survival and the health system in Brazil: an analysis of public and private healthcare. *Front Oncol*. 2023;13.
52. Marta GN, Pereira AAL, Anjos CH Dos, Linck RDM, Buttros D de AB, Mori LJ, et al. Healthcare-Related Determinants of Breast Cancer Prognosis in São Paulo, Brazil: A Population-Based Cohort. *Clin Breast Cancer* [Internet]. 2025 Sep 25 [cited 2025 Dec 24]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152682092500285X?>
53. Jomar RT, Velasco NS, Mendes GLQ, Guimaraes RM, de Oliveira Fonseca VA, Meira KC. Factors associated with time-to-treatment initiation of breast cancer. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2023;28(7):2155–64.
54. Ferreira NAS, Schoueri JHM, Sorpreso ICE, Adami F, Figueiredo FWDS. Waiting time between breast cancer diagnosis and treatment in brazilian women: An analysis of cases from 1998 to 2012. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 1;17(11):1–10.
55. Silva F de PC da, Souza MC, Bertoni N. Fatores associados ao atraso para o início do tratamento para câncer de mama em um centro oncológico de referência em Juiz de Fora, de 2010 a 2019: estudo de coorte. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2024;33.
56. Shafae MN, Silva LR, Ramalho S, Doria MT, De Andrade Natal R, Cabello V, et al. Breast Cancer Treatment Delay in SafetyNet Health Systems, Houston Versus Southeast Brazil. *Oncologist*. 2022 May 1;27(5):344–51.
57. Wilkinson AN, Seely JM, Rushton M, Williams P, Cordeiro E, Allard-Coutu A, et al. Capturing the True Cost of Breast Cancer Treatment: Molecular Subtype and Stage-Specific per-Case Activity-Based Costing. *Current Oncology*. 2023 Sep 1;30(9):7860–73.
58. Cai L, Tong Y, Zhu X, Shen K, Zhu J, Chen X. Prolonged Time to Adjuvant Chemotherapy Initiation Was Associated with Worse Disease Outcome in Triple Negative Breast Cancer Patients. *Sci Rep*. 2020 Dec 1;10(1).

59. De Melo Gagliato D, Gonzalez-Angulo AM, Lei X, Theriault RL, Giordano SH, Valero V, et al. Clinical impact of delaying initiation of adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2014 Mar 10;32(8):735–44.
60. Chavez-MacGregor M, Clarke CA, Lichtensztajn DY, Giordano SH. Delayed initiation of adjuvant chemotherapy among patients with breast cancer. *JAMA Oncol*. 2016 Mar 1;2(3):322–9.
61. Lam C, Diessner B, Andrade K, Stackland S, Park L, Mehta S, et al. Cost of disease progression among US patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive metastatic breast cancer. *J Comp Eff Res*. 2024;13(5).
62. Baltz AP, Siegel ER, Arif ;, Kamal H, Siegel R, Mary ;, et al. Clinical Impact of ASCO Choosing Wisely Guidelines on Staging Imaging for Early-Stage Breast Cancers: A Time Series Analysis Using SEER-Medicare Data. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1016/j>.
63. Loibl S, André F, Bachelot T, Barrios CH, Bergh J, Burstein HJ, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up 5 behalf of the ESMO Guidelines Committee. *Annals of Oncology [Internet]*. 2024;35:159–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j>.
64. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®.
65. Ojala K, Meretoja TJ, Mattson J, Salminen-Peltola P, Leutola S, Berggren M, et al. The quality of preoperative diagnostics and surgery and their impact on delays in breast cancer treatment – A population based study. *The Breast [Internet]*. 2016 Apr 1 [cited 2025 Dec 25];26:80–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960977615002672>
66. Bleicher RJ. Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment. *Ann Surg Oncol*. 2018 Oct 1;25(10):2829–38.
67. Zhang M, Sun S, Mesurolle B. The impact of pre-operative breast MRI on surgical waiting time. *PLoS One*. 2017 Jan 1;12(1).
68. Tjoe JA, Heslin K, Perez Moreno AC, Thomas S, Kram JF. Factors Associated With Breast Cancer Surgery Delay Within a Coordinated Multihospital Community Health System: When Does Surgical Delay Impact Outcome? *Clin Breast Cancer [Internet]*. 2022 Jan 1 [cited 2025 Dec 26];22(1):e91–100. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526820921000902>
69. Wagner JL, Warneke CL, Mittendorf EA, Bedrosian I, Babiera G V., Kuerer HM, et al. Delays in primary surgical treatment are not associated with significant tumor size progression in breast cancer patients. *Ann Surg*. 2011 Jul;254(1):119–24.
70. Pautasso FF, Trevilato DD, Caregnato RCA, Floriani MA, de Moraes Pertile N, Junior ADP, et al. The path to implementing a patient navigation program in oncology: an experience report. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2023;22.
71. Bukowski A, Gioia S, Chavarri-Guerra Y, Soto-Perez-de-Celis E, St. Louis J, Paulino E, et al. Patient navigation to improve access to breast cancer care in Brazil. Vol. 3, *Journal of Global Oncology*. American Society of Clinical Oncology; 2017. p. 433–7.
72. Siqueira SW de A da, Fialho IR, Jaime M, Pautasso FF, Caregnato RCA. Atuação do enfermeiro navegador em diferentes áreas da saúde: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 Oct 17;5(5):20755–70.
73. NHSENG~1.
74. Acg A, Scm O, Fs A. Revisão Integrativa Impacto do Rastreamento e Diagnóstico Precoce no Tratamento do Câncer de Mama: Revisão Integrativa Impact of Screening

