

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PRISCILLA FERREIRA E SILVA

**Perfil de mulheres com câncer de mama
atendidas em Vitória - ES: Influência das
variáveis sociodemográficas com o estadiamento
clínico do tumor antes do tratamento**

**VITÓRIA
2009**

PRISCILLA FERREIRA E SILVA

**Perfil de mulheres com câncer de mama
atendidas em Vitória - ES: Influência das
variáveis sociodemográficas com o estadiamento
clínico do tumor antes do tratamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena
Costa Amorim
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eliana
Zandonade

**VITÓRIA
2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586p Silva, Priscilla Ferreira e, 1981-
Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em
Vitória - ES : influência das variáveis sociodemográficas com o
estadiamento clínico do tumor antes do tratamento / Priscilla
Ferreira e Silva. – 2009.
122 f.

Orientadora: Maria Helena Costa Amorim.

Co-Orientadora: Eliana Zandonade.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Mamas - Tumores. 2. Mamas - Câncer. 3. Epidemiologia.
4. Estadiamento de neoplasias. I. Amorim, Maria Helena Costa.
II. Zandonade, Eliana. III. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

**Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória -
ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o
estadiamento clínico do tumor antes do tratamento**

PRISCILLA FERREIRA E SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Epidemiologia.

Avaliada em 06 de julho de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade - Co-orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler - 1º Examinador
UNIRIO – Instituto Nacional do Câncer**

**Prof.^a Dr.^a Denise Silveira de Castro - 2º Examinador
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof.^a. Dr.^a. Rosana Alves - Suplente externo
UNIVIX**

**Prof.^a. Dr.^a. Angélica Espinosa Miranda – Suplente interno
Universidade Federal do Espírito Santo**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

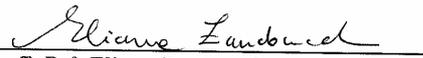
**PARECER ÚNICO DA COMISSÃO JULGADORA DE
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

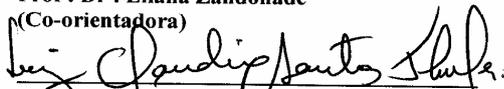
A mestranda Priscilla Ferreira e Silva, dissertação intitulada: “ **Perfil de Mulheres com Câncer de Mama Atendidas em Vitória-ES: Influências das Variáveis Sócio Demográficas com o Estadiamento Clínico do Tumor Antes do Tratamento**”, em sessão pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Considerando a apresentação oral dos resultados, a qualidade e relevância dos mesmos e a dissertação, a Comissão Examinadora da Dissertação decidiu, aprovar sem restrições, a dissertação e habilitar Priscilla Ferreira e Silva, a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

Vitória-ES, 06 de julho de 2009.


Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim
(Orientadora)


Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade
(Co-orientadora)


Prof.^o Dr.^o Luiz Cláudio Thuler
(Examinador Externo)


Prof.^a Dr.^a Denise Silveira e Castro
(Examinadora Interna)

A Deus Eterno, Todo Poderoso, Senhor do céu e da terra.

Aos meus pais, meu maior orgulho, por terem transmitido para mim os ensinamentos mais importantes de toda a minha vida e por terem sido meus melhores modelos e exemplos.

À minha irmã Rachel, melhor irmã do mundo, pelo apoio incondicional.

Ao Fabio, meu grande amor, por ter feito parte dessa história.

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente à Fátima, minha sogra, por toda compreensão e ajuda nessa jornada.

À minha amiga Maria das Graças Coy, anjo de luz que Deus colocou em minha vida para me ajudar a encontrar os caminhos para o crescimento da alma.

À minha orientadora Professora Maria Helena, que soube “tirar leite de pedra” (a pedra sou eu...). Obrigada por todos os puxões de orelha e e-mails, obrigada pela paciência, pela compreensão nos momentos difíceis, por todo tempo que investiu em mim para que essa dissertação estivesse pronta hoje.

À minha co orientadora, Professora Eliana Zandonade, pelas críticas que colaboraram para o amadurecimento dessa pesquisa e por todos os esclarecimentos sobre “os mistérios” da Bioestatística.

À Professora Denise Castro, membro da banca examinadora da qualificação e também da defesa, pela disponibilidade, pelos bons conselhos e pelos direcionamentos.

Ao Luiz Claudio Santos Thuler, um de meus principais referenciais teóricos, pelo aceite ao convite para participar da banca de defesa.

À Kátia (Katita, anjo da guarda), colega e funcionária do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia. Por todas as dicas, as boas idéias, o apoio, a presteza e a compreensão.

Vencerás

Não desanime. Persiste mais um tanto. Não cultive pessimismo. Centraliza-te no bem a fazer. Esquece as sugestões do medo destrutivo. Segue adiante, mesmo varando as sombras dos próprios erros. Avança, ainda que seja por entre lágrimas. Trabalha constantemente. Edifica sempre. Não consinta que o gelo do desencanto te entorpeça o coração. Não te impressione a dificuldade. Convence-te de que a vitória espiritual é construção para o dia a dia. Não desistas da paciência. Não creias em realização sem esforço. Silêncio para a injúria. Olvido para o mal. Perdão às ofensas. Recorda que os agressores são doentes. Não permita que os irmãos desequilibrados te destruam o trabalho ou te apaguem a esperança. Não menosprezes o dever que a consciência te impõe. Se te enganaste em algum trecho do caminho, reajusta a própria visão e procura o rumo certo. Não conte vantagens, nem fracassos. Estuda buscando aprender. Não te voltes contra ninguém. Não dramatizes provocações ou problemas. Conserva o hábito da oração para que se te faça luz na vida íntima. Resguarda-te em Deus, persevera no trabalho que Deus te confiou. Ama sempre, fazendo pelos outros o melhor que possas realizar. Age auxiliando. Serve sem apego. E assim, vencerás.

Emmanuel

RESUMO

Objetivos: Avaliar a completude dos dados cadastrados no Sistema de Informação do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia no período de 2000 a 2006, referentes a casos analíticos de tumores de mama em mulheres; Descrever o perfil dessas pacientes segundo variáveis da Ficha de Registro de Tumor e examinar a associação entre as variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo analítico de dados secundários de 2930 registros de casos analíticos de tumores malignos de mama atendidos na instituição, Vitória, Espírito Santo, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006. Após avaliação da completude dos dados, foram excluídas quatro variáveis e então realizada a descrição de perfil e a análise comparativa entre os casos de diagnóstico precoce e tardio. Foram aplicados testes Qui-quadrado e de regressão logística para identificação das variáveis com associação estatisticamente significativa com a ocorrência do diagnóstico em estadio tardio. **Resultados:** Perfil da amostra na faixa etária entre 40 e 49 anos (29,8% com 42,3% de frequência acumulada), de cor parda (53%), casadas (56,4%), com ensino fundamental incompleto (33,2%), encaminhadas ao serviço através do SUS (44,9%), com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante (78,6%) acometendo a mama esquerda (49,6%) e diagnosticados em estadiamento precoce (48,1%). A baixa escolaridade e a origem do encaminhamento pelo SUS apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do diagnóstico em estadio tardio (4,3 e 1,9 vezes mais chances, respectivamente). **Conclusões:** Os resultados apontam para o forte impacto dos fatores sociais e econômicos na efetividade da prevenção secundária dos tumores de mama, sugerindo a necessidade de reformulação nas atuais estratégias das políticas públicas sanitárias de educação em saúde e de rastreamento dos tumores de mama.

Palavras chave: Tumores de mama, epidemiologia, estadiamento de tumores.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the completeness of the data registered in the Sistema de Informação do Registro Hospitalar de Câncer from Santa Rita de Cassia Hospital from 2000 to 2006, regarding analytical cases of breast neoplasms in women; To describe those patients' profile according to factors of the Record of Registration of Tumor and to examine the association among the social and geographic factors with the clinical breast neoplasms' staging before the treatment. **Methods:** An analytical descriptive study of secondary data of 2930 registrations of analytical cases of women breast neoplasms who was accomplished assisted in the Institution, Vitória, Espírito Santo, from January 01, 2000 to December 31 of 2006. After evaluation of the completeness of the data, four factors were excluded and then accomplished the profile description and the comparative analysis among the cases of precocious and late staging in the moment of diagnosis. They were applied tests Qui-square and logistics regression in order to identify those factors with statistically significant association with the occurrence of the diagnosis in late staging. **Results:** Sample's profile indicated age group between 40 and 49 years (29,8% with 42,3% of accumulated frequency), brown color (53%), married (56,4%), with incomplete (33,2%) fundamental teaching, directed to the health service through SUS (44,9%), diagnosed with ductal infiltrative carcinoma (78,6%) located at the left (49,6%) breast and diagnosed in precocious (48,1%) staging. Low educational levels and source of referral by SUS presented significant statistic association with the occurrence of the diagnosis in late staging (4,3 and 1,9 times more chances, respectively). **Conclusions:** The results point to the strong impact of social and economic factors in the effectiveness of secondary prevention of breast neoplasms, suggesting the need to recast the current strategies of public health policies in health education and screening.

Key words: Breast neoplasms, epidemiology, neoplasm Staging

LISTA DE ABREVIATURAS

AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CID-O - Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relativos à Saúde
DANT's - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
HSRC- Hospital Santa Rita de Cássia
IARC - Agência Internacional para pesquisas sobre o câncer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA - Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PREMMA – Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas
RCBP - Registro de Câncer de Base Populacional
RHC – Registro Hospitalar de Câncer
SESA – Secretaria de Saúde do Estado
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SISRHC – Sistema de Informação em Saúde dos Registros Hospitalares de Câncer

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do tamanho dos tumores (T) segundo o Documento do Consenso do Controle do Câncer de Mama	28
Quadro 2 - Classificação do acometimento de linfonodos regionais (N) segundo o Documento do Consenso do Controle do Câncer de Mama	29
Quadro 3 - Classificação de metástases (M) segundo o Documento do Consenso do Controle do Câncer de Mama	29
Quadro 4 - Variáveis do estudo e suas categorias e agrupamentos..	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estadiamentos possíveis para o câncer de mama segundo o Documento do Consenso do Controle do Câncer de Mama..	30
Tabela 2 -	Caracterização sociodemográfica das mulheres atendidas para tratamento de câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	63
Tabela 3 -	Ocupação (segundo critérios da CBO) das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no HSRC no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	113
Tabela 4 -	Caracterização clínica do tumor das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	65
Tabela 5 -	Tipo histológico do tumor de mama das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006.....	66
Tabela 6 -	Caracterização de presença de metástase à distância das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	67
Tabela 7 -	Perfil temporal do atendimento (parte 1) às mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	68
Tabela 8 -	Perfil temporal do atendimento (parte 2) às mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	69
Tabela 9 -	Caracterização clínica do tratamento recebido pelas mulheres que receberam tratamento para câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006	70

LISTA DE TABELAS

- Tabela 10 - Caracterização de seguimento das mulheres que receberam tratamento para câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006 71
- Tabela 11 - Descrição comparativa entre os grupos estadiamento precoce e tardio, composto por mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006 73
- Tabela 12 - Análise comparativa dos grupos estadiamento precoce e tardio, composto por mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006 74

SUMÁRIO

PREFÁCIO	15
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O TUMOR DE MAMA NO BRASIL E NO MUNDO	20
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	23
1.3 FATORES DE RISCO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	25
1.4 DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTADIAMENTO INICIAL DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA	26
1.5 O REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER	31
1.6 OBJETIVOS	35
2 METODOLOGIA.....	36
2.1 TIPO DE ESTUDO	37
2.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
2.4 FONTE DE DADOS	39
2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	39
2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	39
2.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA	40
2.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO	40
2.8.1 Descrição das variáveis	43
2.8.1.1 Idade	43
2.8.1.2 Raça/cor da pele.....	44
2.8.1.3 Grau de instrução	44
2.8.1.4 Estado conjugal.....	45
2.8.1.5 Ocupação	46
2.8.1.6 Local do nascimento	46
2.8.1.7 Procedência	46
2.8.1.8 Alcoolismo	47
2.8.1.9 Tabagismo	47

2.8.1.10 Origem do encaminhamento	48
2.8.1.11 Histórico familiar de câncer	49
2.8.1.12 Diagnósticos e tratamentos anteriores	49
2.8.1.13 Base mais importante para o diagnóstico	50
2.8.1.14 Localização do tumor primário	51
2.8.1.15 Lateralidade	51
2.8.1.16 Mais de um tipo de tumor primário	52
2.8.1.17 Tipo histológico	52
2.8.1.18 Estadiamento clínico do tumor antes do tratamento	53
2.8.1.19 Localização de metástase à distância	54
2.8.1.20 Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta na instituição	54
2.8.1.21 Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento	55
2.8.1.22 Tempo decorrido entre a primeira consulta na instituição e o início do primeiro tratamento	55
2.8.1.23 Principal razão para a não realização do primeiro tratamento na instituição	56
2.8.1.24 Estado da doença ao final do primeiro tratamento.....	57
2.8.1.25 Seguimento	58
2.9 ANÁLISE DA COMPLETUDE DOS DADOS	58
2.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA	59
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	60
3.1 COMPLETUDE DOS DADOS	61
3.2 ETAPA DESCRITIVA – PADRÃO DE DISTRIBUIÇÃO	62
3.2.1 Caracterização sociodemográfica	62
3.2.2 Caracterização clínica do tumor	65
3.2.3 Caracterização temporal do atendimento	68
3.2.4 Caracterização da realização do tratamento	69
3.2.5 Caracterização do resultado do primeiro tratamento	71
3.3 ETAPA DE ASSOCIAÇÃO	72
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	77

4.1.1 Faixa etária	77
4.1.2 Local de nascimento e procedência	78
4.1.3 Raça/cor da pele	79
4.1.4 Estado conjugal	81
4.1.5 Grau de instrução	82
4.1.6 Origem do encaminhamento	84
4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO TUMOR	85
4.2.1 Estadiamento	87
4.3 CARACTERIZAÇÃO TEMPORAL DO ATENDIMENTO	89
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO RECEBIDO	90
4.5 CARACTERIZAÇÃO DO RESULTADO DO PRIMEIRO TRATAMENTO	90
5 CONCLUSÕES	92
6 RECOMENDAÇÕES	95
7 REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A - Termo de solicitação de dados	115
APÊNDICE B - Termo de Compromisso ético para obtenção de dados ...	117
APÊNDICE C - Ocupação da população do estudo	118
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética	121
ANEXO B - Ficha de Registro de tumor do HSRC	122

PREFÁCIO

A escolha da Enfermagem como profissão em minha vida foi fruto quase inevitável de um desejo latente de criança: o de ser capaz de diminuir as dores do corpo e da alma que as doenças provocam.

Meu primeiro emprego acabou sendo no Hospital Santa Rita de Cássia, então único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de referência no Estado do Espírito Santo. Confesso que era um dos dois únicos lugares onde eu dizia que não trabalharia nunca, porque o câncer era uma das coisas que mais me assustavam na saúde...

No Hospital Santa Rita de Cássia, exerci pela primeira vez meu ofício de enfermeira, no Centro Cirúrgico, onde cheguei a pensar que a rapidez do contato com os pacientes pudesse me manter a uma distância empática e emocional “confortável” dos pacientes com os mais diversos tipos de câncer, em variados estágios de evolução.

Mas sempre há um chamado mais forte na vida de cada um de nós. Ver todos aqueles pacientes (tão diferentes em suas características pessoais, profissionais e religiosas) sofrendo de uma doença grave e muitas vezes mais forte, mais rápida e mais eficaz do que os tratamentos cirúrgicos e do que as esperanças de todos nós começou a despertar em mim questionamentos e incômodos que faziam com que eu buscasse cada vez mais conhecer esse “bicho-câncer”.

Mesmo passando do Centro Cirúrgico para o Controle de Infecções Hospitalares, minha segunda paixão profissional, os pacientes com câncer continuaram a ser o foco do meu trabalho. Além do tumor sólido ou não sólido, aquelas pessoas sofridas precisavam ainda lutar contra a imunossupressão pela qual o tratamento quimioterápico as fazia passar.

Foram tantos pacientes neutropênicos graves com infecções ainda mais graves, às vezes mortais, que eu me perguntava: o que eu, enquanto enfermeira poderia fazer para ajudar esses pacientes?

O mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo foi uma oportunidade para aprofundar meus conhecimentos e tentar encontrar caminhos para alcançar meu objetivo que, a esse ponto, já começava a ficar mais claro:

diminuir o sofrimento das pessoas que lutam contra doenças que trazem para bem perto o medo da morte.

Durante essa jornada acadêmica, foram muitos objetos de pesquisa, muitos temas, sempre em uma mesma área – o câncer. Neutropenia febril, qualidade de vida, análise de sobrevida, perfil epidemiológico... Pacientes com câncer. Quem são essas pessoas? Que características físicas e sociais têm? São pobres, ricos, analfabetos, doutores, casados, solteiros? Conhecer o perfil dessas pessoas era o primeiro passo para tentar compreender suas necessidades e os múltiplos desfechos dessas histórias de vida.

A escolha do câncer de mama como tema veio por uma questão de empatia. Voltei a me lembrar da época da faculdade, quando, cursando a disciplina de Saúde da Mulher com a Prof^a Dr^a Maria Helena Amorim, íamos ao PREMMA–Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas. Lá, orientávamos (inocentes e prepotentes alunos, quase adolescentes) muitas pacientes e, de repente, a aversão a toda aquela dor despertou em mim uma empatia quase “irresistível”. Como deve ser doloroso descobrir a vida ameaçada por um câncer que além de consumir fisicamente, consome também a vaidade, o sentimento de ser mulher. Perder a mama, a segurança de se olhar no espelho e se perceber mulher atraente, quantos questionamentos e sofrimentos na alma... Eu senti que precisava ser capaz de fazer algo para ajudar.

Naturalmente, a consciência do problema não necessariamente vem acompanhada da clareza do que deve ser feito, nem da motivação necessária para enfrentar o processo.

Depois de muitas idas e vindas, angústias, desgastes, novos empregos e desempregos (afinal, há vida durante o mestrado), percebi que amadurecer leva tempo e é sofrido, delimitar um objeto de dissertação também o é.

Portanto, este trabalho é o fruto de um laborioso e intenso período de maturação pessoal, profissional e intelectual. O assunto não se esgota nesta dissertação, mas é assim que a nossa vida tem que ser, seja a profissional ou a pessoal. As certezas não são permanentes, o amadurecimento é um caminho e não um fim, o

crescimento é uma jornada, não um pódio. Parafrazeando Raul Seixas, “Prefiro ser essa metamorfose ambulante do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo..”