- and Early Diagnosis on Breast Cancer Treatment: Integrative Review. Available from: <https://orcid.org/0009-0006-3940-7459>
75. Pinheiro de Andrade G, Martinussi L, Stefanello Palaoro G, Santos da Rocha A, Lopes do Vale J, Bernardes da Silva Dantas E, et al. Câncer de mama no Brasil: um estudo sobre os impactos dos programas de rastreamento na atenção primária. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024 Dec 13;6(12):1788–800.
 76. Casanovas-Álvarez A, Sebio-Garcia R, Masià J, Mateo-Aguilar E. Experiences of Patients with Breast Cancer Participating in a Prehabilitation Program: A Qualitative Study. *J Clin Med*. 2024 Jul 1;13(13).
 77. Stirling RG, Melder A, Eyles E, Reich M, Dawkins P. An Exploration of the Utility and Impacts of Implementation Science Strategies by Cancer Registries for Healthcare Improvement: A Systematic Review. Vol. 13, *International Journal of Health Policy and Management*. Kerman University of Medical Sciences; 2024.
 78. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Sep 1;16(9 September).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Códigos de procedimentos determinantes na definição do indicador de oportunidade de tratamento, utilizando a Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) de 2024

Códigos e procedimentos da tabela TUSS utilizados na identificação do diagnóstico do câncer de mama na operadora

Código TUSS	Biópsias Mama
40808181	Biópsia de mama, dirigida por RM
40808220	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia (não inclui o exame de base)
40808238	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US (não inclui o exame de base)
40808246	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC (não inclui o exame de base)
40808254	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)
40808262	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US (não inclui o exame de imagem)
40808270	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM (não inclui o exame de imagem)
40808297	Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem) (Com diretriz de utilização definida pela ANS) DUT7
40808300	Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem) (Com diretriz de utilização definida pela ANS) DUT7

40808289	Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem) (com diretriz de utilização definida pela ANS) DUT7
30602017	Biópsia incisional de mama
30602335	Biópsia percutânea com agulha grossa em consultório

Fonte: Autoria própria

Códigos e procedimentos da tabela TUSS utilizados para primeiro tratamento cirúrgico

Código TUSS	Procedimento Cirúrgico Mama
30602130	Linfadenectomia axilar
30602149	Mastectomia radical ou radical modificada qualquer técnica
30602157	Mastectomia simples
30602165	Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese
30602190	Quadrantectomia e linfadenectomia axilar
30602203	Quadrantectomia ressecção segmentar
30602289	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica lateral
30602297	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica medial
30602343	Linfadenectomia por incisão extra axilar

Fonte: Autoria própria

Códigos e procedimentos da tabela TUSS utilizados para primeiro tratamento quimioterápico

Código TUSS	Quimioterapia
20104243	Terapia oncológica com altas doses planejamento e 1º dia de tratamento
20104294	Terapia oncológica planejamento e 1º dia de tratamento

Fonte: Autoria própria

APÊNDICE B - Ficha de coleta de variáveis para REDCap®, primeira etapa

Nome Pesquisador: SABRINA FLORIANI			
Nome Projeto: Dirimindo Barreiras no Tratamento do Câncer de Mama: a construção de uma Jornada de Valor			
1	ID – não haverá identificação na ETAPA 1.		
Dados Contratuais			
2	Empresa Contratante Nome da Empresa presente em contrato	2	Texto
3	Tipo de Contrato 0 - Custo Operacional (CO) 1 - Valor Determinado PJ (VD PJ) 2 – Valor Determinado PF (VD PF)	3	
Dados Clínicos			
4	Idade Idade em anos completos	4	Número inteiro
5	Data do diagnóstico MM/AAAA	5	
6	Estadiamento Tumoral (8ª edição do AJCC Cancer Staging Manual) 0 - 0/1 - I/2 - II/3 - III/4 - IV	6	
7	Classificação Molecular 0 - Luminal A 1 - Luminal B 2 -HER 2 3 - Triplo Negativo 4 - Outro	7	
8	Primeiro Tratamento 0 – Cirurgia 1 – Quimioterapia	8	
Dados da Jornada Operacional: do Diagnóstico ao Início do Tratamento			
9	Unimed Executora Descreve: Número e nome	9	Texto (exemplo)

			
10	Indicador "Oportunidade de Tratamento"	Número de dias	10 Número inteiro
11	Tipo (s) de Atendimento (s)	0 – Intercâmbio Nacional; 1 – Intercâmbio Estadual; 2 – Interprestadoras; 3 – Atendimento Local	11
12	Número de autorizações	Descrever número inteiro	12 Número inteiro
13	Número de prestadores	Descrever número inteiro	13 Número inteiro
14	Exame (s) de Imagem solicitado (s)	0 – TC Crânio 1 – TC Pulmão 2 – TC Abdômen 3 – TC Pelve 4 – TC Coluna 5 – RM Crânio 6 – RM Abdômen 7 – RM Pelve 8 – RM Coluna 9 – PET/CT 10 – Cintilografia Óssea 11 – Outros 12 – Não realizou	14
15	Conformidade com as Diretrizes	Conformidade às Diretrizes (CD), Não Conformidade às Diretrizes Exames Deficientes (NCDED), Não Conformidade às Diretrizes Exames Excedentes (NCDEE) e Não Conformidade às Diretrizes Exames Excedente e Deficientes (NCDED + NCDEE)	15 Número inteiro
16	Custos Globais (da biópsia ao primeiro tratamento)	Valor em reais	15 Número com duas casas decimais à direita

Fonte: autoria própria

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com *Stakeholders*

Bloco "Perfil":

1. Antes de iniciar com suas experiências, gostaria de solicitar alguns dados:
 - 1.1 Data de Nascimento
 - 1.2 Escolaridade
 - 1.3 Estado Civil
 - 1.4 Número de filhos

1.5 Local de residência

1.6 Situação ocupacional atual

1.7 Ano do diagnóstico do Câncer de Mama (para os pacientes)

2. Qual a sua experiência com câncer de mama?

Objetivo da pergunta: Ponderar a participação do entrevistado na Jornada do Câncer de Mama e sua percepção de pertencimento.

Justificativa: Na jornada do câncer de mama, há vários atores que participam e podem contribuir com mudanças no processo de oferta do cuidado objetivando maior eficiência sendo a percepção de pertencimento a primeira etapa da operação.

Fundamentação: Objetivamos extrapolar o conceito de “Jornada do Paciente” para “Jornada do Câncer de Mama” onde cada *stakeholder* se faz essencial e sua perspectiva pode aumentar o grau de engajamento no processo objetivando o desenvolvimento de melhorias no serviço de saúde. (78)

Bloco “Identificação com o Problema”

3. Os pacientes com câncer de mama passam por diversos processos desde o diagnóstico até o final do tratamento. A essa sequência de eventos que abrange todos os pontos de contato da experiência de saúde, desde a identificação do médico que prestará os cuidados, agendamento da consulta e exames, processos de autorização de exames e procedimentos junto a operadora, pagamento de coparticipações e continuidade dos cuidados após o tratamento, chamamos de “Jornada do Paciente”. Como você descreveria as etapas da Jornada do Paciente com Câncer de Mama com a qual (is) tem familiaridade?

Objetivo da pergunta: Compreender a participação específica do entrevistado na Jornada do Câncer de Mama e como ele se percebe dentro do processo além do seu entendimento sobre a Jornada do Câncer de Mama.

Justificativa: na jornada do câncer de mama, há vários atores que participam e podem contribuir com mudanças no processo de oferta do cuidado objetivando maior eficiência sendo a percepção de pertencimento a primeira etapa da operação.

Fundamentação: ambicionamos extrapolar o conceito de “jornada do paciente” para “jornada do Câncer de Mama” onde cada *stakeholder* se faz essencial e sua perspectiva pode aumentar

o grau de engajamento no processo objetivando o desenvolvimento de melhorias no serviço de saúde.(78)

4. Você percebe alguma dificuldade nestas etapas da Jornada do Paciente com Câncer de Mama? Quais?

Objetivo da pergunta: Estimular o pensamento crítico de cada *stakeholder* a respeito da etapa que vivencia ativamente, mas também sobre toda a jornada. Evidenciar gargalos operacionais que possam ser dirimidos.

Justificativa: A jornada do câncer de mama é dispare em diversas regiões sendo o tempo de oferta de cada etapa impactado por variáveis dependentes dos próprios pacientes, dos profissionais, mas, também, dos sistemas de saúde. Compreender esses gargalos na perspectiva dos envolvidos auxiliará na oferta de soluções.

Fundamentação: As barreiras que contribuem para atrasos na jornada do câncer ainda não são completamente compreendidas, mas são multiníveis e envolvem pacientes, profissionais, sistemas de saúde e condições epidemiológicas (como, por exemplo, uma condição pandêmica).(10)

5. Você percebe que o tempo entre o diagnóstico do Câncer de Mama e o início do tratamento, em geral, é adequado? Por quê?

Objetivo da pergunta: Aferir as percepções de cada *stakeholder* a respeito do problema: tempo entre o diagnóstico e início do tratamento no Câncer de Mama.

Justificativa: O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento é sabidamente uma variável que impacta na mortalidade. Compreender com os *stakeholders* percebem subjetivamente esse tempo auxiliará a compreender melhor o problema.

Fundamentação: O tempo total entre o diagnóstico de câncer e o início de tratamento é considerado um importante determinante nos resultados. Portanto, conhecer possíveis barreiras e atuar nestas, tem potencial impacto nos desfechos.(10)

Bloco “Solução do Problema”

6. Se você pudesse fazer mudanças nas etapas/processos da Jornada do Câncer do Mama quais seriam?

Objetivo da pergunta: Aferir as percepções de cada *stakeholder* a respeito das possíveis soluções

Justificativa: O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento é sabidamente uma variável que impacta na mortalidade. Compreender como os *stakeholders* percebem subjetivamente

as possíveis melhorias de processo que impactariam no tempo de jornada poderá ofertar subsídios ao pesquisador para mudanças operacionais.

Fundamentação: O tempo total entre o diagnóstico de câncer e o início de tratamento é considerado um importante determinante nos resultados. Portanto, conhecer possíveis barreiras e atuar nestas, tem potencial impacto nos desfechos.(10)

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para etapa da pesquisa em profundidade dos *stakeholders*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL/PRESENCIAL – PESQUISA EM PROFUNDIDADE COM STAKEHOLDERS

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado **Dirimindo Barreiras no Tratamento do Câncer de Mama: a construção de uma Jornada de Valor**, que pretende analisar a jornada do Câncer de Mama na operadora Unimed Santa Catarina na Janela Crítica diagnóstico objetivando automatizar a jornada para redução do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, minimizar variabilidade e desperdício operacional. Este projeto está vinculado ao **Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Cuidado Oncológico Centrado no Paciente da Fundação Antônio Prudente**. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é **Sabrina Floriani**, Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da Atenção à Saúde da Unimed Santa Catarina que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número 47-996520161 e do e- mail sabrina.floriani@accamargo.org.br

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são:

1. Ser médico mastologista que atua preferencialmente ou a maior parte do tempo no Sistema Unimed;
2. Ser médico oncologista que atua, preferencialmente ou a maior parte do tempo, no Sistema Unimed;
3. Ser médico auditor que atua preferencialmente ou a maior parte do tempo no Sistema Unimed;
4. Ser gestor da área de autorização que atua preferencialmente ou a maior parte do tempo no Sistema Unimed;
5. Ser paciente portador de câncer de mama em tratamento e beneficiário da Unimed e
6. Ser provedor/prestador de cuidado oncológico para o Sistema Unimed.