1 INTRODUÇÃO

1.1 O TUMOR DE MAMA NO BRASIL E NO MUNDO

Com o aumento gradual da expectativa de vida no mundo, é esperado um aumento na incidência das doenças e agravos não transmissíveis (DANT's) e dentre elas, os tumores malignos ocupam lugar de destaque na epidemiologia mundial, por sua alta incidência, morbidade, mortalidade e pelo elevado custo de tratamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que as taxas de incidência de câncer no mundo podem crescer cerca de 50% em comparação com os dias de hoje, o que corresponderia a 15 milhões de novos casos no ano de 2020, de acordo com o Relatório Mundial de Câncer (WHO, 2003).

O tumor maligno de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo e segundo Paulinelli et al (2003), nas últimas cinco décadas até o ano de 2000, vem apresentando uma taxa de aumento anual de 1,5% no mundo e 2% nos países menos desenvolvidos.

Para o ano de 2008, foi estimada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) uma ocorrência de cerca de 466 mil novos casos de câncer no Brasil, dos quais cerca de 235 mil em mulheres. Dentro desse último grupo, 48 mil e quatrocentos novos casos de câncer de mama eram esperados. Entre todos os cânceres que acometem mulheres, o de mama perde a liderança apenas para o câncer de pele não-melanoma (BRASIL, 2008).

As estatísticas do INCA para o Estado do Espírito Santo estimaram 830 novos casos de câncer da mama feminina em localização primária para o ano de 2008, o que representaria uma taxa bruta de 45,85 novos casos de tumores malignos de mama por cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2008).

Contrariamente às estatísticas dos países de primeiro mundo, onde, apesar do aumento de novos casos de câncer de mama, seu diagnóstico tende a ser precoce e as taxas de mortalidade vêm apresentando redução, no Brasil, estudos recentes apontam que os estadiamentos III e IV chegam a corresponder a um volume entre 40% (PAULINELLI et al, 2003) e 60% dos diagnósticos iniciais, em especial junto às

classes com menor poder aquisitivo (ABREU; KOIFMAN, 2002; THULER; MENDONÇA, 2005).

O diagnóstico tardio e, por vezes, a terapêutica inadequada (MORAES et al, 2006), contribuem para que o câncer de mama continue sendo a principal causa de morte entre as mulheres brasileiras (PAULINELLI et al, 2003), dado confirmado pela última publicação da Estimativa de câncer no Brasil pelo INCA (BRASIL, 2008).

Para estimar as taxas de mortalidade, recidiva e cura de pacientes acometidas por tumores malignos de mama, diversos estudos de análise de sobrevida vêm sendo realizados (FREITAS et al 1997; PEREIRA, 2001; MORAES et al, 2006), com o uso de ferramentas da epidemiologia e da estatística que permitem o delineamento temporal (curvas de sobrevida) e causal (modelo de risco proporcional de Cox para as covariáveis).

Os estudos de sobrevida podem ainda ser utilizados para estimar a eficiência global do sistema de saúde, uma vez que é consequência não só da qualidade da assistência prestada mas também da acessibilidade ao sistema de saúde para a realização do diagnóstico precoce (MORAES et al, 2006) e do alcance efetivo das políticas de educação em prevenção primária para adoção de práticas e hábitos saudáveis (THULER, 2003).

O acompanhamento temporal de estimativa de sobrevida recomendado pelo INCA (BRASIL, 2004) para tumores malignos de mama é de cinco anos para avaliação de sobrevida livre da doença. Assim, os estudos de análise de sobrevida precisam desse período mínimo para efetiva avaliação.

Moraes et al (2006) em estudo retrospectivo de base hospitalar realizado em Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, compreendendo 252 pacientes atendidas no período de 1980 a 2000, encontraram sobrevida estimada em cinco anos de 87,7% e ao final do estudo uma taxa de sobrevida livre de doença em 64,7% da amostra.

É mister recordar que não se utiliza a prevenção primária para os tumores de mama: o que se conhece são fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento desse

tipo de tumor. Entretanto, a maioria dos fatores conhecidos não pode ser modificada (THULER, 2003), motivo pelo qual a detecção precoce precisa ser reforçada.

Moraes et al. (2006) afirmam que os tumores de mama, quando diagnosticados em fases iniciais, têm grandes chances de cura. Para realizar a estimativa do resultado final ou desfecho do tratamento, os fatores prognósticos são reconhecidamente importantes, visto que, segundo Abreu e Koifman (2002), são parâmetros possíveis de serem mensurados no momento do diagnóstico e que servem como preditores da sobrevida do paciente.

Os fatores prognósticos mais aceitos e reconhecidos cientificamente para os tumores de mama são: tamanho do tumor, condição dos linfonodos axilares, receptores hormonais, tipo histológico, idade (MORAES et al, 2006), história familiar, nível sócio-econômico, angiogênese, catepsina D, ácido desoxirribonucleico (ADN), p53, micrometástases e c-erb-2 (ABREU; KOIFMAN, 2002).

A catepsina D é uma endoprotease presente em quase todas as células de mamíferos. É um importante marcador tumoral e acredita-se que seu papel na oncogênese seja a estimulação de síntese de ADN, acelerando a proliferação do tumor (EISENBERG; KOIFMAN, 2001). Já p53, segundo Isolan et al. (2005), denomina tanto o gene supressor de tumor quanto a proteína secretada por ele, funcionando como um marcador tumoral passível de diagnóstico. Já o c-erb-2, resultado de uma alteração genética, é um oncogene de imunexpressão em neoplasias de diversos órgãos, tendo sido comprovada sua expressão estatisticamente significativa nas lesões epiteliais proliferativas intraductais da mama de mulheres (OLIVEIRA et al, 2004).

A idade foi apontada por Pereira (2001) como importante fator prognóstico para óbito, em estudo de mortalidade e sobrevida por câncer de mama no Estado do Pará. A autora encontrou taxas de mortalidade crescentes à medida que a faixa etária da amostra aumentava, com maior ocorrência de óbito acima dos 60 anos.

Além das características clínicas, diversas pesquisas apontam para a necessidade de conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas por tumores de mama (ABREU; KOIFMAM, 2002; THULER, 2003; CINTRA; GUERRA; TEIXEIRA,

2008; TRUFELLI et al, 2008), uma vez que as peculiaridades de crenças religiosas e culturais podem influenciar na maior ou menor aderência terapêutica.

Em concordância com Moraes et al (2006) quanto à dificuldade de implementação de terapêutica adequada para o tratamento do tumor de mama, Abreu e Koifman (2002) defendem que a melhor caracterização da situação e das características do tumor possibilitam um planejamento mais individualizado da modalidade terapêutica mais indicada, o que, além de melhorar as chances de cura das pacientes, influi direta e positivamente na qualidade de vida dessas mulheres durante o tratamento.

Apesar de apontar para um aumento de cerca de 50% na incidência mundial de câncer até o ano 2020, a Organização Mundial de Saúde afirma que a adoção de um estilo de vida mais saudável, além de políticas públicas de saúde efetivas em ações governamentais e da atuação da comunidade dos profissionais de saúde, podem reduzir essas taxas a até um terço de todos os futuros casos de câncer no mundo (WHO, 2008).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Para Leão e Marinho (2002), a saúde da mulher era vista, no planejamento das políticas públicas até a década de setenta, sob o enfoque da gestação e da proteção do feto. As autoras apontam que, na década de oitenta, houve uma inflexão nessa tendência, direcionada pela mudança no perfil epidemiológico reprodutivo e pela emergência da epidemia de AIDS no Brasil, o que proporcionou maior visibilidade às discussões acerca da sexualidade feminina, da contracepção não-cirúrgica e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Bastante pressionado pelo feminismo brasileiro “da segunda onda” (MATTOS,2001; RAMOS, 2004) surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 (com divulgação oficial em 1984), rompendo com a

perspectiva tradicional de saúde materno-infantil, que, para Osis (1998), tinha como objetivo

“(...) intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (OSIS, 1998, p. 26).

Durante os anos seguintes, Organizações Não Governamentais (ONG's) tiveram grande influência nos processos de re-estruturação de políticas de saúde voltadas para as mulheres, como a criação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNMD) em 1985, do chamado *lobby do batom* na Constituinte de 1988 - com aprovação de mais de 80% das reivindicações na área dos direitos da mulher – e, nos anos 90, a participação das mulheres na constituição da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RAMOS, 2004).

Ainda no final dos anos 90, após quase duas décadas da divulgação do PAISM, muitos problemas estruturais e políticos ainda prevaleciam (OSIS, 1998; LEÃO, MARINHO, 2002; SERRUYA et al, 2004). Após a Conferência Internacional da Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, o Ministério da Saúde determinou como linhas guia a melhoria da saúde reprodutiva, a redução da mortalidade por causas evitáveis e a redução da violência contra a mulher (SERRUYA et al, 2004).

Em 1997 o Programa Viva Mulher surge através de um projeto piloto organizado pelo MS e pelo INCA para o controle do câncer do colo uterino, com a implantação, no ano seguinte, do Sistema de Informação em Saúde de Controle do Câncer de Colo Uterino – SISCOLO (BICALHO; ALEIXO, 2002). As ações do Viva Mulher, apesar de mais voltadas para os tumores de colo uterino, contemplavam também ações de detecção precoce dos tumores de mama.

Em 1º de janeiro de 2003, houve a Criação da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, pela Presidência da República (SPM/PR), com o objetivo de formular, coordenar e articular políticas de promoção da igualdade entre mulheres e homens. Os debates entre a SPM/PR e entidades governamentais e não governamentais voltadas para a atenção da saúde da mulher culminaram na 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ocorrida em julho de 2004, sendo fonte de propostas para a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), de 2005.

O PNPM tem 26 prioridades e 199 ações baseadas na autonomia da mulher, na educação inclusiva não-sexista e na saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Dentre os objetivos do PNPM estão a promoção da melhoria da saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, a ampliação do acesso aos meios e aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde e a contribuição para a redução da morbidade e da mortalidade feminina - especialmente por causas evitáveis - em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais. Dentre as prioridades do PNPM consta a redução da morbimortalidade por câncer cérvico uterino e de mama na população feminina brasileira.

Dentro do contexto de evolução das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher, percebemos a importância crescente dos tumores de mama e de colo uterino, principalmente na ênfase à prevenção primária, à prevenção secundária através do diagnóstico precoce e à assistência no tratamento dos tumores malignos, como forma de redução da mortalidade.

Ressaltamos ainda o trabalho constante da câmara técnica Ministerial de Saúde da Mulher e dos Técnicos e Cientistas do Instituto Nacional do Câncer, na elaboração de diretrizes e linhas guia para a atenção oncológica na saúde da mulher, com a publicação de importantes Manuais, incluindo o mais recente, o Documento de Consenso Do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004).

1.3 FATORES DE RISCO E A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Quanto aos fatores de risco, a história familiar de tumor de mama em parentes de primeiro grau antes dos cinquenta anos é considerada como um dos principais predisponentes, assim como o consumo regular de álcool em qualquer quantidade, a nuliparidade, a idade (com risco aumentado a partir dos 40 anos), a menarca precoce e a menopausa tardia (BRASIL, 2004; 2008). Entretanto, os estudos científicos atuais conseguem explicar menos de 50% dos casos de tumores de

mama incidentes na população, o que indica que há muito mais a ser estudado e descoberto sobre a gênese do câncer de mama (THULER, 2003).

Uma vez que não existem ainda evidências científicas que subsidiem a criação de estratégias de prevenção primária específicas, além daquelas comuns às demais doenças e agravos não transmissíveis (DANT's), a detecção é apontada como a melhor estratégia para redução da mortalidade, visto que o diagnóstico precoce, em fases mais iniciais da doença, aumenta as chances de sobrevivência (THULER, 2003, THULER; MENDONÇA, 2005; SCLOWITZ; MENEZES; GIGANTE, 2005; PINHO; COUTINHO, 2007).

As estratégias de detecção precoce preconizadas pelo INCA compreendem a triagem com exame clínico das mamas em mulheres a partir dos 40 anos, exame clínico e mamografia anual em mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado para câncer de mama, mamografia em intervalo máximo de dois anos entre os exames para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2004).

A detecção precoce, entretanto, depende da efetivação dos preceitos da integralidade e da equidade no SUS, visto que envolve políticas de acessibilidade aos serviços para as mulheres de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos, devendo privilegiar aquelas que têm mais dificuldades de acesso, como as mulheres trabalhadoras e as de baixa renda.

1.4 DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTADIAMENTO INICIAL DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA

Reconhecidamente, o estadiamento no momento do diagnóstico é um dos mais importantes fatores prognósticos em câncer de mama. Assim, o maior objetivo das Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher na área oncológica, que é a redução da mortalidade por câncer de mama e de colo uterino, só se viabiliza através do diagnóstico precoce dos tumores (carcinoma *in situ* e tumores com até

2cm de diâmetro, sem metástases nem comprometimento de linfonodo) e da aplicação de terapêutica adequada em tempo hábil, com o menor prejuízo social, emocional e financeiro para a sociedade.

Abreu e Koifman (2002) ressaltam que os tumores de mama apresentam crescimento relativamente lento, podendo levar até oito anos para alcançar 1centímetro de diâmetro, podendo então tornar-se palpável ao exame físico.

Quando perceptíveis, os sintomas podem incluir nódulo palpável na mama, alterações da textura da pele, retração ou projeção mamilar ou da aréola mamária, presença de secreção mamilar sanguinolenta ou piosanguinolenta. Na maioria das vezes em que tais sintomas são evidentes, o tumor já se apresenta em estado evolutivo avançado.

O diagnóstico precoce do tipo histológico do tumor permite um melhor planejamento das modalidades terapêuticas a serem adotadas, além de contribuir para a minimização do estresse e da ansiedade da mulher acometida pelo câncer (BRASIL, 2004), além de ser considerado como fator de bom prognóstico para sobrevida livre de doença ao final do tratamento (MENDONÇA et al, 2004 ; MORAES et al, 2006).

Para que o diagnóstico do tipo histológico possa ser realizado, é necessário que primeiramente o tumor seja identificado, através da percepção de nódulo palpável ao exame clínico seguida da ultra-sonografia (mulheres abaixo de 35 anos) ou da mamografia (acima dos 35 anos) ou pela realização da mamografia de rastreamento, conforme as políticas de saúde da mulher vigentes no país (BRASIL, 2004).

Na presença de lesões suspeitas, a recomendação do Consenso (BRASIL, 2004) é a realização de exame de análise histológica, com amostra obtida por biópsia aspirativa com uso de agulha grossa (PAG ou *core biopsy*) ou por biópsia cirúrgica tradicional. A PAG e a biópsia cirúrgica tradicional permitem, além do diagnóstico histopatológico, captação de amostra para a dosagem de receptores hormonais.

Uma vez diagnosticado, o tumor maligno precisa ser classificado para que o projeto terapêutico específico para sua tipologia e extensão seja planejado e executado. A classificação dos tumores malignos de mama segue o preconizado pela União

Internacional Contra o Câncer (UICC) e pode ser feita através do tipo histológico e do estadiamento (sistema TNM).

O tipo histológico determina qual tipo de célula foi precursora da tumoração maligna, direcionando a escolha da modalidade terapêutica, além de indicar o potencial invasor do câncer. Os tumores ductais e lobulares invasivos constituem os tipos histológicos mais comuns de câncer invasivo (BEERS; BERKOW, 2000; ABREU; KOIFMAN, 2002).

O estadiamento é definido pelas possíveis combinações do TNM que, por sua vez, é um sistema para classificação clínica dos tumores malignos antes do início do tratamento e que tem por base a avaliação de três componentes: a extensão do tumor primário (T), a ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais (N) e a ausência ou presença e extensão de metástase à distância (M) (BRASIL, 2004).

Os quadros 01, 02 e 03 demonstram, respectivamente, as classificações relativas ao tamanho do tumor, ao comprometimento dos linfonodos e à presença de metástases a distância, que compõem o sistema TNM.

<p>Tx - Tumor primário não pode ser avaliado</p> <p>T0 - Não há evidência de tumor primário</p> <p>Tis -Carcinoma <i>in situ</i></p> <p>T1 - Tumor com até 2 cm. em sua maior dimensão</p> <p> T1 mic - carcinoma microinvasor (até 1 mm)</p> <p> T1a - tumor com até 0,5 cm em sua maior dimensão</p> <p> T1b - tumor com mais de 0,5 e até 1 cm em sua maior dimensão</p> <p> T1c - tumor com mais de 1 cm. e até 2 cm em sua maior dimensão</p> <p>T2 - Tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão</p> <p>T3 - Tumor com mais de 5 cm. em sua maior dimensão</p> <p>T4 - Qualquer T com extensão para pele ou parede torácica</p> <p> T4a - extensão para a parede torácica</p> <p> T4b - edema (incluindo <i>peau d'orange</i>), ulceração da pele da mama, nódulos cutâneos satélites na mesma mama</p> <p> T4c - associação do T4a e T4b</p> <p> T4d - carcinoma inflamatório</p>

Quadro 01 – Classificação do tamanho dos tumores (T) segundo o Documento de Consenso Câncer de Mama

Fonte: (BRASIL, 2004, p. 141)

<p>Nx - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados</p> <p>N0 - Ausência de metástase</p> <p>N1 - Linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is) comprometido(s)</p> <p>N2 - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral</p> <p> N2a - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos à estruturas vizinhas</p> <p> N2b - Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral, sem evidência clínica de metástase axilar</p> <p>N3 - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna</p> <p> N3a - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)</p> <p> N3b - Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)</p> <p> N3c - Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)</p>

Quadro 02 – Classificação do acometimento de linfonodos regionais (N) segundo o Documento de Consenso Câncer de Mama

Fonte: (BRASIL, 2004, p. 141)

<p>Mx metástase à distância não pode ser avaliada</p> <p>M0 ausência de metástase à distância</p> <p>M1 presença de metástase à distância (incluindo linfonodos supraclaviculares)</p>

Quadro 03 – Classificação de metástases (M) segundo o Documento de Consenso do Câncer de Mama

Fonte: (BRASIL, 2004, p. 141)

O estadiamento clínico do tumor é obtido então através da combinação entre as variáveis do sistema TNM (tamanho do tumor, o comprometimento de linfonodos regionais e a presença ou não de metástases) descritas nos quadros acima, resultando em possibilidades de estadiamento conforme a tabela a seguir:

Tabela 01 Estadiamentos possíveis para o câncer de mama segundo o Documento de Consenso Câncer de Mama

Estádio 0	Tis N0 M0
Estádio I	T1 N0 M0
Estádio II A	T0 N1 M0
	T1 N1 M0
	T2 N0 M0
Estádio II B	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
Estádio III A	T0 N2 M0
	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N1 M0
Estádio III B	T3 N2 M0
	T4 N0 M0
	T4 N1 M0
Estádio III C	T4 N2 M0
	Tqq N3 M0*
Estádio IV	Tqq Nqq M1*

Fonte: UICC, 2002; * qq = qualquer

Fonte: BRASIL, Documento do Consenso, 2004, p. 30.