Sua participação consiste em responder ao questionário semiestruturado proposto a seguir, de forma on-line, com duração aproximada de 30 minutos. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como:

- Tempo e Esforço: preencher questionários e fornecer informações pode ser demorado.
- Confidencialidade: médicos, gestores e pacientes podem estar preocupados com o vazamento de informações sensíveis ou propriedade intelectual.
- Desconforto Emocional: alguns temas podem ser sensíveis e levar a desconforto emocional. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma:
- Clareza para os participantes quanto ao tempo que levará para preencher o questionário.
- Medidas de segurança de dados robustas estão sendo adotadas, assim como suas informações serão mantidas confidenciais e usadas apenas para fins de pesquisa. Os dados serão armazenados no REDCap (Research Electronic Data Capture), uma sofisticada plataforma para coleta, gerenciamento de dados de pesquisa. Por outro lado, a sua participação trará benefícios indiretos e posteriores, como:
- Aprimoramento Profissional: médicos e gestores podem ganhar insights valiosos sobre diferentes métodos de dirimir as barreiras para o tratamento do câncer de mama oportunizando um cuidado mais efetivo e que podem ser aplicados em suas próprias práticas ou organizações.
- Contribuição para a Mudança: participar de um estudo que pode influenciar práticas futuras pode ser gratificante do ponto de vista pessoal e profissional.
- Conhecimento e Conscientização: o estudo pode ajudar a aumentar a conscientização sobre questões importantes na Jornada do Câncer de Mama e na qualidade dos serviços de saúde, o que pode ser útil para todos os participantes e para a comunidade.
- Base de Evidências: a pesquisa contribuirá para a base de evidências sobre métodos de redução de gargalos operacionais na saúde suplementar e padronização de jornadas ajudando a modificar futuras decisões políticas e práticas clínicas.
- Transparência e Equidade: a pesquisa pode ajudar a tornar a jornada de autorização mais transparente e equitativa, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes.

Em qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo, junto ao pesquisador.

Também é seu direito não responder a qualquer questão do formulário de pesquisa/questionário ou outras solicitadas pelo pesquisador, sem necessidade de explicação ou justificativa. Tem, ainda, a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade do seu cuidado e tratamento. No caso de retirada do consentimento serei avisado (a) pelo pesquisador da ciência sobre o interesse de retirada deste.

No desejo de manter o consentimento, é importante que você guarde em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico (TCLE).

Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos e informações atualizadas, mesmo que possa afetar sua vontade de continuar participando.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá despesa de qualquer natureza. Entretanto, caso haja qualquer despesa atribuída a pesquisa, você deverá ser ressarcido (a). Caso ocorra qualquer tipo de dano comprovadamente resultante da sua participação no estudo, você terá

direito a indenização, conforme decisão judicial, bem como assistência integral e imediata, gratuitamente e pelo tempo necessário.

Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de relatórios, comunicações diretas, ou ainda por publicações acadêmicas, vinculados ao presente projeto de pesquisa. Suas informações e dados sensíveis serão mantidos confidenciais sendo usados apenas para fins científicos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa para realização 23 de tal estudo; dos riscos ou desconfortos e benefícios indiretos, assim como das alternativas para minimizar tais riscos ou desconfortos.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento. Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo câncer Center no endereço: Rua Prof. Antônio Prudente, n 211, Liberdade, São Paulo/SP ou pelo telefone (11) 2189 – 5000, ramal 5020. De segunda – feira à quinta feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas. Email: cep_accamargo@accamargo.org.br

() ACEITO

() NÃO ACEITO

Local e Data:

Assinatura do (a) participante da pesquisa:

APÊNDICE E – Distâncias rodoviárias entre os municípios da Mesorregião Oeste Catarinense e Chapecó

As distâncias apresentadas na tabela abaixo correspondem à distância rodoviária entre cada município e o município de Chapecó (SC), calculadas por meio de rotas principais no Google Maps. Valores foram arredondados para o inteiro mais próximo, eliminando variações menores decorrentes de alternativas de trajeto urbano ou rural. As faixas territoriais foram definidas em: até 50 km, 51–100 km, 101–150 km e acima de 150 km. O histograma demonstra as distribuições das distâncias das cidades da região até Chapecó em Km.

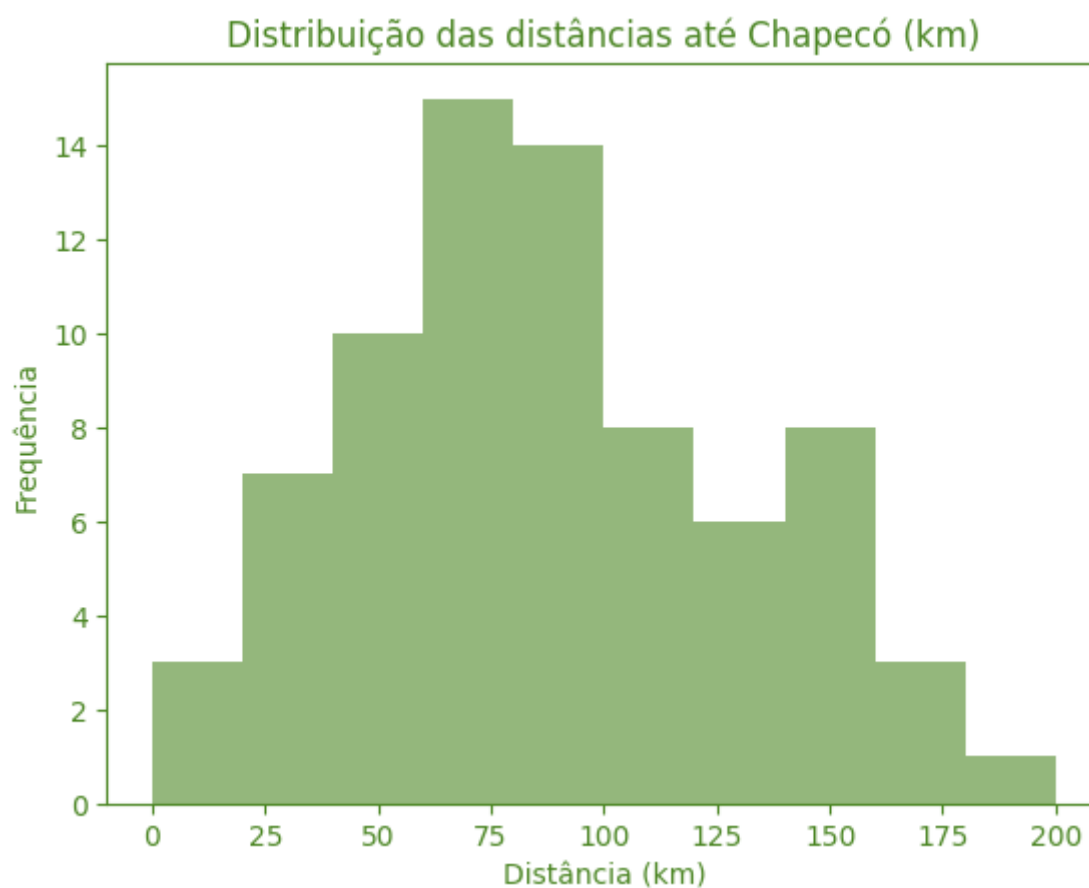
Município	Distância (km)	Estrato de distância
Chapecó	0	Até 50 km
Cordilheira Alta	17	Até 50 km

Guatambu	18	Até 50 km
Arvoredo	24	Até 50 km
Coronel Freitas	25	Até 50 km
Planalto Alegre	29	Até 50 km
Caxambu do Sul	31	Até 50 km
Paial	34	Até 50 km
Nova Itaberaba	34	Até 50 km
Lajeado Grande	38	Até 50 km
Águas de Chapecó	43	Até 50 km
Xanxerê	44	Até 50 km
Seara	45	Até 50 km
São Carlos	46	Até 50 km
Águas Frias	50	Até 50 km
Marema	50	Até 50 km
Xavantina	51	51–100 km
Pinhalzinho	56	51–100 km
União do Oeste	56	51–100 km
Quilombo	57	51–100 km
Faxinal dos Guedes	60	51–100 km
Jardinópolis	61	51–100 km
Entre Rios	61	51–100 km
Palmitos	65	51–100 km
Saudades	66	51–100 km
Formosa do Sul	67	51–100 km
Modelo	69	51–100 km
Ouro Verde	70	51–100 km
Santiago do Sul	71	51–100 km
Vargeão	71	51–100 km
Ipuaçu	74	51–100 km
Sul Brasil	74	51–100 km
Serra Alta	75	51–100 km

Romelândia	75	51–100 km
Caibi	77	51–100 km
Irati	80	51–100 km
Concórdia	83	51–100 km
Maravilha	86	51–100 km
Riqueza	87	51–100 km
São Domingos	87	51–100 km
Ponte Serrada	87	51–100 km
Cunha Porã	89	51–100 km
Passos Maia	94	51–100 km
Novo Horizonte	94	51–100 km
Tigrinhos	96	51–100 km
Mondaí	97	51–100 km
Lindóia do Sul	97	51–100 km
Santa Terezinha do Progresso	99	51–100 km
Iraceminha	99	51–100 km
São Miguel da Boa Vista	102	101–150 km
Flor do Sertão	103	101–150 km
São Lourenço do Oeste	107	101–150 km
Coronel Martins	108	101–150 km
Galvão	109	101–150 km
Jupia	118	101–150 km
Alto Bela Vista	118	101–150 km
Presidente Castello Branco	118	101–150 km
Iporã do Oeste	120	101–150 km
Arabutã	120	101–150 km
Barra Bonita	126	101–150 km
São Miguel do Oeste	128	101–150 km
São João do Oeste	134	101–150 km
Belmonte	137	101–150 km
Anchieta	140	101–150 km