Em estudo de análise de sobrevida realizado no Rio Grande do Sul, Moraes et al. (2006) apontaram relação direta entre o estadiamento clínico do tumor no momento do diagnóstico e a sobrevida das mulheres acometidas pelo tumor de mama, com sobrevida de cinco anos em 97% das mulheres com estadiamento I e em 73% das mulheres nos estadiamentos IIIa e IIIb, tendo o estadiamento IV (aquele no qual já há presença de metástase à distância) sobrevida zero em dez anos.

Gadelha, Costa e Almeida (2005) resumem a classificação por estadiamentos da seguinte forma: estadio 0 corresponde ao carcinoma *in situ*, estadio I à invasão local inicial, estágio II aos tumores primários limitados ou com invasão linfática regional mínima, estadio III ao tumor local extenso ou à invasão linfática regional extensa, estágio IV ao tumor localmente avançado ou presença de metástases à distância. Assim, são considerados precoces os estádios 0, I e II e tardios os estádios III e IV (ABREU; KOIFMAN, 2002).

1.5 O REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

O INCA é o órgão responsável pela prevenção e pelo controle do câncer no Brasil e desde 1983 vem desenvolvendo ações para a padronização dos registros hospitalares de câncer, como forma de melhorar o sistema de informações sobre os casos de neoplasias malignas no Brasil, assim como seu tratamento e desfecho (BRASIL, 2000).

O sistema de informação e vigilância em oncologia no Brasil conta com dois sistemas: o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

O RCBP foi a primeira base de coleta de informação de câncer a existir no Brasil, com ações que datam do final da década de 60, alcançando maiores proporções no final dos anos 80, com cobertura de 11% da população brasileira, alcançando 23% de cobertura a partir do ano 2000. O objetivo do RCBP é o de reunir informações que permitam conhecer e monitorar o perfil da incidência do câncer em uma população geograficamente definida. Desde 1986 os RCBP's trabalham com um sistema informatizado de dados criado pelo INCA denominado SISBasePop, que permite o registro e a comunicação com outros sistemas, tais como o Sistema de Informação de Mortalidade-SIM (DCT-MS, 2007).

Através das portarias MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998 e nº 741 de 19 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde determinou a implantação e a manutenção obrigatórias do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) nas instituições prestadoras de assistência específica para tratamento de tumores malignos.

Os RHC's são bases de coleta e análise de informações de câncer instalados dentro dos hospitais ou das instituições prestadoras de tratamento na área oncológica. As funções do RHC são múltiplas, sendo a clínica a principal função, por possibilitar o acompanhamento do trabalho realizado nos hospitais e por aumentar a eficiência do seguimento dos pacientes, além de possibilitar ações administrativas como a facilitação dos processos de auditoria de qualidade da assistência (THULER; MENDONÇA, 2005).

O funcionamento prático do RHC na instituição prestadora de assistência para tratamento de tumores malignos tem como instrumento de coleta de dados uma ficha padronizada, elaborada pelo INCA com validação da Agência Internacional para pesquisas sobre o câncer (IARC). Esse instrumento denominado “Ficha de registro de tumor”, consta de 44 itens relativos à caracterização sócio-demográfica, tumoral, clínica, de tratamento e de desfecho do caso, dos quais 35 são itens obrigatórios e nove são opcionais.

Os dados coletados pelo RHC são referentes a pacientes portadores de tumores malignos classificados como “casos analíticos”, que correspondem basicamente a três categorias:

“ (...) caso diagnosticado e tratado no hospital; caso diagnosticado no hospital, mas com início da terapêutica realizada em outra instituição (segundo planejamento do hospital) e que retornam ao hospital para complementação terapêutica e acompanhamento; caso diagnosticado em outra instituição, mas com toda ou parte da primeira terapêutica realizada no hospital e que ficam sendo acompanhados pelo hospital” (BRASIL, 2000, p. 10).

Os dados coletados através da ficha de registro de tumor são lançados no programa eletrônico denominado Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de câncer (SIS-RHC), que organiza os dados em relatórios que, por sua vez, devem ser enviados anualmente ao INCA para a construção das estatísticas do câncer no Brasil.

A identificação dos casos a serem cadastrados depende da avaliação de todos os prontuários abertos no hospital, por meio da comunicação entre os diversos serviços a cada diagnóstico confirmado de câncer. Para que as informações necessárias ao preenchimento completo da ficha de cadastro de tumor estejam disponíveis no prontuário, o INCA recomenda

“(…) a necessidade de deixar transcorrer um intervalo de tempo a contar da data de matrícula, para que as informações a respeito do diagnóstico e primeiro tratamento realizado estejam disponíveis” (BRASIL, 2000, p. 10).

Esse intervalo de tempo recomendado é de no mínimo seis meses e no máximo um ano após a data de matrícula na instituição, o que faz com que os registros no SIS-RHC sejam computados com certa “defasagem” de tempo e não em “tempo real”.

Os registros de câncer (RCBP's e RHC's) se inserem atualmente no contexto da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) publicada em dezembro de 2005 através da Portaria nº 2.439, contemplando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e, entre seus componentes fundamentais, a vigilância em saúde através de um sistema de informação que forneça aos gestores subsídios para o planejamento e para as ações estratégicas para o alcance efetivo da PNAO (DCT-MS, 2007). Além da função de ferramenta de gestão, a base de dados do RHC é também uma rica fonte de dados para pesquisa científica, além de instrumento de vigilância epidemiológica.

Entretanto, para utilização de tais bancos de dados é necessária uma avaliação da qualidade de tais informações, para evitar possível viés nos estudos, devido à falhas de coleta de informação e/ou de cadastramento. Essa avaliação pode ser feita através da análise da completude dos dados. Muitos autores, dentre eles Mello Jorge et al. (1993, 1996, 1997, 2007); Silva et al. (2001), Cruz, Toledo, Santos (2003); Romero e Cunha (2006, 2007); Moura et al. (2006), Almeida et al. (2006), Pedrosa et al (2007), Moreira e Maciel (2007) e Costa e Frias (2009) tem realizados estudos sobre a completude em banco de dados secundários.

Completude é caracterizado pelo MS (BRASIL, 2008, p. 21) como “(...) o grau de preenchimento do campo.”. Costa e Frias (2009) utilizam o termo incompletude para avaliar o preenchimento em branco de uma variável ou ainda o registro da categoria “ignorado”, que, para Romero e Cunha (2007), corresponde, em sua maioria, a campos sem informação ou à informação desconhecida por parte do informante. No SIS-RHC, diversas variáveis podem ser cadastradas sob a categoria “sem informação”, através do lançamento do dígito 9 (nove).

Crippa et al. (2001), afirmam que a situação e a tendência epidemiológica do câncer no Brasil mostram sua relevância no âmbito da saúde pública e reforçam a importância de uma contínua realização de pesquisas sobre esse tema, além de apontarem a importância das questões sócio-econômicas, reprodutivas e ambientais que podem estar relacionadas ao risco de sobrevida locais.

Diversos autores (PAULINELLI et al., 2003; MORAES et al., 2006) relacionam a sobrevida da paciente com câncer de mama ao estadiamento do tumor no momento

do diagnóstico e no início do tratamento. No presente estudo, caracterizamos o estadiamento clínico do tumor de mama em dois grandes grupos: o grupo de estadiamento precoce, correspondendo aos estadios O, I e II, e o grupo estadiamento tardio, correspondendo aos estadios III e IV.

Diante do conjunto de estudos já desenvolvidos acerca do câncer de mama e da experiência profissional da autora no Hospital Santa Rita de Cássia/AFECC, algumas questões têm emergido, constituindo-se como fonte de motivação para a realização deste estudo: qual é o perfil da população feminina atendida pelo HSRC para tratamento do câncer de mama? Qual é o estadiamento inicial mais freqüente no momento do diagnóstico, o tardio ou o inicial? As variáveis sociodemográficas influenciam para que o estadiamento inicial do tumor no momento do diagnóstico seja tardio?

1.6 OBJETIVOS

- Avaliar a completude dos dados cadastrados no SISRHC do Hospital Santa Rita de Cássia/AFECC, no período de 2000 a 2006, referentes a casos analíticos de tumores de mama em mulheres;
- Descrever o perfil das pacientes com câncer de mama atendidas pelo Hospital Santa Rita de Cássia/AFECC durante o período de 2000 a 2006, segundo as variáveis (sociodemográficas, de caracterização clínica do tumor, de caracterização temporal do atendimento, de resultado do primeiro tratamento e de caracterização de seguimento) da Ficha de Registro de Tumor;
- Examinar a associação entre as variáveis sociodemográficas da Ficha de Registro de Tumor, com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento (precoce ou tardio).

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários de casos de tumores malignos de mama atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período de 2000 a 2006.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados da pesquisa foram coletados no setor de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), hospital filantrópico, CACON (portaria MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005), situado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

O Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) é reconhecido pela população do Estado do Espírito Santo como referência para o tratamento de câncer desde sua fundação, em 1970. Sua mantenedora, a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), fundada em 1952, foi precursora no Estado e é referência até os dias atuais em iniciativas de assistência aos pacientes oncológicos e aos seus familiares.

Como braço executor da AFECC, o HSRC foi o primeiro Centro de Referência em Alta Complexidade Oncológica no Estado (Brasil, Portaria MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998), sendo por muitos anos a única instituição no Espírito Santo a disponibilizar o tratamento de radioterapia para pacientes da iniciativa privada e do Sistema Único de Saúde. Com o advento da portaria MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005, o HSRC, ora cadastrado como Centro de Referência de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia nível II (CACON II), passou a adotar a classificação de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, por não adotar curso de residência em oncologia. Entretanto, continuou sendo uma instituição dedicada

prioritariamente ao controle do câncer, com ações de prevenção e tratamento dos tumores malignos sólidos e hematológicos.

Assim, o HSRC atende a indivíduos de todo o Estado do Espírito Santo, além de receber demanda proveniente de municípios de Estados fronteiriços ao Espírito Santo o que faz do HSRC uma instituição bastante representativa no atendimento à população acometida por câncer de mama no Estado, fortalecendo a relevância do presente estudo.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi composta por 2930 cadastros de casos analíticos de mulheres com tumor primário de mama que receberam tratamento para esse tumor no Hospital Santa Rita de Cássia e que foram cadastrados no programa SIS-RHC.

Esse quantitativo corresponde a 100% dos cadastros de casos analíticos de câncer de mama em mulheres que foram atendidos pelo HSRC no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006. Os dados foram coletados em 12 de março de 2009 no RHC do HSRC.

O ponto de corte temporal deveu-se ao fato de as Fichas de Registro de tumor serem cadastradas no SIS-RHC do HSRC com cerca de um ano de defasagem, seguindo recomendações do Manual de Rotinas e Procedimentos dos RHC's:

“Para que as informações estejam disponíveis nos prontuários, existe a necessidade de deixar transcorrer um intervalo de tempo a contar da data de matrícula, para que as informações a respeito do diagnóstico e primeiro tratamento estejam disponíveis. A avaliação dos prontuários deve ser realizada com intervalo mínimo de seis meses da data de abertura e preferencialmente antes de completar um ano.” (BRASIL, 2000, p. 10)

Com a finalidade de abranger todas as pacientes atendidas no período completo de vigência de um ano, optamos por fechar o corte temporal em 31 de dezembro de 2006, pois, no momento da coleta dos dados na instituição, nem todos os cadastros

de casos analíticos de tumor de mama atendidos no ano de 2007 haviam sido registrados no SIS-RHC.

2.4 FONTE DE DADOS

A fonte dos dados secundários foi o programa Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) do HSRC.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Registros de casos analíticos de tumor primário de mama em mulheres lançados no SIS-RHC do HSRC, com primeiro atendimento no HSRC para tratamento do câncer de mama no período compreendido entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006.

2.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Registros de atendimento de tumor primário de mama em homens, visto que o interesse da pesquisa é conhecer o perfil epidemiológico e clínico de mulheres com câncer de mama.

2.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Para obtenção dos dados relativos às mulheres que receberam tratamento para tumor maligno de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período, foram elaborados dois documentos: “Termo de solicitação de dados” (Apêndice A) e “Termo de Compromisso ético para obtenção de dados” (Apêndice B), por solicitação da instituição local da pesquisa, além do Projeto de Pesquisa.

A pesquisa observou todas as recomendações da resolução de número 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo sido aprovado em reunião ordinária realizada em 26 de novembro de 2008 (Anexo A).

2.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis do estudo foram definidas a partir da Ficha de Registro de Tumor (Anexo B) padronizada pelo INCA, que é a base de coleta de dados para a alimentação do SIS-RHC.

Dos 44 itens da ficha foram escolhidos 25, por serem considerados os de maior interesse para o delineamento do perfil dos casos atendidos para tratamento do câncer de mama.

Algumas variáveis escolhidas para o presente estudo já foram apontadas em estudo anterior de revisão sistemática (ABREU; KOIFMAN, 2002) como importantes fatores prognósticos em câncer de mama, a saber: tamanho do tumor, condição dos linfonodos axilares, tipo e grau histológico, nível sócio-econômico e idade.

As variáveis escolhidas para o estudo foram agrupadas e descritas respeitando as categorizações propostas pelo INCA no manual de Registros Hospitalares de Câncer, rotinas e procedimentos (BRASIL,2000). Como forma de agrupamento e organização, as variáveis foram aglutinadas em cinco grupos, conforme apresentado no Quadro 04.

GRUPO	VARIÁVEL	CATEGORIA
Variáveis de caracterização sociodemográficas	1- Faixa etária	- Igual ou menor a 29 anos - 30 a 39 anos - 40 a 49 anos - 50 a 59 anos - 60 a 69 anos - 70 anos ou mais
	2- Raça/cor da pele	- Branca - Preta - Amarela - Parda - Indígena - Sem informação
	3- Grau de Instrução	- Analfabeta - Ensino fundamental incompleto - Ensino fundamental completo - Ensino médio completo - Ensino superior - Sem informação
	4- Estado conjugal	- Casada - Solteira - Desquitada, separada, divorciada - Viúva - Sem informação
	5- Ocupação	Segue os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho.
	6- Local do nascimento	Classificada pelas siglas dos estados Brasileiros ou pela sigla "EX", para estrangeiros.
	7- Procedência	- Grande Vitória; - Região Norte do ES; - Região Sul do ES; - Região Serrana do ES; - Outros estados brasileiros: por suas respectivas siglas.
	8- Alcoolismo	- Sim - Não - Não se aplica - Sem informação
	9- Tabagismo	- Sim - Não - Não se aplica - Sem informação
	10- Origem do encaminhamento	- SUS - Não SUS - Por conta própria - Sem informação

Quadro 04. Variáveis do estudo e suas categorias e agrupamentos (continua)

GRUPO	VARIÁVEL	CATEGORIA
Variáveis de caracterização clínica do tumor	11- Histórico familiar de câncer	- Sim - Não - Sem informação
	12- Diagnósticos e tratamentos anteriores	- Sem diagnóstico e sem tratamento - Com diagnóstico e sem tratamento - Com diagnóstico e com tratamento - Outros - Sem informação
	13- Base mais importante para o diagnóstico	- Exame clínico e/ou patologia clínica - Exames por imagem - Endoscopia - Cirurgia exploradora / necropsia - Citologia ou hematologia - Histologia da metástase - Histologia do tumor primário - Sem informação
	14- Localização do tumor primário	- C50.0 – Mamilo - C50.1- Porção central da mama - C50.2 – Quadrante superior interno da mama - C50.3 - Quadrante inferior interno da mama - C50.4 - Quadrante superior externo da mama - C50.5 - Quadrante inferior externo da mama - C50.6- Prolongamento axilar da mama - C50.8- Lesão sobreposta da mama (linha média, mama interna, mama externa, mama inferior, mama superior) - C50.9- Glândula mamária
	15- Lateralidade	- Direita - Esquerda - Bilateral - Sem informação
	16- Mais de um tipo de tumor primário	- Sim - Não - Duvidoso
	17-Tipo histológico	Classificação CID-O 2002/2003
	18- Estadiamento clínico do tumor antes do tratamento	- 0 - I - IIA - IIB - IIIA - IIIB - IIIC - IV
	19- Localização de metástases à distância	- Topografia da metástase - Não se aplica

Quadro 04. Variáveis do estudo e suas categorias e agrupamentos (continua)

GRUPO	VARIÁVEL	CATEGORIA
Variáveis de caracterização temporal de atendimento	20-Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta na Instituição	Em dias
	21-Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento	Em dias
	22-Tempo decorrido entre a primeira consulta na Instituição e o início do tratamento	Em dias
Variável de caracterização clínica do tratamento	23- Principal razão para a não realização do primeiro tratamento na instituição	<ul style="list-style-type: none"> - Recusa do tratamento - Doença avançada, falta de condições clínicas - Outras doenças associadas - Abandono do tratamento - Complicações do tratamento - Óbito - Outras - Não se aplica - Sem informação
Variáveis de caracterização do resultado do tratamento e seguimento	24-Estado da doença ao final do primeiro tratamento na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> - Sem evidência da doença (remissão completa); - Remissão parcial; - Doença estável; - Doença em progressão; - Fora de possibilidade terapêutica; - Óbito; - Não se aplica; - Sem informação
	25-Seguimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sim - Não

Quadro 04. Variáveis do estudo e suas categorias e agrupamentos (conclusão)

2.8.1 Descrição das variáveis

2.8.1.1 – Faixa etária

A preconização padrão do INCA é a idade no momento da primeira consulta na instituição, utilizando sempre três dígitos, preenchendo as casas vazias à esquerda com zero.

Gomes et al (2001), em estudo caso-controle de fatores de risco sócio econômicos e reprodutivos para o câncer da mama em mulheres pré e pós menopausadas, não encontraram perfis diferentes de risco entre os dois grupos.

Mendonça, Silva e Caula (2004), em estudo de análise de sobrevivência de mulheres com câncer de mama atendidas pelo INCA, adotaram como estratificação de faixa etária: 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59, 60 a 69 anos e 70 anos ou mais. Utilizaremos o mesmo agrupamento de faixas etárias, para fins de comparação posterior., apenas acrescentando a faixa etária abaixo de 30 anos.

2.8.1.2- Raça/cor da pele

Os critérios da ficha de registro de tumor para raça/cor são os mesmos atributos utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para cor da pele: branca, preta, amarela, parda, indígena, sem informação.

2.8.1.3- Grau de Instrução

Para o INCA, o grau de instrução tem como principal função a de tentar avaliar a situação socioeconômica do paciente, na falta de um dado confiável para sua mensuração. Conhecer sua predominância é importante como forma de avaliação do alcance e da efetividade das atuais estratégias de educação em saúde adotadas pela AFECC. Pode, ainda, indicar o nível socioeconômico das pacientes.

As categorias adotadas pelo INCA são: analfabeta, 1º grau completo, 2º grau completo, nível superior (mesmo que incompleto) e sem informação. Adaptamos os critérios classificadores, seguindo a nomenclatura da composição dos níveis escolares, regida pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as

diretrizes e bases da educação nacional (Alterada pela Lei nº 9.475/97, Lei nº 10.287/2001 e Lei nº 10.328/2001):

- analfabeta
- nível fundamental incompleto
- nível fundamental completo
- nível médio completo
- nível superior
- sem informação

2.8.1.4- Estado conjugal

Consta na ficha de registro de tumor como item de preenchimento opcional. Entretanto, o RHC do HSRC tem realizado seu registro de forma sistemática, por considerar que essa variável é de importância na evolução do paciente com câncer.

Não tem ligação direta com o estado civil, mas sim com a situação real de vivência conjugal do paciente no momento da primeira consulta. Sua classificação é feita da seguinte forma:

- casada
- solteira
- desquitada / separada / divorciada
- viúva
- sem informação

2.8.1.5 Ocupação

Refere-se à atividade na qual a pessoa está ou esteve economicamente ativa (como no caso dos desempregados e aposentados). Para seu registro, utiliza-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2002), que é adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde o Censo Populacional de 1980.

2.8.1.6 Local do nascimento

Classificada pelas siglas dos Estados brasileiros ou pela sigla “EX” para estrangeiros. Essa variável pode conferir informação sobre a paciente, sobre migração, sobre a utilização da Instituição como centro de referência ou, ainda, como indício sobre a origem do tumor (BRASIL, 2000).

2.8.1.7 Procedência

A procedência deve relatar o local de moradia fixa atual da mulher. Para fins de registro na Ficha de registro de tumor o código utilizado é o de localidades do IBGE mas, para fins de agrupamento na pesquisa, a seguinte classificação foi considerada: Grande Vitória, Região Norte do ES, Região Sul do ES, Região Serrana do ES e Outros Estados brasileiros (através de suas respectivas siglas).

2.8.1.8 Alcoolismo

Na Ficha de Registro de Tumor é considerado como item opcional e tem como categorias possíveis:

- Sim
- Não
- Não se aplica
- Sem informação

O Manual do RHC – Rotinas e Procedimentos recomenda que a resposta retrate a situação atual e a ocorrência preponderante. O consumo habitual (mais que 3 vezes por semana) deve ser considerado como “sim”. Freqüências relatadas de consumo de bebida alcoólica inferior a 3 vezes/semana deverá ser registrado como “não”. A categoria “não se aplica” deverá ser utilizada quando a ocorrência do tumor for em criança pré-escolar.

2.8.1.9 Tabagismo

Também considerado como item opcional na Ficha de Registro de Tumor, tem as mesmas categorias possíveis da variável alcoolismo:

- Sim
- Não
- Não se aplica
- Sem informação

O Manual do RHC – Rotinas e Procedimentos (BRASIL, 2000) recomenda que a resposta retrate a situação atual e a ocorrência preponderante. O fumante eventual deverá ser registrado como não fumante. A categoria “não se aplica” deverá ser utilizada quando a ocorrência do tumor for em criança pré-escolar.

As variáveis descritas até o momento (faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, estado conjugal, ocupação, local de nascimento, procedência, alcoolismo e tabagismo) foram agrupadas na categoria “Itens de categorização sociodemográfica”.

2.8.1.10 Origem do encaminhamento

Essa variável avalia a origem do paciente e serve como instrumento de avaliação de funcionamento da rede de saúde. Suas categorizações são:

- SUS
- Não SUS
- Por conta própria
- Sem informação

Não SUS é a categoria na qual são inseridos os pacientes que chegaram ao HSRC através de encaminhamento médico via serviço particular ou convênio particular. Por conta própria é a categoria onde são enquadrados os pacientes que buscaram espontaneamente o HSRC para diagnóstico ou tratamento, sem terem passado previamente pela triagem de um serviço médico ou de saúde.

2.8.1.11 Histórico familiar de câncer

Para o Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC (BRASIL, 2000) somente devem ser consideradas como histórico familiar de câncer as ocorrências em parentes consaguíneos ascendentes ou colaterais até a segunda geração (pais, avós, tios e irmãos). As categorias possíveis para essa variável são:

- Sim
- Não
- Sem informação

2.8.1.12 Diagnóstico e tratamento anteriores

A principal função dessa variável, para o INCA, é avaliar se a instituição está funcionando na prática somente como centro de referência (recebe pacientes já diagnosticados) ou também como centro de diagnóstico (recebe pacientes para diagnóstico).

As categorizações possíveis são:

- Sem diagnóstico e sem tratamento
- Com diagnóstico e sem tratamento
- Com diagnóstico e com tratamento
- Outros
- Sem informação

Tratamento quer dizer, especificamente, tratamento antineoplásico para o tumor diagnosticado.

2.8.1.13 Base mais importante para o diagnóstico

Para o INCA (BRASIL, 2000) o dado mais importante para a determinação do diagnóstico de uma neoplasia maligna é a histologia do tumor primário. Entretanto, muitos tumores malignos são diagnosticados através de outras técnicas ou, ainda, por bases puramente clínicas.

Conhecer, dentre todos os exames realizados, qual foi a base mais importante do diagnóstico é uma informação importante por possibilitar a análise da realidade da instituição no que diz respeito à acessibilidade a técnicas especiais e até mesmo do nível técnico dos profissionais envolvidos no diagnóstico.

Os tipos de exames que constam na ficha de registro de tumor são:

- Exame clínico e/ou patologia clínica
- Exame por imagem
- Endoscopia
- Cirurgia exploradora / necropsia
- Citologia ou hematologia
- Histologia da metástase
- Histologia do tumor primário
- Sem informação

2.8.1.14- Localização do tumor primário

O registro da localização do tumor primário dá-se através da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição (CID-O 2ª versão). É um código topográfico (localização da área do corpo). Para o câncer de mama, as categorias podem ser:

- C50.0 – Mamilo
- C50.1- Porção central da mama
- C50.2 – Quadrante superior interno da mama
- C50.3 - Quadrante inferior interno da mama
- C50.4 - Quadrante superior externo da mama
- C50.5 - Quadrante inferior externo da mama
- C50.6- Prolongamento axilar da mama
- C50.8- Lesão sobreposta da mama (linha média, mama interna, mama externa, mama inferior, mama superior)
- C50.9- Glândula mamária (sem especificação de topografia)

2.8.1.15- Lateralidade

Também considerado como item opcional na ficha de registro de tumor, a lateralidade indica em qual das mamas o tumor primário está localizado. As possibilidades para essa variável são:

- Direita

- Esquerda
- Bilateral
- Sem informação

2.8.1.16- Mais de um tipo de tumor primário

Segundo o Manual de rotinas e procedimentos do RHC (BRASIL, 2002), mais de um tumor podem ocorrer simultaneamente em topografias distintas do corpo, com tipos histológicos iguais ou distintos. A caracterização da existência de mais de um tumor primário é difícil e deve ser feita diferença entre tumores primários múltiplos, tumores multicêntricos e tumor primário único com ocorrência de metástases.

As possíveis categorias são:

- Sim
- Não
- Duvidoso

2.8.1.17- Tipo histológico

A classificação das neoplasias malignas é feita seguindo a CID-O (Classificação Internacional de Doenças para Oncologia), nas versões 2002 e 2003. A CID-O é derivada da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relativos à Saúde).

O RHC registra somente os casos de neoplasia maligna, com código de comportamento “/3” (neoplasia maligna considerada ou presumida como primária) ou “/2” (neoplasia *in situ*) (BRASIL, 2000, p. 16).

Para casos analíticos em que o diagnóstico do tumor tenha sido clínico (sem a realização do exame histopatológico), o código de registro da ficha de registro de tumor deve ser 9990/3.

2.8.1.18 – Estadiamento clínico do tumor antes do tratamento

Para fins de registro pelo RHC, o estadiamento é aquele no momento da primeira consulta do paciente no hospital, ou o mais rápido possível antes do início do tratamento. O conhecimento do estadiamento “(...)é essencial para selecionar e avaliar o tratamento (...)” (BRASIL, 2000, p.35).

As categorias possíveis são: 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC e IV.

Estabelecido o perfil da amostra de estudo, foram formados dois grupos baseados na variável estadiamento. O grupo “estadiamento precoce” englobou os registros de mulheres com estádios de zero a IIB, enquanto o grupo “estadiamento tardio” englobou os registros de mulheres com estádio de III a IV no momento do diagnóstico do tumor. Os critérios utilizados para os agrupamentos seguiram as preconizações da OMS, que considera estágio avançado os casos com doença nos estádios III e IV (THULER; GULNAR, 2005; WHO, 1995)

2.8.1.19- Localização de metástase à distância

“ (...) O comprometimento de outros órgãos e tecidos através de invasão por contiguidade ou do envolvimento por comprometimento ganglionar regional é considerado metástase à distância.” (BRASIL, 2002, p. 38)

Quando há ocorrência detectada de metástase, o código topográfico CID-O 2ª edição deve ser preenchido. Quando não houver registros de metástases à distância, o item deve ser deixado em branco. Assim foram utilizadas como categorizações da variável localização de metástase à distância:

- Sim

- Não

As variáveis lateralidade, mais de um tipo de tumor primário, tipo histológico, estadiamento clínico do tumor antes do início do tratamento e localização de metástases à distância compõem a categoria Itens de caracterização clínica do tumor.

2.8.1.20- Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta na instituição

A data da primeira consulta no hospital corresponde à “(...) data de atendimento do paciente pelo serviço responsável pelo seu tratamento” (BRASIL, 2000, p. 28).

A data de primeiro diagnóstico do tumor pode ser definida como a data da confirmação anátomo-patológica, ou, na sua ausência, usa-se a data do diagnóstico clínico. A data de primeiro diagnóstico do tumor pode ser anterior à data da primeira consulta (paciente dá entrada nos serviços do HSRC com o diagnóstico) ou posterior a ela, quando a confirmação do diagnóstico é feita no HSRC.

Determinando o intervalo de tempo transcorrido entre a data de diagnóstico e a data de primeira consulta, caracterizam-se as condições de acessibilidade aos serviços de saúde para o tratamento do câncer em nosso Estado, tendo em vista a característica do HSRC como Hospital de referência no estado do Espírito Santo para o tratamento de câncer.

Essa variável foi mensurada em quantidade de dias decorridos entre os eventos mencionados.

2.8.1.21- Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento

Mensurado através do tempo decorrido em dias, pode ser utilizado como um critério de eficiência dos serviços de referência de especialidade, de acessibilidade aos serviços de saúde e de organização da Instituição.

2.8.1.22- Tempo decorrido entre a primeira consulta na instituição e o início do tratamento

A data de início do primeiro tratamento específico para o tumor no hospital é aquela na qual foi administrado o primeiro tratamento antineoplásico específico para o tumor registrado na ficha, dentro do HSRC.

Estabelecendo o intervalo de tempo transcorrido entre a data da primeira consulta no hospital e a data do primeiro tratamento, podemos ter um indicador de eficiência, infraestrutura e organização do serviço de saúde para essa população.

2.8.1.23- Principal razão para a não realização do tratamento na instituição

Caso a mulher diagnosticada com câncer de mama e cadastrada pelo RHC do HSRC não receba pela instituição nenhum tratamento para esse tumor, as razões para a sua não realização devem ser determinadas e registradas no SISRHC.

Algumas causas possíveis para a não realização do tratamento na instituição são: tratamento em outra instituição, estadiamento avançado sem prognóstico de cura nem de melhoria com tratamentos convencionais, óbito da paciente antes do início do tratamento, abandono, pela paciente, do tratamento ofertado.

As categorizações dessa variável são:

- Recusa do tratamento
- Doença avançada, falta de condições clínicas
- Outras doenças associadas
- Abandono do tratamento
- Complicações do tratamento
- Óbito
- Outras
- Não se aplica
- Sem informação

2.8.1.24- Estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital

Essa variável será utilizada como indicador sobre a eficácia e a eficiência dos planos terapêuticos escolhidos e administrados para o tratamento do câncer da mama. Como regra geral, considera-se como primeiro tratamento:

“(...) aquele que foi planejado no estabelecimento do diagnóstico na instituição, ou na ausência de registro, o conjunto de terapêuticas que tenha sido administrado com fins anti-neoplásicos de modo ininterrupto.” (BRASIL, Rotinas e Procedimentos, 2000, p. 42)

As possibilidades de estado da doença após término do primeiro tratamento são, de acordo com o Manual de Rotinas e Procedimentos para os RHC, as seguintes:

- Sem evidência da doença (remissão completa);
- Remissão parcial;
- Doença estável;
- Doença em progressão;
- Fora de possibilidade terapêutica;
- Óbito;
- Não se aplica;
- Sem informação

Tais informações devem ser obtidas através das informações registradas pelo médico no prontuário da paciente. O próprio manual de Rotinas e Procedimentos do RHC contra indica a obtenção dessa informação, tão importante para identificação e comprovação de fatores prognósticos, por intermédio de outras fontes que não o prontuário médico:

“A situação ideal é que os médicos registrem nos prontuários o tratamento programado e a conclusão de cada etapa com os resultados obtidos nas mesmas, uma vez que esta informação representa o sentimento do profissional assistente e que não pode ser obtido por outros meios” (BRASIL, Rotinas e Procedimentos, 2000, p. 42).

2.8.1.25 Seguimento

Para os casos analíticos, as informações referentes ao paciente e à sua doença deverão ser registradas na Ficha de Registro de Tumor pelo prazo de um ano a partir da data de diagnóstico do tumor. A partir de um ano do diagnóstico do tumor, os dados são coletados na Ficha de Seguimento. O preenchimento desse item, segundo o Manual do Registro Hospitalar de Câncer (BRASIL, 2006) é obrigatório e atualizável, exceto quando a paciente falece no prazo de um ano a contar a partir do diagnóstico do tumor, ou ainda quando o tumor é *in situ*, devido ao alto potencial de cura.

Quando o caso analítico se enquadra nas condições acima, a Ficha de Seguimento deve ser atualizada ao longo do primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sétimo, décimo e décimo quinto ano. Quando o caso é acompanhado dessa forma, a opção para esse item é “Sim”. Quando não há seguimento, o registro é “Não”.

2.9 ANÁLISE DA COMPLETUDE DOS DADOS

Antes de se proceder à análise descritiva das variáveis, realizou-se uma avaliação da completude dos dados, pelo fato de terem sido utilizados como fonte de informação, dados secundários de saúde obtidos a partir do SISRHC que, por sua vez, é alimentado pelas informações advindas do preenchimento da Ficha de registro de tumor. Tal análise deveu-se à preocupação em avaliar a qualidade dos dados.

Para avaliação da completude das 25 variáveis de estudo foram utilizados critérios semelhantes aos utilizados por Romero e Cunha (2007): excelente, quando a variável apresentava menos de 5% de preenchimento incompleto, bom (5% a 10%), regular (10% a 30%), ruim (30% a 50%) e muito ruim (mais de 50%).

As variáveis que apresentaram completude ruim e muito ruim foram excluídas do estudo, pela possibilidade de viés na descrição da amostra.

2.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados obtidos do banco de dados SIS-RHC do HSRC foram organizados inicialmente no programa Microsoft Office Excell 2003 for Windows e posteriormente trabalhados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0.

Foi realizada uma análise descritiva univariada da totalidade dos dados obtidos para conhecer o padrão de distribuição das pacientes que buscaram tratamento para o câncer de mama no HSRC. Essas informações foram denominadas de “Etapa descritiva – padrão de distribuição” e os resultados foram analisados através de cálculo de frequência absoluta, relativa e acumulada para as variáveis qualitativas e através de cálculo de média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Em seguida foram formados dois grupos tendo como parâmetro a variável estadiamento, onde os casos diagnosticados em estadio 0, I, e II formaram o “Grupo Estadio Precoce” e os casos diagnosticados em estadiamento III e IV formaram o “Grupo Estadio Tardio”.

Na etapa denominada de “Associação”, foram aplicados testes qui-quadrado e cálculo de p-valor para identificar se alguma das variáveis relacionadas às características sociodemográficas apresentou associação em nível de significância com a variável estadiamento tardio. Para as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,05 foi calculado Odds ratio bruto e ajustado para análise através da regressão logística.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram analisados buscando responder aos objetivos, que foram a avaliação da completude dos dados do SISRHC, a descrição do perfil das pacientes com câncer de mama atendidas pelo HSRC durante o período de 2000 a 2006, segundo as variáveis da Ficha de Registro de Tumor e a verificação da possibilidade de associação entre as variáveis sociodemográficas da Ficha de Registro de Tumor, com o estadiamento clínico tardio do tumor antes do tratamento.

3.1 COMPLETUDE DOS DADOS

As variáveis com grau de completude ruim (30% a 50%) e muito ruim (mais de 50%) foram excluídas do estudo, pela possibilidade de viés de caracterização da amostra.