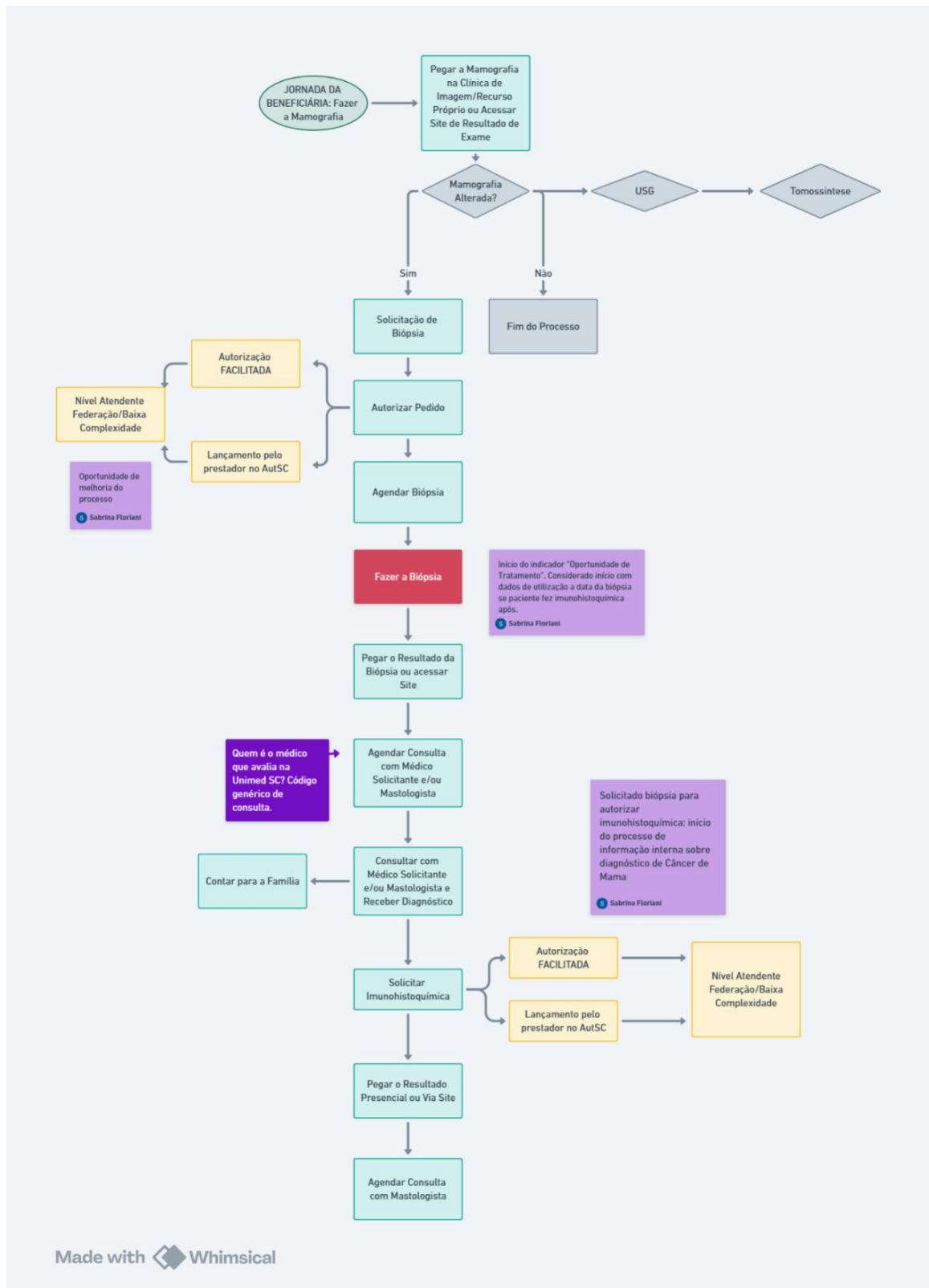
Bandeirante	142	101–150 km
Guaraciaba	142	101–150 km
Descanso	145	101–150 km
Santa Helena	150	101–150 km
Palma Sola	150	101–150 km
Tunápolis	155	>150 km
Paraíso	152	>150 km
São José do Cedro	162	>150 km
Princesa	170	>150 km
Guarujá do Sul	170	>150 km
Dionísio Cerqueira	200	>150 km

Fonte: autoria própria



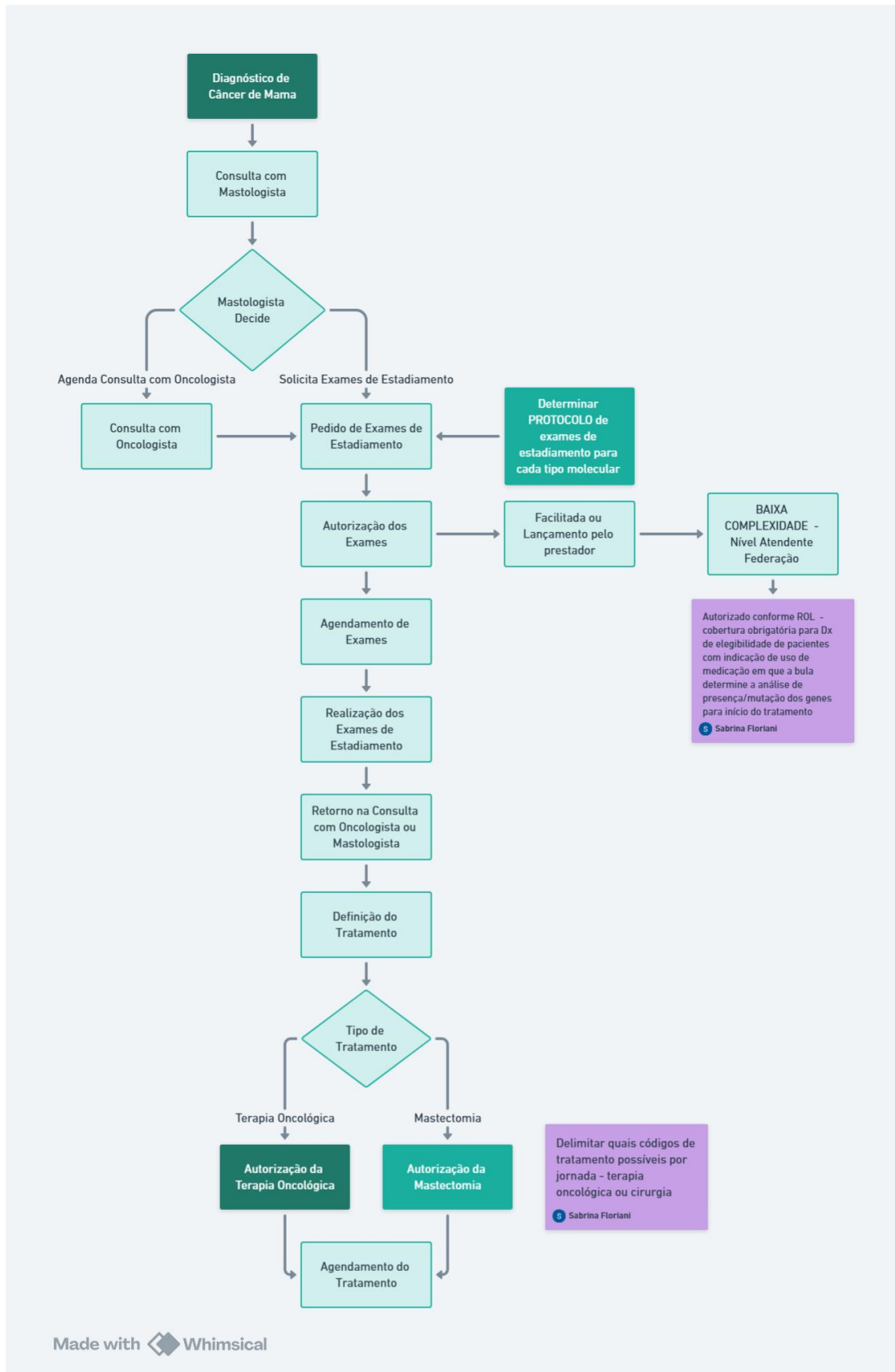
Fonte: autoria própria

APÊNDICE F – Jornada administrativa das pacientes com Câncer de Mama na Unimed Santa Catarina ente a Mamografia alterada e consulta com mastologista



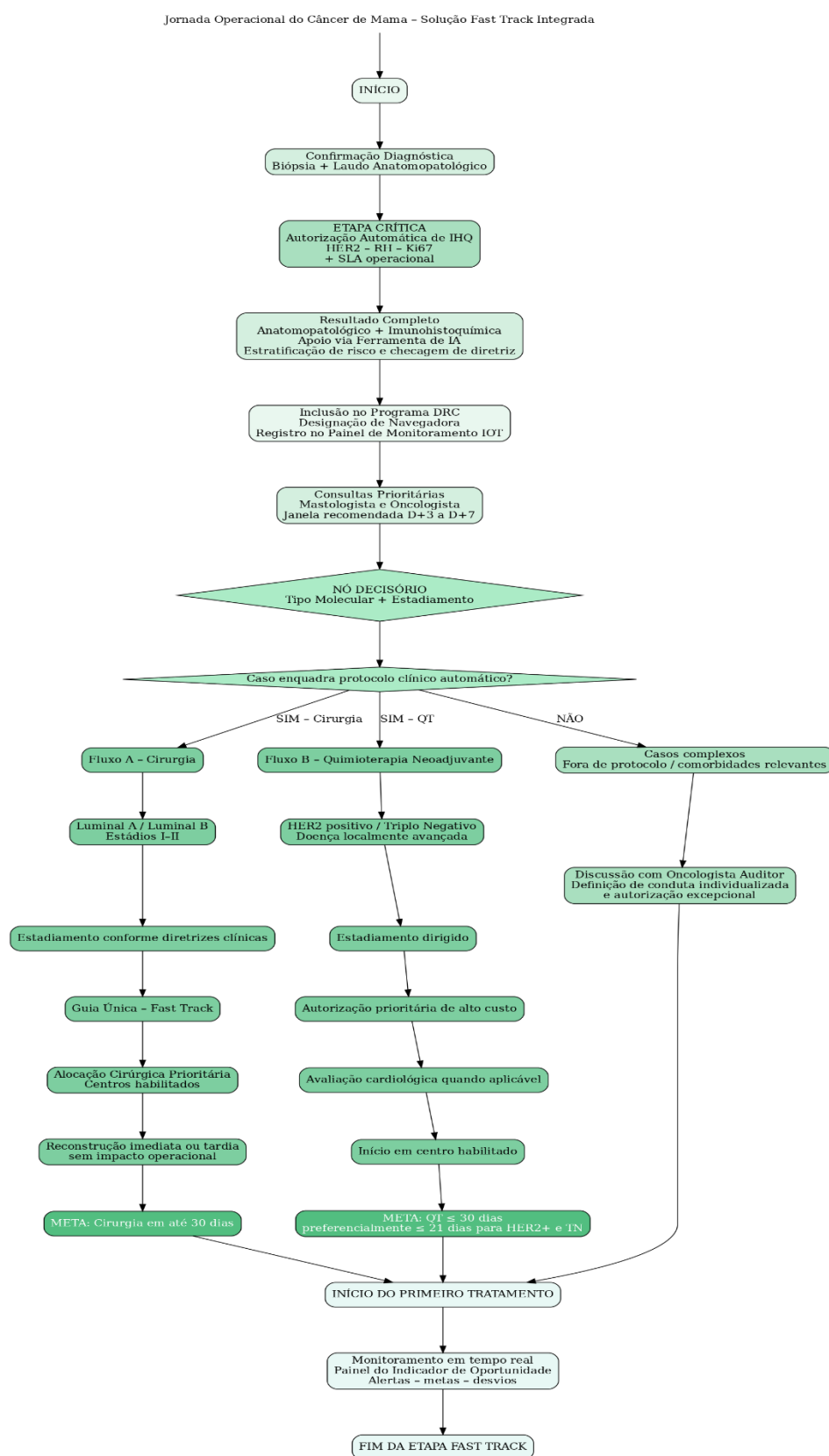
Fonte: autoria própria

APÊNDICE G – Jornada administrativa das pacientes com Câncer de Mama na Unimed Santa Catarina ente o diagnóstico e início do tratamento