No grupo das variáveis sociodemográficas, foram excluídas as variáveis tabagismo (89,1% de incompletude) e alcoolismo (73,9%). No grupo de variáveis relativas à caracterização clínica do tumor foi excluída a variável histórico familiar de câncer (67%). A variável caracterização do estado da doença ao final do primeiro tratamento também foi excluída do estudo (73,1%).

Importante ressaltar a predominância da não realização do seguimento das pacientes (53,8% da amostra) como o principal fator da ausência de informação sobre o estado da doença ao final do primeiro tratamento, uma vez que o INCA preconiza o seguimento de no mínimo cinco anos a partir do início do tratamento para definir o estado da doença.

3.2 ETAPA DESCRITIVA – PADRÃO DE DISTRIBUIÇÃO

A apresentação dos dados foi dividida em cinco grandes grupos, que abrangem as 25 variáveis de interesse: Caracterização sociodemográfica, Caracterização clínica do tumor, Caracterização temporal do atendimento, Caracterização clínica do tratamento e Caracterização do resultado do tratamento e Seguimento.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica

A Tabela 2 mostra os achados para a população de estudo.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica das mulheres atendidas para tratamento de câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência acumulada
Faixa etária			
Até 29 anos	48	1,6	1,6
30 a 39 anos	318	10,9	12,5
40 a 49 anos	873	29,8	42,3
50 a 59 anos	771	26,3	68,6
60 a 69 anos	552	18,8	87,4
70 anos ou mais	368	12,6	100,0
Região de nascimento			
Espírito Santo	1924	65,7	-
Região Centro-Oeste	10	0,3	-
Região Nordeste	218	7,4	-
Região Norte	12	0,4	-
Região Sudeste (menos ES)	579	19,8	-
Região Sul	33	1,1	-
Não informada	154	5,3	-
Procedência			
Grande Vitória	1984	67,7	-
Metropolitana (Menos GV)	387	13,2	-
Norte	137	4,7	-
Noroeste	284	9,7	-
Sul	86	2,9	-
Minas Gerais	20	0,7	-
Bahia	25	0,9	-
Outros Estados	7	0,2	-
Raça/cor da pele			
Branca	1269	43,3	-
Preta	57	1,9	-
Amarela	3	,1	-
Parda	1554	53,0	-
Indígena	18	,6	-
Sem informação	29	1,0	-
Instrução			
Analfabeta	283	9,7	9,7
Ensino fundamental incompleto	972	33,2	42,8
Ensino fundamental completo	516	17,6	60,4
Ensino médio completo	642	21,9	82,4
Nível superior	280	9,6	91,9
Sem informação	237	8,1	100,0
Estado civil			
Casada	1652	56,4	-
Solteira	623	21,3	-
Divorciada	189	6,5	-
Viúva	456	15,6	-
Sem informação	10	0,3	-
Origem do encaminhamento			
SUS	1315	44,9	-
Não SUS	1183	40,4	-
Sem informação	421	14,4	-
Por conta própria	11	0,4	-
TOTAL	2930	100,0	-

Quanto à faixa etária, dos 2930 casos analíticos de câncer de mama incluídos na presente pesquisa, a maioria da população do estudo foi composta por mulheres com idade entre os 40 e os 49 anos, compondo 29,80% da amostra. A faixa etária dos 50 aos 59 anos correspondeu à segunda maior incidência, com 26,3% dos casos. A média das idades foi de 53,5 anos com mediana de 52 anos e desvio padrão de 12 anos.

Quanto a cor da pele, 53% corresponderam a pacientes de cor parda, seguida por 43,3% de casos em mulheres de cor branca e apenas 1,95% de cor negra.

A união estável foi comum a 56,4% da amostra, seguidas por 21,3% de mulheres solteiras, 15,6% de viúvas e 6,5% de divorciadas ou separadas.

Em relação à escolaridade, 33,2% da população do estudo relatou ter o ensino fundamental incompleto e apenas 9,6% têm nível superior.

Para ocupação relatada no momento da primeira consulta na instituição, 53,8% dos registros foi classificado de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como “trabalhadoras que não podem ser classificadas segundo a ocupação”. Tal registro reflete o baixo interesse dos profissionais de saúde pela ocupação da paciente, uma vez que tal classificação é a opção quando não há registro da profissão no prontuário da paciente. Dentre as ocupações classificadas, 8,1% das mulheres realizavam trabalhos de serventia (doméstica, copeira, babá, caseira) e 6,1% eram professoras. A totalidade das informações sobre a ocupação das mulheres cadastradas está na Tabela 03, no apêndice C.

Os cadastros de mulheres nascidas no Estado do Espírito Santo corresponderam a 65,7% dos registros e 67,7% de mulheres residia na Região da Grande Vitória (municípios de Vitória, Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana e Guarapari).

Foram encaminhadas pelo SUS 44,9% das mulheres registradas no período do estudo, enquanto 40,4% das mulheres vieram encaminhadas de consultórios privados ou de provenientes de planos de saúde. Apenas 0,1% dos casos corresponderam a busca do serviço por conta própria. O índice de incompletude foi de 14,4%.

3.2.2 Caracterização clínica do tumor

informações acerca da caracterização clínica do tumor estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4. Caracterização clínica do tumor das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Diagnóstico e tratamento anteriores		
Com diagnóstico / com tratamento	1226	41,8
Com diagnóstico / sem tratamento	808	27,6
Sem diagnóstico / sem tratamento	895	30,5
Sem informação	1	0,0
Base mais importante do diagnóstico		
Histologia do tumor primário	2909	99,3
Histologia da metástase	8	0,3
Citologia	4	0,1
Exame clínico ou patologia clínica	3	0,1
Sem Informação	3	0,1
Cirurgia exploratória ou necropsia	2	0,1
Endoscopia	1	0,0
Lateralidade		
Direita	1375	46,9
Esquerda	1454	49,6
Bilateral	28	1,0
Não se aplica	25	0,9
Sem informação	48	1,6
Estadiamento		
Estadiamento precoce	1410	48,1
Estadiamento tardio	679	23,2
Sem informação	841	28,7
Localização do tumor primário		
Mamilo	44	1,5
Quadrante superior interno da mama	187	6,4
Quadrante inferior interno da mama	130	4,4
Quadrante superior externo da mama	711	24,3
Quadrante inferior externo da mama	68	2,3
Prolongamento axilar da mama	2	0,1
Lesão sobreposta da mama (linha média, mama interna, mama externa, mama inferior, mama superior)	195	6,7
Glândula mamária	1593	54,4
Mais de um tumor primário		
Sim	57	1,9
Não	2870	98,0
Duvidoso	3	0,1
TOTAL	2930	100,0

No momento da primeira consulta no HSRC, cerca de 42% das mulheres já havia tido o diagnóstico do tumor de mama e iniciado o tratamento. 27,6% dos registros

corresponderam a mulheres com diagnóstico do tumor mas ainda sem tratamento e, em 30,5% da amostra, o HSRC foi centro de referência para diagnóstico e para início de tratamento.

A base mais importante do diagnóstico foi a histologia do tumor primário em 99,3% da amostra, incluída aqui a totalidade da amostra, com diagnóstico realizado dentro e fora do HSRC.

A mama esquerda foi acometida em 49,6% dos casos, enquanto que a mama direita foi acometida em 46,9%. Quanto à localização do tumor primário, 54,4% dos registros foram classificados com localização em “glandula mamária”. A região topográfica específica do tumor primário na mama ocorreu em apenas 45,6% dos registros, dos quais 53,2% em quadrante superior externo da mama.

A ocorrência de um único tumor primário foi confirmada em 98% das mulheres, com apenas três ocorrências de dúvida (0,1%).

O tipo histológico mais predominante foi o carcinoma ductal infiltrante, responsável por 78,6% dos tumores de mama em registro no SIS-RHC do HSRC no período da pesquisa. A Tabela 5 apresenta detalhamento das ocorrências de tipos histológicos.

Tabela 5. Tipo histológico do tumor de mama das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006.

Tipo histológico	Frequência absoluta	Frequência relativa
Carcinoma ductal infiltrante	2302	78,6
Carcinoma ductal in situ	144	4,9
Carcinoma lobular	118	4,0
Adenocarcinoma tubular	56	1,9
Adenocarcinoma mucinoso	52	1,7
Adenocarcinoma medular	32	1,1
Carcinoma SOE Tumor Epitelial Maligno	31	1,1
Carcinoma intraductal não infiltrante, SOE	31	1,1
Carcinoma lobular infiltrativo e carcinoma ductal in situ	20	0,7
Carcinoma papilífero, SOE	19	0,6
Carcinoma lobular, SOE	16	0,5
Carcinoma in situ	15	0,5
Carcinoma ductal infiltrativo e de outros subtipos	11	0,4
Outros tipos com ocorrência menor que 10 casos cada	83	1,9
TOTAL	2930	100,0

O estadiamento clínico inicial de maior incidência isolada foi o estadiamento II, seguido pelo estadio I, o que faz com que os estadios precoces (0, I e II) tenham sido predominantes em cerca de 48% da amostra.

Em 54,4% da amostra, a localização do tumor primário foi imprecisa, sob o registro C50.9, que corresponde à glândula mamária, sem especificação da topografia da mama. Quando realizado o registro preciso da localização do tumor na mama, o quadrante superior externo foi apontado em 24,3% dos registros como localização do tumor primário.

A presença de mais de um tumor primário foi negativa em 98% da amostra. Quanto à presença de metástases à distância, foi identificada em apenas 5,4% da amostra, ou 158 mulheres. Desse total, 116 mulheres apresentavam metástase em apenas um órgão/seguimento e 42 mulheres apresentaram múltiplas metástases, sendo as principais localizações: ossos e cartilagens articulares (80 ocorrências), brônquios e pulmões (47 ocorrências), fígado e vias biliares intra-hepáticas (33 ocorrências) e cérebro (19 ocorrências), conforme Tabela 6:

Tabela 6. Caracterização de presença de metástase à distância das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Localização	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sem presença de metástase à distância	2772	94,6
Ossos e cartilagens articulares	48	1,6
Brônquios e pulmões	26	0,9
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	18	0,6
Cérebro	9	0,3
Linfonodos	6	0,2
Ossos e cartilagens articulares, brônquios e pulmões	6	0,2
Ossos e cartilagens articulares, fígado e vias biliares intra-hepáticas	5	0,2
Brônquios e pulmões e cérebro	3	0,1
Ossos e cartilagens articulares e cérebro	3	0,1
Mama	2	0,1
Ovário	2	0,1
Cérebro, ossos e cartilagens articulares	2	0,1
Fígado e vias biliares intra-hepáticas, ossos e cartilagens articulares	2	0,1
Brônquios e pulmões, fígado e vias biliares intra hepáticas	2	0,1
Lesão sobreposta do coração, mediastino e pleura	2	0,1
Ossos e cartilagens articulares e lesão sobreposta do coração, mediastino e pleura	2	0,1
Outras localizações, com ocorrência igual a uma cada	20	1,2
TOTAL	2930	100,0

3.2.3 Caracterização temporal do atendimento

Essa categoria de agrupamentos de variáveis tem por objetivo identificar o tempo médio levado pelas mulheres para conseguir realizar a primeira consulta no HSRC a partir da data de diagnóstico do tumor de mama, ou o tempo decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico do tumor.

Tabela 7. Perfil temporal do atendimento (parte 1) às mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência acumulada
Temporalidade do diagnóstico			
Diagnóstico anterior ao atendimento no HSRC	2152	65,5	69,4
Diagnóstico realizado no HSRC	778	34,5	100,0
Tempo entre diagnóstico e 1ª consulta			
Primeira consulta antes do diagnóstico	778	26,6	26,6
Até 1 mês	743	34,5	34,5
Mais de 1 mês, até 3 meses	855	39,7	74,2
Mais de 3 meses, até 5 meses	252	11,7	85,9
Mais de 5 meses, até 12 meses	250	11,6	97,5
Mais de 12 meses, até 24 meses	17	0,8	98,3
Mais de 24 meses	16	0,7	99,0
Sem informação	19	0,9	100,0
Tempo entre diagnóstico e início do tratamento			
Início do tratamento antes do diagnóstico	2	0,1	0,1
Até 1 mês	658	22,5	22,5
Mais de 1 mês, até 3 meses	1274	43,5	66,0
Mais de 3 meses, até 5 meses	476	16,2	82,3
Mais de 5 meses, até 12 meses	367	12,5	94,8
Mais de 12 meses, até 24 meses	35	1,2	96,0
Mais de 24 meses	17	0,6	96,6
Sem informação	101	3,4	100,0
Tempo entre início do tratamento e 1ª consulta			
Até 1 mês	1867	63,7	63,7
Mais de 1 mês, até 3 meses	561	19,1	82,9
Mais de 3 meses, até 5 meses	248	8,5	91,3
Mais de 5 meses, até 12 meses	135	4,6	95,9
Mais de 12 meses, até 24 meses	17	0,6	96,5
Mais de 24 meses	1	0,0	96,6
Sem informação	101	3,4	100,0
TOTAL	2930	100,0	-

Tabela 8. Perfil temporal do atendimento (parte 2) às mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Tempo (em dias)	Média	Mediana	Desvio-padrão
Tempo entre diagnóstico e 1ª consulta	50,21	28,00	114,54
Tempo entre diagnóstico e início do tratamento	88,99	61,00	113,86
Tempo entre 1ª consulta e início do tratamento	37,33	7,00	64,26

Dos 2930 registros analisados, 2152 registros (65,5%) foram de mulheres que já apresentavam diagnóstico do tumor de mama antes da primeira consulta no HSRC e as demais obtiveram o diagnóstico após a primeira consulta. A média de dias entre o diagnóstico e a primeira consulta foi de 50,21 dias, mediana de 28 dias com desvio padrão de 114,57 dias.

Das mulheres que obtiveram diagnóstico antes da primeira consulta no HSRC, 74,2% levaram até 3 meses para conseguir sua primeira consulta na instituição.

O intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento foi em média de 88,98 dias, com mediana em 61 dias e desvio padrão de 113,86 dias. O prazo de até 3 meses para o início do tratamento a partir da data de diagnóstico do tumor foi comum para 66% da amostra.

Já o intervalo em dias entre a primeira consulta e o início do tratamento foi menor, média de 37,33 dias, mediana de sete dias com desvio padrão de 64,26 dias, sendo que 63,7% da amostra teve seu tratamento iniciado em no máximo 30 dias a partir da data da primeira consulta no HSRC.

3.2.4 Caracterização da realização do tratamento

Os dados referentes à caracterização da realização do tratamento estão descritos na Tabela 09.

Tabela 09. Caracterização clínica do tratamento recebido pelas mulheres que receberam tratamento para câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Início do primeiro tratamento		
Não iniciaram	79	2,7
Iniciaram, mas não concluíram	78	2,7
Iniciaram e concluíram	2773	94,6
Razão para não início do primeiro tratamento		
Não se aplica	2851	97,3
Óbito	21	0,7
Sem informação	21	0,7
Outras razões	14	0,5
Abandono	12	0,4
Complicações	3	0,1
Doença avançada	3	0,1
Recusa	3	0,1
Outras doenças	2	0,07
Razão para não conclusão do primeiro tratamento		
Não se aplica	2812	96
Não início	79	2,7
Óbito	13	0,4
Sem informação	10	0,34
Outras doenças	4	0,14
Outras razões	4	0,14
Doença avançada	3	0,1
Abandono	2	0,07
Complicações	2	0,07
Recusa	1	0,03

Quanto ao início do primeiro tratamento para tumor de mama, 94,64% das pacientes cadastradas iniciaram e concluíram o tratamento. Um total de 79 mulheres ou 2,7% da amostra, não iniciaram o tratamento. O óbito foi responsável por 21 dessas ocorrências. Chama a atenção o registro das categorias “sem informação” e “outras razões”, responsáveis respectivamente por 21 e 14 ocorrências, devido ao desconhecimento dos reais motivos que levaram essas mulheres a não receber tratamento do HSRC e, talvez, de nenhum outro centro de tratamento oncológico.

Quanto à aderência ao tratamento proposto e disponibilizado, 96% das mulheres concluiu o primeiro tratamento para câncer de mama, sendo o óbito durante o tratamento a principal causa para a não conclusão (0,4% ou 13 ocorrências).

3.2.5 Caracterização do resultado do primeiro tratamento

Essa caracterização é condicionada ao acompanhamento temporal de até um ano a partir da data do primeiro diagnóstico do tumor, quando as informações passam a ser registradas na Ficha de Seguimento (BRASIL, 2000). O seguimento foi realizado em apenas 46,2% da amostra, conforme mostra Tabela 10:

Tabela 10. Caracterização de seguimento das mulheres que receberam tratamento para câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Seguimento	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência acumulada
Sim	1353	46,2	46,2
Não	1577	53,8	100,0
TOTAL	2930	100,0	-

Foram identificados 439 óbitos dentre os 2930 registros. Desses, 139 óbitos ocorreram até o final do primeiro tratamento, sendo 27 óbitos antes do início do primeiro tratamento e 112 óbitos durante o primeiro tratamento. Os demais 300 óbitos ocorreram no período de seguimento. Pode haver maior ocorrência de óbitos entre o percentual que não entrou em seguimento.

O registro dos óbitos quanto à ocorrência e às causas (imediata e base) é defasado devido às dificuldades de obtenção da informação de óbito ocorrido fora do HSRC, o que depende de busca ativa junto ao SIM (estadual e nacional) e de cruzamento das ocorrências com o banco de dados do SISRHC do HSRC.

3.3 ETAPA DE ASSOCIAÇÃO

Os registros foram agrupados a partir da variável estadiamento, formando o grupo estadiamento precoce (0, I, II) e o grupo estadio tardio (III e IV). Da amostra total de 2930 mulheres, 28,7% não apresentaram registro da variável estadiamento assim, a etapa de análise que se segue apresenta como quantitativo de casos 2089 registros.