Fonte: autoria própria

APÊNDICE H – Sugestão de Jornada administrativa das pacientes com Câncer de Mama na Unimed Santa Catarina ente o diagnóstico e início do tratamento



Fonte: autoria própria

ANEXOS

ANEXO A – Indicador Oportunidade de Tratamento: diagnóstico ao tratamento inicial

Indicador	Forma de Cálculo	Dimensão Avaliada
Oportunidade de Tratamento	Número de dias úteis desde o diagnóstico (data do resultado da patologia) até a modalidade de tratamento inicial (data do 1º tratamento)	Experiência do Paciente Resultado Clínico

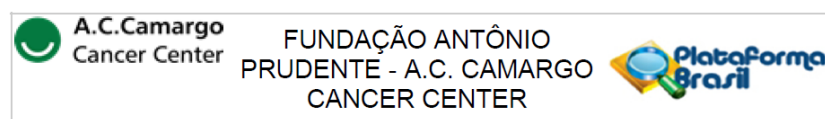
Fonte: adaptado de American Cancer Society, Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators, Merck Foundation (2020)

ANEXO B – Relatório Acompanhamento Oncológico Federação

																			TNM(Tumor, Linfático e Metástase)			Dados de Invenção Histopatológica				Associação Radioterapia		Realize Cirurgia?		Se Mama: Mastectomia ou Quadrantectomia	Descreva	Classificação Molecular
Período	Código Pessoa	Código do Usuário	Nome do Usuário	CNP	Município Beneficiário	Estado	Empresa	Sexo	Idade	Unidade Executora	Ativo no plano	Eligibilidade	Status	Tipos de Neoplasia	Observações	Mês e ano de diagnóstico de neoplasia atual	Data de primeiro atendimento oncológico autorizado	Estado Inicial	T	N	M	RE	RP	HER2	IG-17							
01/04/2023					07 Xanere	SC	COOP CRED DE	F	45	Xanere	Sim	Sim	Não possui participação do programa	Mama		01/01/2023	01/02/2023	II	T1	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%		Sim	Quadrantectomia		Luminal A		
					07 Chapad	SC	SERVIÇO SOCOP	F	35	Chapad	Sim	Sim	Alice no programa	Mama		15/03/2023	05/04/2023	II	T2	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%							Luminal B
01/04/2023					Gerardi	RS	385 SA	F	30	Unimed Nordeste	Sim	Sim	Não possui participação do programa	Mama		01/01/2023	01/02/2023	II	T2	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%		X	Mastectomia		Luminal B		
01/04/2023					07 Carmo Pato	SC	UNIPED SESCINE	F	37	Lages	Sim	Sim	Alice no programa	Mama		12/03/2023	21/03/2023	II	T2	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%					Luminal B		
01/04/2023					07 Riquena	SC	COMPANHIA CX	F	51	Extrema Oeste	Sim	Sim	Alice no programa	MAMA		01/03/2023	01/03/2023	Não informado	T2	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%	Não	Não			Luminal A		
01/04/2023					07 Figueira	SC	385 SA	F	51	Orlândia	Sim	Sim	Alice no programa	MAMA		01/03/2023	01/03/2023	III	T3	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%	Não	Não			Luminal B		
01/05/2023					Orlândia	SC	222 - CASAR	F	43	Orlândia	Sim	Sim	Alice no programa	Ca de Mama		01/03/2023	05/03/2023	II	T2	N0	M0	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%	Não	Não			Luminal B		
01/05/2023					Guarujá	SP	1101 - BUNGE J	F	65	Santos	Sim	Sim	Alice no programa	Mama		01/03/2023	22/03/2023	III	Não informado	Não informado	Não informado	RE+	RP+	HER2+	1-47/menor 20%	Não	Não			Luminal A		

Fonte: equipe de autorização Programa...de Repente o Câncer

ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dirimindo Barreiras no Tratamento do Câncer de Mama - a construção de uma Jornada de Valor

Pesquisador: Sabrina Floriania

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81886724.2.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.177.776

Fonte: CEP Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo

ANEXO D – Beneficiários residentes na Mesorregião Oeste Catarinense, pertencentes aos conjuntos numéricos 0976/627 e 613 da operadora Unimed Santa Catarina e representatividade do total da carteira

Unimed Contrato	Total de Beneficiários Ativos			Mesorregião OESTE				Total Geral Benef Oeste	% Benef Oeste
	Qntde	Feminino	Masculino	Feminino	%	Masculino	%		
613	6.587	3.108	3.479	2.903	93%	3.153	91%	6.056	92%
627	11.420	5.435	5.985	4.230	78%	3.560	60%	7.790	68%
976	100.958	53.725	47.233	9.622	18%	7.708	16%	17.330	17%

Fonte: Escritório de Valor, Unimed Santa Catarina, 2025