Esses grupos foram analisados comparativamente em relação às variáveis sociodemográficas, buscando associação entre alguma das variáveis e o desfecho diagnóstico tardio. Os resultados descritivos estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11. Descrição comparativa entre os grupos estadiamento precoce e tardio, composto por mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Estadiamento precoce			Estadiamento tardio		
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. acumulada	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. acumulada
Faixa etária						
Até 29 anos	23	1,6	1,6	11	1,6	1,6
30 a 39 anos	145	10,3	11,9	87	12,8	14,4
40 a 49 anos	430	30,5	42,4	192	28,3	42,7
50 a 59 anos	367	26,0	68,4	176	25,9	68,6
60 a 69 anos	278	19,7	88,2	121	17,8	86,5
70 anos ou mais	167	11,8	100,0	92	13,5	100,0
Região de nascimento						
Espírito Santo	962	68,2	-	422	62,2	-
Centro-Oeste	7	0,5	-	2	0,3	-
Nordeste	92	6,5	-	68	10,0	-
Norte	8	0,6	-	-	-	-
Sudeste (menos ES)	272	19,3	-	146	21,5	-
Sul	17	1,2	-	6	0,9	-
Não informada	52	3,7	-	35	5,2	-
Procedência						
Grande Vitória (GV)	929	65,9	-	410	60,4	-
Metropolitana (Menos GV)	199	14,1	-	104	15,3	-
Norte	62	4,4	-	48	7,1	-
Noroeste	146	10,4	-	76	11,2	-
Sul	51	3,6	-	23	3,4	-
Minas Gerais	10	0,7	-	7	1,0	-
Bahia	8	0,6	-	9	1,3	-
Outros estados	5	0,4	-	2	0,3	-
Raça/cor da pele						
Branca	618	43,8	-	226	33,3	-
Preta	25	1,8	-	23	3,4	-
Amarela	1	0,1	-	2	0,3	-
Parda	742	52,6	-	418	61,6	-
Indígena	11	0,8	-	4	0,6	-
Sem informação	13	0,9	-	6	0,9	-
Grau de instrução						
Analfabeta	118	8,4	8,4	113	16,6	16,6
Fundamental incompleto	493	35,0	43,3	271	39,9	56,6
Fundamental completo	231	16,4	59,7	120	17,7	74,2
Médio completo	325	23,0	82,8	105	15,5	89,7
Nível superior	116	8,2	91,0	16	2,4	92,0
Sem informação	127	9,0	100,0	54	8,0	100,0
Estado conjugal						
Casada	822	58,3	-	349	51,4	-
Solteira	295	20,9	-	168	24,7	-
Divorciada	96	6,8	-	33	4,9	-
Viúva	193	13,7	-	127	18,7	-
Sem informação	4	0,3	-	2	0,3	-
TOTAL	1410	100,0	-	679	100,0	-

Já a Tabela 12 apresenta os resultados da análise comparativa dos grupos, após tratamento estatístico com teste qui-quadrado e regressão logística. As classes das variáveis onde o *Odds ratio* apresenta valor igual a um foram consideradas classes de referência.

Tabela 12 Análise comparativa dos grupos estadiamento precoce e tardio, composto por mulheres que receberam tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Estadiamento		p-valor	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
	Precoce n (%)	Tardio n (%)			
Raça cor da pele			0,000		
Branca	618 (44,6)	226 (33,9)		-	-
Preta	25 (1,8)	23 (3,4)		2,516 (1,400-4,522)	1,953 (0,974-3,915)
Parda	742 (53,6)	418 (62,7)		1,541 (1,269-1,870)	1,135 (0,900-1,432)
Grau de instrução			0,000		
Nível superior	116 (9,0)	16 (2,6)		-	-
Médio completo	325 (25,3)	105 (16,8)		3,346 (1,916-5,843)	2,063 (1,070-3,979)
Fundamental completo	231 (18,0)	120 (19,2)		3,766 (2,136-6,642)	2,593 (1,333-5,045)
Fundamental incompleto	493 (38,4)	271 (43,4)		3,985 (2,315-6,862)	3,005 (2,137-8,523)
Analfabeta	118 (9,2)	113 (18,1)		6,943 (3,876-12,436)	4,268 (2,137-8,523)
Estado civil			0,001		
Casada	822 (58,5)	349 (51,6)		-	-
Solteira	295 (21,0)	168 (24,8)		1,341 (1,069-1,683)	1,276 (0,976-1,669)
Divorciada	96 (6,8)	33 (4,9)		0,81 (0,535-1,226)	1,010 (0,623-1,638)
Viúva	193 (13,7)	127 (18,8)		1,550 (1,199-2,003)	1,300 (0,954-1,771)
Origem do encaminhamento			0,000		
Não SUS	563 (46,9)	143 (25,2)		-	-
SUS	637 (53,1)	425 (74,8)		2,627 (2,106-3,276)	1,942 (1,503-2,507)

Quando aplicados os teste qui-quadrado, com $p=0,0001$, e de regressão logística, com intervalo de confiança de 95%, o Odds bruto para as classes cor preta e cor parda foram significativamente estatísticos, com aumento do risco em 2,5 vezes para as mulheres de cor preta e de 1,5 vezes para as mulheres de cor parda. Entretanto, quando analisadas as influências das demais variáveis intervenientes, através do cálculo do Odds ajustado, os achados relativos à variável raça/cor da pele não se apresentaram estatisticamente significativos como possível fator de risco para o diagnóstico tardio do tumor de mama.

Para a variável escolaridade, tomando como padrão o nível superior de escolaridade, o resultado apontou risco crescente de diagnóstico tardio de tumores de mama da ordem de 2,06 vezes maior nas mulheres com nível médio completo, 2,59 vezes maior naquelas com ensino fundamental completo, três vezes nas com ensino fundamental incompleto e 4,27 vezes maior nas mulheres analfabetas.

Apesar de quase todas as categorias das variáveis apresentadas na Tabela 12 terem apresentado Odds Bruto com valor de significância estatística, após aplicação do Odds Ajustado, apenas as variáveis grau de instrução e tipo de encaminhamento foram comprovadamente fatores de risco para o diagnóstico do tumor de mama em estadiamento tardio.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

4.1.1 Faixa etária

Thuler (2003) descreve que, no sexo feminino, a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos.

Rezende et al (2009) apontam que em estudo de revisão sistemática e ainda em outro estudo realizado na Itália, a idade avançada foi apontada como um dos fatores para o atraso do diagnóstico dos tumores de mama.

A faixa etária é apontada ainda por diversos estudos (PEREIRA, 2001; ABREU; KOIFMAN, 2002; BRITO, 2004; MORAES, 2006; CINTRA, 2008) como um dos principais fatores prognósticos a serem avaliados em relação aos tumores malignos de mama, apontando pior prognóstico para a faixa etária igual ou inferior aos 35 anos e também para aquelas cujo diagnóstico venha a ser estabelecido a partir dos 75 anos. Já o melhor prognóstico para sobrevida em cinco anos é apontado no grupo de mulheres que têm o diagnóstico entre os 40 e os 49 anos (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Em estudo epidemiológico utilizando dados dos Registros de Câncer de Base Populacional de Goiânia, São Paulo e Manaus, para o período compreendido entre 1996 e 2000, Thuler (2003) encontrou que 60 a 70% dos casos novos de tumores malignos de mama ocorreram na faixa etária compreendida entre os 40 e 69 anos de idade, em estudo mais recente, realizado na cidade do Rio de Janeiro, Rezende et al (2009) encontraram incidência maior na média de idade de 54 anos (com intervalo de + - 12 anos) valores bem próximos dos encontrados na presente pesquisa, que encontrou cerca de 75% dos casos analisados compreendidos nessa faixa etária ampliada.

Apenas 1,67% da população do presente estudo apresentou idade inferior a 30 anos no momento do diagnóstico do tumor de mama. Crippa (2003), em seu estudo,

encontrou realidade parecida entre mulheres atendidas com tumores malignos de mama em uma instituição pública em Santa Catarina, Brasil, onde apenas 4% das mulheres apresentavam faixa etária inferior aos 30 anos no momento do diagnóstico do tumor.

Moraes (2006), em pesquisa realizada com dados de um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul, referente a mulheres atendidas para tratamento de tumor maligno de mama entre 1980 e 2000, encontrou idade média das mulheres em 54 anos, com amplitude entre 21 e 89 anos e 16,3% da população de estudo abaixo dos 40 anos. Das mulheres atendidas no HSRC, 12,52% apresentaram idade abaixo dos 40 anos, valor bem próximo do encontrado por Cintra (2008) em estudo realizado na cidade de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, Brasil.

Aplicando o teste qui-quadrado e calculando o p-valor, não foi encontrada no presente estudo significância estatística para a variável idade como fator de influência para o diagnóstico tardio do câncer de mama.

4.1.2 Local de nascimento e procedência

As variáveis local de natalidade e local de procedência nos traz informações sobre a variedade cultural das pacientes atendidas, uma vez que cerca de 34% das mulheres que receberam tratamento têm raízes culturais em outras localidades brasileiras, o que pode influir na aderência terapêutica. Em contrapartida, 81% das pacientes residia na Região Metropolitana da Grande Vitória (composta pelos municípios de Vitória, Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana e Guarapari) no momento do início do tratamento contra o tumor de mama no HSRC.

A proximidade de moradia em relação ao local de tratamento contribui para a maior aderência ao tratamento, pela facilidade de acesso à Instituição, inclusive para participar de atividades terapêuticas complementares ao tratamento alopático, como as vivências em grupos e a reabilitação física pós-mastectomia, que no HSRC são

disponíveis através do PREMMA – Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas.

4.1.3 Raça/cor da pele

A variável raça/cor tem como fonte de informação a auto-análise da paciente no momento da primeira consulta, por formulação de pergunta direta pelo médico assistente, ou pela concepção do próprio médico, sem questionamento à paciente. Não há uma uniformização de conduta relativa à coleta dessa informação no HSRC, assim, o critério de obtenção fica por conta do profissional que realiza o atendimento.

Quanto ao sistema de classificação de raça/cor brasileiro, Cardoso (2005) se refere à parcialidade dos registros, fundamentada nos significados dos atributos históricos e de *status* de nossa sociedade:

“De fato, o padrão classificatório no Brasil é frequentemente caracterizado pela fuidéz (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação. Constata-se, por exemplo, que quanto maior a posição sócio-econômica do indivíduo, mais recorrente é a possibilidade dele se *embranquecer*.”(CARDOSO, 2005, p. 172)

Maio (2005) reforça a falta de consistência conceitual acerca das definições das categorias raça e etnia e do não compartilhamento de definições padronizadas por parte da comunidade científica, o que dificulta a análise dessa variável, devido principalmente à qualidade das bases de dados nacionais, cuja coleta de dados sobre raça/cor e etnia é relativamente recente e ainda deficiente.

A influência da variável raça/cor e etnia como fator determinante das desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde vem sendo trabalhada nos últimos anos por diversos pesquisadores (OLINTO, 2000; CARDOSO, 2005; MAIO, 2005; CRUZ, 2006).

De acordo com as informações obtidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada no ano de 2005, o Estado do Espírito Santo apresenta uma população de cerca de 3 milhões e 413 mil indivíduos, dos quais 53,3% são de cor parda, 39,3% de cor branca e 7,2% de cor preta (IBGE, 2006).

Assim, compreendemos que os dados referentes à variável raça/cor encontrados para as categorias parda (53,3%) e branca (43,3%) estão de acordo com a estatística de distribuição esperada, segundo critérios demográficos já conhecidos do Estado do Espírito Santo. Já para a cor de pele preta (1,9%) parece haver um déficit importante.

Em pesquisa na cidade mineira de Juiz de Fora, com mulheres atendidas para tratamento de tumor maligno de mama, Cintra (2008) encontrou perfil de distribuição bem diferente, com 70% de mulheres de cor branca e 30% pertencente a outros grupos de cor/raça, apesar de o PNAD de 2005 ter apontado para o Estado de Minas Gerais uma população de 46% de pessoas de cor branca e 54% de pessoas pertencentes a outros grupos de cor/raça.

Estudos (OLINTO,2005; CRUZ, 2006; CINTRA, 2008) apontam que a raça negra, em geral, está associada a um fator de pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnico-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o acesso mais dificultado à assistência terapêutica e às possíveis diferenças no tratamento e nos seus resultados.

Quando aplicados os teste qui-quadrado, com p-valor igual a 0,0001, e de regressão logística, com intervalo de confiança de 95%, o Odds bruto para as classes cor preta e cor parda foram significativamente estatísticos, com aumento do risco em 2,5 vezes para as mulheres de cor preta e de 1,5 vezes para as mulheres de cor parda. Entretanto, quando analisadas as influências das demais variáveis intervenientes, através do cálculo do Odds ajustado, os achados relativos à variável raça/cor da pele não se apresentaram estatisticamente significativos como possível fator de risco para o diagnóstico tardio do tumor de mama.

Consideramos, porém, que os achados da presente pesquisa refletem a necessidade de maiores análises em relação ao mito da “democracia racial” em

oposição ao racismo contemporizador, determinante das desigualdades no acesso à saúde em nosso país (OLINTO, 2005).

5.1.4 Estado conjugal

Apesar de a análise bivariada da regressão logística não ter apontado influência estatisticamente significativa da variável estado conjugal sobre o risco de diagnóstico de tumor de mama em estadio tardio, e Rezende et al (2009) terem destacado que em recente revisão sistemática de literatura o estado civil não foi apontado como fator de associação com o atraso no diagnóstico dos tumores de mama em mulheres, qualitativamente, estudos apontam possíveis relações entre a rede de apoio familiar e o autocuidado.

Peres e Santos (2007) apontam que os estudos científicos sobre o câncer de mama têm se voltado cada vez mais para a investigação dos fatores psicossociais que estariam associados à dificuldade de estabelecimento do diagnóstico precoce.

Para Biffi (2004), a família funcional, como ponto de suporte social onde o indivíduo se sente amparado em seu sistema de valores, em suas percepções emocionais e nos seus comportamentos, auxilia na manutenção de sua autoconfiança. Assim, quanto maior o suporte social, maior a capacidade do indivíduo para enfrentar situações de estresse, desenvolvendo condições para suportá-las, e maior também será seu sentimento de preservação em relação a si próprio e àqueles de seu núcleo familiar.

4.1.5 Grau de instrução

No Brasil, 12,4% da população é analfabeta. Dentre os analfabetos brasileiros, 7,7% são de cor branca e 36,8% são de cor preta, segundo a última Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios - Pnad (BRASIL, 2006). O percentual de analfabetismo entre a população de cor preta é quase cinco vezes maior do que o percentual de brancos analfabetos um indício forte da desigualdade de oportunidades de escolarização.

Quando é analisado o analfabetismo funcional (que corresponde a menos de quatro anos de ensino, implicando em falha no domínio de habilidades em leitura, escrita, cálculos e ciências), a disparidade entre brancos e negros aumenta ainda mais. Nessa população, apenas 20,2% são brancos; enquanto 72,5% são pessoas negras (CRUZ, 2006).

O analfabetismo entre a população do presente estudo reflete as desigualdades sociais estabelecidas entre os mais e os menos favorecidos economicamente, bem como entre os negros e pardos em oposição aos brancos, dificultando a aquisição de informações importantes sobre prevenção e detecção precoce de doenças, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A realidade quanto à escolaridade das pacientes é refletida na ocupação que essas pessoas têm como fonte de renda. A grande maioria dos registros de pacientes em que havia informação clara quanto à ocupação (excluindo os registros "Trabalhadoras que não podem ser classificadas segundo a CBO") era de mulheres que realizavam trabalhos considerados pela CBO como trabalhos de serventia (faxineiras e auxiliares de limpeza).

Cruz (2006) em estudo sobre as desigualdades raciais no Brasil em relação à saúde, afirma que:

"A escolaridade é um importante indicador de saúde por estar relacionada à aquisição de comportamentos saudáveis e de habilidades para o gerenciamento da doença e do tratamento."

Pertencer às classes sociais mais altas foi apontado por Sclowitz et al (2005) como um dos fatores associados a maiores prevalências das condutas na prevenção secundária do câncer de mama.

Peres e Santos (2007) referem que muitos estudos apontam a falta de informações, as crenças e as percepções distorcidas da doença como fatores que podem levar as mulheres que vivem em condição de pobreza a evitar a busca por exames das mamas. Em sua pesquisa, abordando aspectos emocionais de mulheres de baixa renda acometidas por câncer de mama, captaram o seguinte depoimento:

“Eu fiz a quimio e o caroço sumiu. Aí eu achava que não era câncer. Tanto é que eu não voltei no médico quando tava agendada a cirurgia. Eu só fiz a cirurgia depois porque eu percebi que o caroço tava voltando. Só que, pra te falar a verdade, até hoje eu tenho minhas dúvidas.” (PEREZ, 2007, p. 790)

Em pesquisa realizada com dados da PNAD 2003, Novaes, Braga e Schout (2006), ao avaliar a referência de realização de mamografia por parte das mulheres sujeitos da pesquisa, identificou que 64% das mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto referiram não ter feito mamografia nos últimos 2 anos, valores que caíram para 18,2% dentre as mulheres com ensino médio completo ou superior incompleto e para apenas 4,6% entre as mulheres com nível superior completo.

Os achados de Peres e Santos (2007), Novaes et al. (2006), Cruz et al. (2006), Sclowitz et al. (2005) são indicativos fortes do impacto da baixa escolaridade na prevenção primária e secundária de doenças como o câncer e reforçam os achados da presente pesquisa, que identificou que, quanto menor o grau de escolaridade da mulher, maior o risco do diagnóstico tardio dos tumores de mama.

Rezende et al (2009) destacam diversos estudos realizados na Itália e nos Estados Unidos, onde o baixo nível educacional e o baixo nível socioeconômico foram os principais fatores para a descoberta do tumor de mama em estágio tardio.

Aplicado o teste qui-quadrado, com p-valor igual a 0,0001, e regressão logística com intervalo de confiança de 95%, o Odds ajustado, tomando como padrão o nível superior de escolaridade, apontou risco crescente de diagnóstico tardio de tumores de mama da ordem de 2,06 vezes maior nas mulheres com nível médio completo,

2,59 vezes maior naquelas com ensino fundamental completo, 3 vezes nas com ensino fundamental incompleto e 4,27 vezes maior nas mulheres analfabetas.

4.1.6 Origem do encaminhamento

Comparando o tipo de encaminhamento recebido pela mulher para tratamento do câncer de mama, identificamos que aquelas encaminhadas pelo SUS apresentaram, após Odds ratio ajustado com intervalo de confiança de 95%, risco 1,94 vezes maior de diagnóstico em estágio tardio do tumor em relação às encaminhadas por serviços particulares ou de convênios/planos de saúde.

Associando tal informação com os achados de significância estatística que apontam os menores graus de escolaridade como os maiores riscos de diagnóstico tardio dos tumores de mama, reforçamos a hipótese de que o padrão econômico e social seja também uma variável de influência importante para a detecção dos tumores de mama em estágio tardio, devido às possíveis dificuldades de acesso e de acessibilidade aos serviços públicos de atenção secundária à saúde. Entretanto, outras pesquisas ainda precisam ser realizadas para a verificação dessa hipótese, através do levantamento da renda familiar e individual da população de estudo.

As atuais estratégias de oferta de serviços públicos de saúde à população, com os serviços de atenção primária funcionando como porta de entrada aos demais níveis de atenção incluindo a prevenção secundária através do diagnóstico precoce das doenças e agravos não transmissíveis é excludente para uma grande parte de usuários (provavelmente os que mais precisam desses serviços), que têm o acesso dificultado pelas distâncias geográficas (tempo de deslocamento, custo do transporte) e pela acessibilidade sócio-organizacional (DONABEDIAN apud TRAVASSOS, 2004) comprometida pelos horários de funcionamento dos serviços, que raramente privilegiam os trabalhadores através da oferta de turnos diferenciados ou horários estendidos.

Cabe ainda análise de Ramos e Lima (2003) sobre aspectos levantados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) relativos ao acesso e à acessibilidade:

“(...) a necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento.” (RAMOS E LIMA, 2003, p.28)

Outros estudos precisam ser desenvolvidos para identificar as questões de gestão, planejamento e oferta dos serviços públicos de saúde para prevenção secundária do câncer de mama e seus impactos na detecção precoce e tardia dos tumores, visando à melhoria efetiva dos serviços prestados à população, dentro de uma nova prática de gestão democrática e participativa, em um modelo que

“(...) deve incluir dois eixos teóricos: um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, e outro que reafirme a saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública.” (ASSIS et al. 2003, p.816)

4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO TUMOR

Em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores ao primeiro atendimento no HSRC, 41,8% das mulheres chegou à instituição com diagnóstico do tumor de mama e tratamento iniciado em outros centros, o que já era esperado, pela categoria de Centro de Referência no tratamento de oncologia que o HSRC apresentou até o ano de 2005, sendo por muitos anos a única instituição no Estado do Espírito Santo a disponibilizar serviços de radioterapia e quimioterapia.

Quanto à base mais importante do diagnóstico, que diz respeito ao exame/procedimento realizado para diagnóstico do tumor, a histologia do tumor primário foi relatada em 99,3% dos registros, atendendo às preconizações nacionais e internacionais (Brasil, 2004) para diagnóstico eficaz de tumores de mama.

O acometimento da mama esquerda em 49,6% da amostra reforça achados em estudos anteriores (PANOBIANCO, 2002; VIEIRA, 1999).

O tipo histológico predominante na população foi o carcinoma ductal infiltrante, com cerca de 79% de representação, confirmando os achados de Abreu e Koifman em estudo de revisão sistemática de literatura (2002). Outras pesquisas apontaram valores percentuais semelhantes, entre 76,7% (CRIPPA, 2003) e 73,4% (MORAES, 2006).

A ocorrência de um único tumor primário foi confirmada em 98% das mulheres, com apenas três ocorrências de dúvida (0,1%).

Quanto à localização do tumor primário, 54,4% dos registros foram classificados com localização em "glandula mamária". A região topográfica específica do tumor primário na mama ocorreu em apenas 45,6% dos registros, dos quais 53,2% em quadrante superior externo da mama.

A presença de metástases à distância foi registrada em apenas 5,4% da amostra, apesar de 7,6% dos casos terem sido cadastrados como estadio IV, que, por definição, é atribuído quando há doença localmente avançada ou presença de metástase à distância. Quando na presença de metástase, a principal ocorrência foi nos ossos e articulações, achado que vai ao encontro da literatura científica (KANG, 2003).

A discussão sobre o estadiamento do tumor da mama foi realizada com maior detalhamento, visto que essa variável foi utilizada como variável de base para a análise dos possíveis fatores de risco para o diagnóstico tardio do câncer de mama na população de estudo.

4.2.1 Estadiamento

Quanto ao estadiamento do tumor no momento da entrada da mulher no serviço, 37,21% das mulheres estudadas apresentaram estágio entre 0 e IIA, estados evolutivos iniciais do tumor, achado que vai ao encontro do publicado por Paulinelli (2003), que apontou o estadiamento clínico II como sendo o mais freqüente estadiamento clínico encontrado ao início do tratamento.

Cintra, Guerra e Teixeira (2008) identificaram 86% de estadiamento entre II e III em estudo semelhante na cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais). Já Abreu e Koiffman (2002) e Pinho e Coutinho (2007) encontraram uma realidade mais pessimista, relatando que, na grande maioria das instituições prestadoras de tratamento contra o tumor de mama, os estadiamentos III e IV chegaram a corresponder a até 60% da amostra.

Infelizmente, a taxa de incompletude foi de 28,55% para a variável estadiamento clínico do tumor antes do início do tratamento, o que pode ser devido à não realização do estadiamento clínico do tumor ou ao não registro dessa informação no prontuário das pacientes.

O estadiamento clínico em fase inicial, encontrado em 37,21% da população do presente estudo, supera os achados supracitados, o que pode indicar que as políticas de identificação precoce dos tumores de mama (tanto as relacionadas à prestação de serviços de diagnóstico quanto às medidas educativas de conscientização da população feminina) estão sendo mais eficazes e eficientes.

Entretanto, quando comparado com recente estudo publicado por Rezende et al (2009), onde a amostra apresentou 53,8% de mulheres com tumores em estadiamento clínico de 0 a II, faz-se necessária uma análise mais profunda sobre a importância do preenchimento completo da Ficha de registro de tumor no HSRC, uma vez que a incompletude do dado alcançou quase 30% e ainda, demanda outros estudos sobre a efetividade das políticas públicas de detecção precoce dos tumores de mama em nossa cidade e Estado, visto a disparidade dos resultados entre o presente estudo e o publicado por Rezende et al (2009).

Brito (2004), em sua dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro”, constatou que apenas 8,7% dos casos estudados apresentaram estágio I no momento do diagnóstico do tumor de mama, realidade bem mais preocupante que os 18,50% com mesmo estadiamento encontrados na presente pesquisa. Isso porque, conforme a mesma autora, a sobrevivência do paciente é fundamentalmente determinada pelo estadiamento da doença no momento do diagnóstico.

Esperamos que a realidade epidemiológica dessa variável siga as curvas descendentes apontadas no estudo de Thuler e Mendonça (2005), que, em levantamento epidemiológico de 7458 mulheres com câncer de mama diagnosticadas entre os anos de 1990 e 1994, encontraram 52,6% nos estádios III e IV, percentual que caiu para 45,3% em pacientes diagnosticadas entre os anos de 1995 e 2002. Para confirmação dessa hipótese são sugeridos estudos posteriores.

Para Molina (2003), a ampliação de oportunidades de diagnóstico precoce tem sido considerada a melhor forma de investimento para a prevenção do câncer de mama e possibilita, ainda, a identificação dos tumores em estadiamento inicial, melhorando o prognóstico das pacientes.

Um exemplo do avanço das políticas públicas nacionais voltadas para a intensificação das medidas para a educação em saúde e para o diagnóstico precoce dos tumores de mama é a criação do Sistema de Informações em Saúde para o Câncer de Mama – SISMAMA, elaborado pelo INCA e que está em fase de implantação no Brasil desde o segundo semestre de 2008.

O SISMAMA é um sistema informatizado para integrar e uniformizar registros de todas as fases do tratamento do câncer de mama, consultas, exames e procedimentos diversos. Assim, dados como o diagnóstico clínico, exames de mamografia em serviços de radiologia credenciados, resultados de biópsias, tratamentos cirúrgicos, de radioterapia, de quimioterapia e de terapia hormonal estarão disponíveis em um sistema integrado, melhorando as condições de detecção, tratamento e acompanhamento das mulheres com tumores malignos de mama.

Outro avanço inegável é a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que determina que a partir de 29 de abril de 2009, o SUS deverá assegurar a realização de mamografia para todas as mulheres com idade a partir dos 40 anos (REZENDE et al, 2009), ação que certamente contribuirá para a detecção precoce dos tumores de mama, principalmente aqueles assintomáticos.

4.3 CARACTERIZAÇÃO TEMPORAL DO ATENDIMENTO

Sobre o tempo decorrido em dias desde o diagnóstico da doença e a primeira consulta no HSRC, 26,98% da população teve a doença diagnosticada no HSRC, ou seja, a data de diagnóstico do tumor de mama foi posterior à data da primeira consulta na instituição.

Das pacientes que obtiveram o primeiro diagnóstico do tumor de mama antes de serem atendidas no HSRC, 25,35% da população levou até 30 dias para ter a primeira consulta na instituição e 29,24% levou de 31 dias até três meses.

O intervalo de tempo decorrido pode indicar tanto a insuficiência na oferta de serviço especializado para o tratamento dos tumores de mama quanto a demora pela busca do serviço por parte das pacientes, seja por desconhecimento dos trâmites de acessibilidade ou por crenças, temores e outras razões próprias, o que poderá ser evidenciado com um estudo específico posterior.

Consideramos também o intervalo de tempo decorrido desde o diagnóstico até o início do tratamento, que, em 43,95% dos casos variou de um a três meses. Considerando uma amplitude temporal maior, cerca de 92% das mulheres iniciaram o tratamento para o tumor de mama em menos de seis meses após o primeiro diagnóstico, achado muito semelhante aos 90% apresentado por BRITO (2004).

Sobre o tempo decorrido entre a primeira consulta na instituição e a data de início do primeiro tratamento, a predominância foi de um período de menos de 30 dias,

relatado em 63,94% da população, o que pode ser considerado um indicador da eficiência dos processos de gestão da assistência para o tratamento do câncer de mama no HSRC.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO RECEBIDO

Quanto ao início do primeiro tratamento para tumor de mama, 94,64% das pacientes cadastradas iniciaram e concluíram o tratamento. Um total de 79 mulheres ou 2,7% da amostra, não iniciaram o tratamento. O óbito foi responsável por 21 dessas ocorrências. Chama a atenção o registro das categorias “sem informação” e “outras razões”, responsáveis respectivamente por 21 e 14 ocorrências, devido ao desconhecimento dos reais motivos que levaram essas mulheres a não receber tratamento do HSRC e, talvez, de nenhum outro centro de tratamento oncológico.

Quanto à aderência ao tratamento proposto e disponibilizado, 96% das mulheres concluiu o primeiro tratamento para câncer de mama, sendo o óbito durante o tratamento a principal causa para a não conclusão (0,4% ou 13 ocorrências). Ressaltamos novamente as dificuldades de manutenção das informações de óbito no SISRHC pela não comunicação do sistema com o SIM, o que dificulta a atualização do SISRHC.

4.5 CARACTERIZAÇÃO DO RESULTADO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

Apenas 46,2% da população do estudo tiveram seguimento, ou seja, foram acompanhadas por meio de busca ativa de informações sobre a paciente após o primeiro ano do diagnóstico do tumor. Para os tumores de mama, um paciente é

considerado curado quando, após cinco anos do diagnóstico e do início do tratamento não há indício de doença local ou à distância (BRASIL, 2004).

A ausência de informação sobre a situação da mulher ao final do primeiro tratamento foi prevalente em 73,1% dos casos, o que compromete a análise dos dados. Para os registros com informação, 51,77% obtiveram remissão completa da doença.

5 CONCLUSÕES

Em síntese, a pesquisa apontou um perfil de mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos (29,8% com 42,3% de frequência acumulada), de cor parda (53%), casadas (**56,4%**), com ensino fundamental incompleto (33,2%), nascidas no Estado do Espírito Santo (**65,7%**), moradoras da Região Metropolitana da Grande Vitória (**67,7%**) e encaminhadas através do SUS (44,9%).

Essas mulheres deram entrada no HSRC, em sua maioria, com diagnóstico do tumor e tratamento iniciado em outra instituição (41,8%). A principal base diagnóstica foi a histologia do tumor primário (**99,3%**), com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante (**78,6%**) acometendo a mama esquerda (**49,6%**) e diagnosticado em estadiamento precoce (**48,1%**), com presença de apenas um tumor primário (**98%**). A presença de metástases à distância foi mínima (**5,4%**), acometendo principalmente os ossos e articulações (**41,38%**).

A mediana do tempo decorrido, em dias, entre o diagnóstico e a primeira consulta e entre o diagnóstico e o início do tratamento foi menor para mulheres com estadiamento tardio (**16 dias e 45 dias**) em comparação com as de estadiamento precoce (**29 e 67 dias**), o que pode indicar a atuação de priorização do serviço do HSRC para as mulheres com estadiamento tardio. Entretanto, a mediana, em dias, entre a data da primeira consulta e o início do tratamento foi maior para as mulheres com estadiamento tardio (**17 dias contra 12 das mulheres com estadiamento precoce**) o que tende a contrariar a hipótese anterior, sugerindo que, talvez, as mulheres que receberam diagnósticos em estadiamento tardio tenham buscado mais rapidamente o serviço do HSRC para tratamento do tumor de mama do que aquelas que obtiveram diagnóstico em estadiamento precoce.

A baixa escolaridade foi estatisticamente evidenciada como forte fator de risco para a detecção dos tumores de mama em estadiamento tardio, com **4,3 vezes** mais riscos para as mulheres analfabetas em relação às aquelas com nível superior, o que subsidia a adoção de medidas seletivas de rastreamento nessa população, como forma de minimizar tal risco.

A origem do encaminhamento pelo SUS como outro fator de risco estatisticamente significativo (**1,9 vezes maior**) para a detecção do tumor de mama em estadiamento tardio

reforça o impacto dos fatores sociais e econômicos na efetividade da detecção precoce desses tumores.

6 RECOMENDAÇÕES

Devido à importância epidemiológica do câncer de mama no Brasil, ocupando o segundo lugar entre os tumores de maior incidência na população feminina (BRASIL, 2008), às tendências de aumento na incidência de novos casos de câncer de mama, que segundo o último Relatório Mundial de Câncer da OMS, podem crescer cerca de 50% no mundo até o ano de 2020 (OMS, 2003) subsidiado, ainda, pela incompletude de dados tais como histórico familiar de câncer e tabagismo (cientificamente comprovados como fatores associados ou fatores de risco para o desenvolvimento de tumores de mama e hoje considerados itens de preenchimento opcional da Ficha de Registro de Tumor), e ainda da falta de outros itens importantes para a gênese do tumor de mama, como a nuliparidade e a idade do familiar de primeiro grau quando do acometimento pelo tumor de mama, sugerimos a adoção pelo Ministério da Saúde e pelo INCA, de uma Ficha de Registro de tumor específica para o tumor de mama, onde tais informações ocupassem lugar de destaque, com obrigatoriedade de preenchimento, sendo, inclusive, pré requisito para o lançamento do novo cadastro no SISRHC.

Acreditamos que uma ficha que contenha, além de todas as informações da atual, itens que privilegiam fatores conhecidamente de risco para o câncer de mama, possibilitará um melhor detalhamento das características dessa doença em nosso país.

No campo das pesquisas científicas, a oferta de informações mais específicas para a realização de pesquisas futuras poderá nos fazer compreender cada vez mais e melhor a realidade do câncer de mama, bem como os mecanismos da gênese e do desenvolvimento dessa doença em nosso país.

De posse de maior riqueza de informações, talvez possamos avançar ainda mais em direção ao alcance dos objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), complementando os serviços de saúde atualmente ofertados à população, nas áreas da prevenção secundária/detecção precoce, e da prevenção terciária (THULER, 2003) que sejam cada vez melhor direcionadas para o perfil da população acometida (ou com maior risco de acometimento), da adoção de políticas públicas que facilitem ou mesmo viabilizem a acessibilidade aos serviços de saúde para detecção precoce e para o início rápido e eficaz do tratamento, visando a um

aumento das taxas de detecção precoce, maior eficiência e eficácia nos tratamentos e menores taxas de óbito causadas pelo câncer de mama em nosso país.

Os dados secundários que o SISRHC são de riqueza imensa e inúmeros outros estudos ainda podem ser realizados visando a conhecer melhor as características da população atendida no serviço, como forma de identificação de fatores de risco e de proteção que subsidiem as políticas públicas na área da saúde em nosso Estado e em nosso país.

A discussão acerca das desigualdades sócio-raciais no acesso aos serviços de saúde e como fatores de pior prognóstico no câncer pode ser aprofundada a partir de estudos que analisem a ligação das variáveis raça/cor e grau de escolaridade com a mortalidade pelo câncer de mama durante e após o tratamento para o câncer de mama.

Uma grande dúvida, que não foi possível esclarecer no presente estudo, foi a realidade da sobrevida (cura, metástase local, metástase regional, óbito pelo tumor de mama, óbito por outras causas) das pacientes atendidas pela instituição para tratamento do câncer de mama. Para tal, será necessária uma busca individualizada de cada paciente no SIM, inviável pela limitação de tempo para a realização da pesquisa.

Que as Instituições prestadoras de assistência a pacientes oncológicos conscientizem-se da importância do setor de Registro Hospitalar de Câncer, proporcionando estrutura humana e tecnológica necessária, além de educação permanente visando o aprimoramento do preenchimento das informações, buscando reduzir cada vez mais os níveis de incompletude dos dados.

Outra sugestão para a redução da incompletude dos dados da Ficha de Registro de Tumor é a realização de consultas prévias de enfermagem com as pacientes, onde o profissional de enfermagem realizaria, na consulta de acolhimento na Instituição, o preenchimento da maior quantidade possível de informações que caibam ao profissional de enfermagem, o que já reduziria maiores probabilidades de ausência de informações na Ficha de Registro de Tumor, facilitando o trabalho dos registradores do RHC e melhorando a qualidade das informações.

Que seja realizado um estudo que viabilize a importação de dados do SIM base nacional para os SISRHC's, de forma que os bancos de dados de base hospitalar de câncer possam ser constantemente atualizados, possibilitando acesso rápido às informações do óbito das pacientes, ocorridos em qualquer lugar do país.

Sugerimos ainda que outros estudos sejam realizados, inclusive utilizando abordagens qualitativas, com a finalidade de identificar repostas que o presente estudo não teve por finalidade de encontrar, entretanto, trouxe à luz da curiosidade acadêmica. Um dos possíveis estudos seria a importância da religiosidade/fé na recuperação dessas mulheres em tratamento, outro seria a investigação qualitativa dos motivos que fazem com que haja demora por parte de algumas mulheres para buscar os serviços, apesar de muitas vezes os sinais do tumor de mama serem evidentes. Quanto maior a reflexão dos aspectos humanos dessas questões, mais dúvidas e possibilidades de novos estudos emergirão.

Com a inauguração das novas instalações do Ambulatório da AF ECC, prevista para meados do mês de julho de 2009, novos estudos poderão ser realizados comparando a eficiência relacionada ao intervalo e tempo transcorrido da procura até a data da primeira consulta e da data da primeira consulta à data do início do tratamento, com o objetivo de verificar se as novas instalações, além do conforto, aumentaram também a qualidade do serviço relacionada a essas variáveis temporais.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar 2006. v. 22. n. 3, p. 643-652.

AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia. **Relatório de atividades da Associação Feminina de Educação e Combate ao câncer – Hospital Santa Rita de Cássia 2008**. Vitória, 2009.

ABREU, Evaldo; KOIFMAN, Sergio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 113/31, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2007.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena and NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**. 2003, v. 8, n. 3, pp. 815-823. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em 25 maio 2009.

BEERS, Mark H; BERKOW, Robert (ed.). **Manual Merck**: diagnóstico e tratamento. 17 ed. São Paulo: Roca, 2000.

BICALHO, Sergio Martins; ALEIXO, José Lucas Magalhães. O programa Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de mama. **Revista Mineira de Saúde Pública**. 2002, n.01, ano 01. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:dMtfwbGzISIJ:www.esp.mg.gov.br/comunicacao/imagens_comunicacao/revista/REVISTA%252001.pdf+o+programa+viva+mulher>. Acesso em 01 maio 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Disponível em :
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher/tabela082000.shtm>>. Acesso em: 20 set. 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios 2006**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=es&tema=pnad_2006>.
Acesso em: 20 set. 2008.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Lei de diretrizes e bases da educação. **Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em:
<http://www.cp2.g12.br/alunos/leis/lei_diretrizes_bases.htm>. Acesso em 01 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. 2006. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_perfil_incidencia.pdf>.
Acesso em: 01 jul. 2007.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Documento do consenso do controle do câncer de mama**, 2004. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>> . Acesso em: 01 jul. 2007.

_____. _____. **Portaria nº 3535, de 02 de setembro de 1998**. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em 01 jul. 2007.

_____. _____. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>>. Acesso em 15 setembro 2008.

_____. _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>>. Acesso em 25 maio 2009.

_____. _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo, prevenção e vigilância de Câncer. **Rotinas e procedimentos** (Registro Hospitalar de Câncer). Rio de Janeiro, 2000.

_____. _____. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer. **TNM**: classificação de tumores malignos. Traduzido por Ana Lucia Amaral Eisberg. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Gerência Técnica do SINAN. **Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília, 2008. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/dis/arquivos_pdf/Cadernos%20de%20Analise%20do%20SINAN/Caderno%20de%20analise%20RAIVA.pdf>. Acesso em 10 abr. 2009.

BIFFI, Raquel Gabrielli. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. Ribeirão Preto, 2003.179p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-11042005-152406/>>. Acesso em 01 dez. 2008.

BIFFI, Raquel Gabrielli; MAMEDE, Marli Villela. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2004; 38(3):262-9. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/135.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2008.

BRITO, Cláudia. **Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/britocm.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2007.

CARDOSO, Andrey Moreira; SANTOS, Ricardo Ventura and COIMBRA JR., Carlos E. A.. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?. **Cad. Saúde Pública**. 2005, v. 21, n. 5, pp. 1602-1608. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/35.pdf>>. Acesso em: 01 abr 2009.

CINTRA, Jane Rocha Duarte; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev. Assoc. Med. Bras**. vol. 54, no.4. São Paulo, Jul 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/19.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2008.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva and FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascimento Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad. Saúde Pública**. 2009, v. 25, n. 3, pp. 613-624. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/16.pdf>>. Acesso em 10 maio 2009.

CRIPPA, Carlos Alberto; HALLAL, Ana Luiza Curi; DELLAGIUSTINA, Ana Rosa; TRAEBERT, Erca Elaine; GONDIN, Glaucia; PEREIRA, Caroline. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 3, p. 50-58, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/146.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2007.

CRUZ, Isabel C.F. da. Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra – uma revisão de literatura. **Online Brazilian Journal of nursing**. V 05, n02, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/400>>. Acesso em 20 nov. 2008.

CRUZ, M. M., TOLEDO, L. M., SANTOS, E. M. O sistema de informação de AIDS do município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan-fev 2003. v. 19. n. 1. p. 81-89.

Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev. Saúde Pública** 2007;41(5):865-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/cancer.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2008.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

EISENBERG, Ana Lucia Amaral; KOIFMAN, Sérgio. Câncer de mama: marcadores tumorais (revisão de literatura). **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, 47 (4): 377-88. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em 10 dez. 2008.

FREITAS JÚNIOR, Ruffo de et al. Análise da sobrevida de pacientes com câncer de mama localmente avançado submetidas à quimioterapia neoadjuvante (FACV). **Rev. Brasileira mastologia**. 7 (1): 9-15, mar. 1997. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Iscriscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=205130&indexSearch=ID>>. Acesso em 01 maio 2008.

GADELHA, Maria Inez Pordeus; COSTA, Milene R.; ALMEIDA, Rosimary T . Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 193-199. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em 01 abr 2009.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Claudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista brasileira de cancerologia**, v.51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2007.

KANG, Yibin et al. A multigenic program mediating breast cancer metastasis to bone. **Cancer cell**. Volume 03, issue 06. June 2003, Pages 537-549. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WWK-48XRYGN-8&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=eb33d33be09f1a7c500b8ed7d012d1b2>. Acesso em 01 abr 2009.

LEÃO, Estela Maria; MARINHO, Lílian Fátima Barbosa. Saude das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)>. Acesso em 01 fev. 2009.

MAIO, Marcos Chor et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.1, pp. 171-180. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/19.pdf>>. Acesso em 01 maio 2009.

MATTOS, Ruben Araújo. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, p. 39 – 64. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em 01 fev 2009.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1993. v. 27. Supl. 6.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S.L.D.; OLIVEIRA, H. O sistema de informações sobre nascidos vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. **Informe Epidemiológico do SUS**, 1996. v. 5. p. 15-48.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S.L.D.; ANDRADE, S.M. Análise dos registros de nascimentos vivos em localidade urbana no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 31, n. 1, p. 78-89, 1997.

MELLO JORGE, M. H. P., LAURENTI, R., GOTLIEB, S.L.D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12. n. 3, p. 643-654, 2007.

MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva et al. Características tumorais e sobrevida em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 (5): 1232-1239, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/17.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2008.

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.49 no.2 São Paulo Apr./June 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000200039&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em 01 dez. 2008.

MORAES, Anaelena Bragança de et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n10/21.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2007.

MOREIRA, C. M. N., MACIEL. E. L. N. Completitude dos dados do programa de controle da tuberculose no sistema de informação de agravos de notificação no estado do Espírito Santo, Brasil: uma análise do período de 2001 a 2005. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 34, ed. 4, abr 2008. Disponível em: <http://jornaldepneumologia.com.br/portugues/artigo_print.asp?id=1091>. Acesso em 01 jun 2009.

MOURA, L. ET AL. Avaliação do registro de câncer de base populacional do município de Goiânia, estado de Goiás, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15. N. 4, p. 7-17, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n4/v15n4a02.pdf>>. Acesso em 01 jun 2009.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emília; SCHOUT, Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras: PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n4/32338.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2008.

OLINTO, Maria Tereza Anselmo; OLINTO, Beatriz Anselmo. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4):1137-1142, out-dez, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>>. Acesso em 01 abr 2009.

OLIVEIRA, Agliberto Barbosa de et al. Imunoexpressão do c-erbB-2 nas lesões epiteliais proliferativas intraductais da mama de mulheres. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2004, vol.50, n.3, pp. 324-329. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21668.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2008.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, v. 14, suppl. 1. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em 01 fev. 2009.

PANOBIANCO MS; MAMEDE, MV. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002 julho-agosto; 10(4) :544-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13367.pdf>>. Acesso em 01 abr 2009.

PAULINELLI, Régis Resende; FREITAS JÚNIOR, Ruffo de; CURADO, Maria Paula; SOUZA, Aline de Almeida e. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. In **Revista Brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p.17-24, jan/mar.2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2007.

PEDROSA, Linda Délia C. O.; SARINHO, Silvia W. and ORDONHA, Manoelina R.. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, v. 23, n. 10, pp. 2385-2395. ISSN 0102-311X. Disponível em:
< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/13.pdf>>. Acesso em 01 jun 2009.

PEREIRA, Waltair Maria Martins. **Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no Estado do Pará**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2001. 90 p. Disponível em:
<<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/pereirawmmm/capa.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2007.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, vol.15, n. spe, PP 786-791. ISSN 0104-1169. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_11.pdf>. Acesso em 01 dez. 2008.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5):1061-1069, maio 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n5/08.pdf> >. Acesso em 01 dez. 2008.

RAMOS, Donatela Dourado;LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, n. 1, pp. 27-34. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em 25 maio 2009.

RAMOS, Sílvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva** . 2004, vol.9, n.4, pp. 1067-1078. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a27v9n4.pdf>>. Acesso em 01 fev 2009.

REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto; FIGUEIREDO, Juliana de Almeida and THULER, Luiz Claudio Santos. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2009, vol.31, n.2, pp. 75-81. ISSN 0100-7203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/05.pdf>>. Acesso em 31 maio 2009.

ROMERO, Dalia E.; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, v. 22, n. 3, pp. 673-681. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf>>. Acesso em 10 maio 2009.

_____. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.3, pp. 701-714. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n3/22.pdf>>. Acesso em 01 jun 2009.

SCLOWITZ, Marcelo Leal; MENEZES, Ana Maria Baptista; GIGANTE, Denise Petrucci; TESSARO, Sérgio. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39 (3): 340-9. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2008.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme and LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**. 2004, v. 20, n. 5, pp. 1281-1289. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em 01 fev 2009.

SILVA, A. A. M. ET AL. Avaliação da qualidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em 1997-1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 35. n. 6., 2001, p. 508-514.

THULER, Luiz Claudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 227-238. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/REVISAO1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2008.

THULER, Luiz Cláudio; MENDONÇA, Gulnar Azevedo. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. In **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 656/60, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, supl. 2 p. 190/98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em 25 maio 2009.

TRUFELLI, Damila Cristina et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2008, vol.54, n.1, pp. 72-76. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf>>. Acesso em 01 fev. 2009.

VIEIRA, Roberto Jose da Silva. **Agregação familiar de câncer de mama e ovário: estudo descritivo em amostra de famílias no Brasil**. Apresentada a Instituto Fernandes Figueira para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 1999. 97 p. illus, tab.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2008**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>. Acesso em 01 maio 2009.

APÊNDICE A – Termo de solicitação de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

Termo de solicitação de dados

À Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer de mama e ao Hospital Santa Rita de Cássia

Aos cuidados da Diretora de Unidades Ambulatoriais Weslene Vargas Moura

Vimos por meio deste termo solicitar a liberação de dados para a realização de pesquisa de dissertação de mestrado em Atenção à Saúde Coletiva, intitulado “Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama”. A pesquisa será conduzida pela Enfermeira mestranda Priscilla Ferreira e Silva sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Costa Amorim.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de dados secundários de saúde, ou seja, utilizando informações de bancos de dados, no caso, do Sistema de Informação em Saúde do Registro Hospitalar de Câncer dessa instituição. O objetivo da pesquisa é identificar a realidade epidemiológica das mulheres com tumor na mama atendidas pela AFECC/HSRC para tratamento de tumor primário de mama.

Para o presente estudo, solicitamos a liberação de dados, referentes ao período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006, ressaltamos que todos os dados são informações já cadastradas como casos analíticos no SIS-RHC dessa instituição, não haverá busca em prontuários nem em qualquer outra fonte de informações, e ainda, que os dados solicitados já estão “prontos” no descrito sistema de informação, demandando o mínimo de esforço e tempo para a coleta dos dados, gerando assim, o mínimo de desvio de função da funcionária do setor.

Para cada caso analítico de mulheres com tumor de mama cadastrados no intervalo de tempo supracitado, precisaremos das seguintes informações:

- Idade;
- Raça/cor da pele;
- Grau de instrução na época da matrícula;
- Estado conjugal da mulher à primeira consulta;
- Ocupação;
- Local do nascimento;

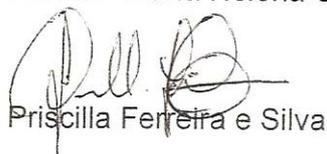
- Procedência;
- Base mais importante do diagnóstico;
- Tipo histológico;
- Estadiamento clínico do tumor antes do tratamento;
- Lateralidade;
- Principal razão para a não realização do primeiro tratamento na instituição;
- Primeiro tratamento recebido na instituição;
- Data do diagnóstico do tumor;
- Data da primeira consulta na instituição;
- Data do início do tratamento;
- Estado da doença ao final do primeiro tratamento na instituição;
- Data de óbito das pacientes que faleceram no intervalo de tempo da pesquisa;
- Causa imediata dos óbitos;
- Causa básica dos óbitos.

A pesquisa observará as recomendações da resolução de número 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. O projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo.

Não haverá qualquer informação que permita identificar os indivíduos incluídos na pesquisa, de forma a garantir o sigilo das informações e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizando os dados exclusivamente para os propósitos desta pesquisa.

Atenciosamente,


Prof. Dr.ª Maria Helena Costa Amorim


Priscilla Ferreira e Silva

APÊNDICE B – Termo de compromisso ético para obtenção de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

Termo de compromisso ético para obtenção de dados

À Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer de mama e ao Hospital Santa Rita de Cássia

Aos cuidados da Diretora de Unidades Ambulatoriais Weslene Vargas Moura

Eu, Priscilla Ferreira e Silva, CPF 09379280700, enfermeira Coren ES 118595, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, venho assumir perante a Instituição Hospital Santa Rita de Cássia o compromisso de não alterar os dados liberados por essa instituição, para realização da minha pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama”, orientada pela Profª Drª Maria Helena Costa Amorim.

Comprometo-me ainda a entregar para o Hospital Santa Rita de Cássia uma cópia da versão final da minha pesquisa, após defesa pública e aprovação com obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Ressalto que toda a minha pesquisa será conduzida dentro nas normas de conduta ética em pesquisas com seres humanos preconizadas pela resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.



Priscilla Ferreira e Silva

APÊNDICE C- Ocupação da população do estudo

Tabela 3 - Ocupação (segundo critérios da CBO) das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no HSRC no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

(continua)

Ocupação	Frequência absoluta	Frequência relativa
Trabalhadoras que não podem ser classificadas segundo critérios da ABO	1575	53,8
Trabalhadoras de serventia (domicílio e hotéis)	238	8,1
Professoras	178	6,1
Trabalhadores polivalentes agropecuários e assemelhados	104	3,5
Costureira (confecção em série)	101	3,4
Não especificado	89	3,0
Comerciantes (comércio atacadista e varejista)	69	2,4
Trabalhadoras de serviço de conservação, manutenção	56	1,9
Trabalhadores de serviços administrativos e assemelhados	47	1,6
Outros	40	1,4
Técnicas de enfermagem e assemelhadas	34	1,2
Cabelereiras, especialistas em tratamentos de beleza	31	1,1
Agentes de administração de empresas públicas	27	0,9
Cozinheira e assemelhadas	27	0,9
Trabalhadores agrícolas especializados (agricultor)	26	0,9
Vendedoras de comércio atacadista, varejista, atendentes	26	0,9
Secretárias	25	0,9
Auxiliares de escritório e trabalhadores assemelhados	19	0,6
Administradoras e assemelhadas	18	0,6
Pessoal de enfermagem, parteiras, laboratórios	18	0,6
Agentes administrativos, assistentes administrativos	17	0,6
Advogadas	13	0,4
Funcionários públicos superiores	10	0,3
Médicas	9	0,3
Enfermeiras	8	0,3
Assistentes sociais	7	0,2
Engenheiros, arquitetos e trabalhadores assemelhados	7	0,2
Contadoras	6	0,2
Empresárias e produtoras de espetáculos	5	0,2
Padeira, confeitaria e assemelhados	5	0,2
Recepcionista	5	0,2
Trabalhadoras de comércio e assemelhados	5	0,2
Trabalhadoras de máquinas fixas e outros equipamentos	5	0,2
Trabalhadoras de serviço de contabilidade, caixas	5	0,2
Vendedora ambulante, vendedoraa domicílio e camelô	5	0,2
Corretoras de seguro de imóveis, de títulos e valores	4	0,1
Lavadeiras, tintureiras e assemelhadas	4	0,1
Psicólogas	4	0,1
Telefonista, telegrafista e assemelhadas	4	0,1
Trabalhadoras de preparo de alimento e bebidas (merendeira)	4	0,1
Gerentes administrativos e assemelhados	4	0,1

Tabela 3 - Ocupação (segundo critérios da CBO) das mulheres atendidas para tratamento contra câncer de mama no HSRC no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Ocupação	(conclusão)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Atendentes de guichê, bilheteiras e trabalhadoras...	3	0,1
Datilógrafas e escriturárias	3	0,1
Decoradora	3	0,1
Diplomatas	3	0,1
Modelista e cortadora (vestuário)	3	0,1
Vendedoras praticistas, representantes comerciais	3	0,1
Auxiliares de contabilidade, caixas e trabalhadoras	2	0,1
Bordadeira e cerzidora	2	0,1
Chefes intermediários administrativos, de contabilidade	2	0,1
Cirurgiã dentista	2	0,1
Despachantes fiscais e cobradoras de transporte coletivo	2	0,1
Farmacêutica	2	0,1
Fiandeiros, tecelões, tingidores, assemelhados, artesãs	2	0,1
Jornalistas e redatoras	2	0,1
Membros de cultos religiosos e trabalhadores assemelhados	2	0,1
Pescadoras e assemelhados	2	0,1
Serventuários de justiça e trabalhadores assemelhados	2	0,1
Supervisoras e promotoras de vendas	2	0,1
Técnicas de contabilidade, economia doméstica, estatística	2	0,1
Trabalhadoras da construção civil	2	0,1
TOTAL	2930	100,0

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de Novembro de 2008

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Maria Helena Costa Amorim
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, **Nº de registro no CEP – 123/08**, intitulado: **“Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de Novembro de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

