

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

LUANA DE JESUS SIMIÃO

**ESTUDO DOS TEMPOS ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER
DE MAMA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2016

LUANA DE JESUS SIMIÃO

**ESTUDO DOS TEMPOS ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER
DE MAMA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade

VITÓRIA

2016

LUANA DE JESUS SIMIÃO

**ESTUDO DOS TEMPOS ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER
DE MAMA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

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

Avaliada em 12 de setembro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim – Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a Dr^a Eliana Zandonade – coorientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^o Dr^o Luiz Claudio Santos Thuler – 1^a Examinador
UNIRIO e Instituto Nacional do Câncer

Prof^a Dr^a Maria Angélica Carvalho Andrade – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Espírito Santo



À minha mãe Yolanda,
Ao meu irmão Juninho,
À minha tia Laura
todo meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conduzir de forma segura e bondosa ao longo dessa jornada.

À minha mãe Yolanda, luz que ilumina o meu caminho, exemplo de força e dignidade, o presente mais valioso que Deus me concedeu!

Ao meu querido irmão Juninho, alegria da minha vida!

À minha orientadora, professora Maria Helena Costa Amorim, exemplo de profissionalismo, caráter e bondade. Agradeço não só pela orientação como também pela paciência, amizade e carinho.

À minha coorientadora, Eliana Zandonade, não só pelas análises estatísticas, mas também pela atenção e carinho.

Ao Prof^o Dr^o Luiz Claudio Santos Thuler pela disponibilidade em participar da banca, contribuindo imensamente com o trabalho.

À Prof^a Dr^a Maria Angélica Carvalho Andrade, por aceitar compor a banca nos proporcionando grandes conhecimentos.

Às alunas Karol e Bárbara pela imensa ajuda na coleta de dados.

Aos amigos e colegas de trabalho pela torcida e compreensão.

À amiga Katia, que, com toda a sua experiência, sabedoria e amizade, me recebeu no RHC de braços abertos, conduziu a coleta de dados, transformando a pesquisa em momentos de imenso aprendizado e alegria.

À amiga Suellen pela solicitude e generosidade durante a coleta de dados, foi um enorme prazer conhecê-la.

A todos os amigos do mestrado em especial ao amigo Raone, sua calma e serenidade é contagiante!

Aos amigos do Grupo de Estudos em Cancerologia.

Ao Hospital Santa Rita de Cássia, que me recebeu e me acolheu permitindo a realização da pesquisa.

Às mulheres do PREMMA, exemplo de superação, alegres e divertidas, todos os momentos que passamos juntas foram inesquecíveis!

RESUMO

Introdução: Os intervalos de tempo relacionados ao tratamento contra o câncer de mama são imprescindíveis para o êxito terapêutico das pacientes. **Objetivos:** Analisar o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento de pacientes diagnosticadas com câncer mamário entre os anos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014, conhecer o perfil sociodemográfico e clínico associando-os à Lei nº12732; identificar os fatores de risco que contribuíram para o atraso no tratamento. Realizaram-se dois estudos analíticos longitudinais envolvendo dados primários e secundários, englobando 1016 casos de mulheres com câncer mamário atendidas no hospital Santa Rita de Cássia /Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC), Vitória-ES. **Metodologia:** Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio-padrão. Calcularam-se os *odds ratios* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística para as variáveis com significância estatística, considerando o nível de significância de 0,10. **Resultados:** A mediana entre o diagnóstico e tratamento correspondeu a 44 dias e entre a primeira consulta e o tratamento a 50 dias. Após a Lei identificou-se aumento do quantitativo de mulheres brancas (26%); do encaminhamento originário do SUS (81%); de pacientes que chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento (71%); de pacientes que obtiveram o tratamento a partir do diagnóstico em prazo igual ou inferior a 60 dias (74%), do relato de histórico familiar (53%) e diminuição de metástases (18%). Como fatores de risco para o início do tratamento tardiamente constatou-se a faixa etária, anos de estudo e a existência de diagnóstico e tratamento anteriores. Nos anos de 2010 a 2011, 38% das mulheres começaram a terapêutica em até 60 dias. Em 2013 a 2014 esse valor passou a ser 62%. Pacientes diagnosticadas em 2010 e 2011 (OR=1,74; IC=1,30-2,33) e as que ingressaram ao hospital Santa Rita de Cássia com diagnóstico e sem tratamento (OR=1,89; IC=1,40-2,54) iniciaram o tratamento em período maior que 61 dias. **Conclusão:** A promulgação da Lei nº 12732, consiste em estratégia primordial para a melhoria da acessibilidade das usuárias às ações de cuidado em saúde, entretanto é necessária análise criteriosa dos fatores de risco visando a adoção de estratégias que propiciem assistência oncológica congruente aos princípios do SUS.

Descritores: neoplasias de mama, fatores de risco, diagnóstico tardio, tempo para o tratamento, serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The time intervals related to the treatment of breast cancer are essential to the therapeutic success of patients. **Objectives:** To analyze the time between the diagnosis and the beginning of treatment for patients diagnosed with breast cancer between the years of 2010-2011 and 2013-2014, to know the sociodemographic and clinical profile, linking them to Law nº12732, in order to identify the risk factors that contributed to the delay in treatment. There were two longitudinal analytical studies of primary and secondary data covering 1016 cases of women who were diagnosed with breast cancer and treated at the Santa Rita de Cássia Hospital, in Vitoria, Espírito Santo state. **Methods:** The results were analyzed by using calculations of frequency and mean, median, and standard deviation. The crude odds ratios were calculated and adjusted by using the Logistic Regression Model for the variables with statistical significance, considering the significance level of 0.10. **Results:** The median between diagnosis and treatment corresponded to 44 days, and that between the first consultation and treatment corresponded to 50 days. After the law went into effect an increase was identified in the quantitiveness of white women (26%); of those who were originally sent by the Brazilian public health system (SUS) (81%); of patients who did not present diagnosis and treatment (71%); patients who received treatment originating from their diagnosis in a period not exceeding 60 days (74%); from the account of family history (53%) and a decrease in metastasis (18%). As risk factors, those items identified include age, years of education, Law nº12732 and earlier diagnosis and treatment. In the years 2010 to 2011, 38% of women started treatment within 60 days. In 2013 to 2014 this figure became 62%. Patients diagnosed in 2010 and 2011 (OR = 1.74, CI = 1.30 to 2.33) and those who entered the hospital with a diagnosis and no treatment (OR = 1.89, CI = 1.40 to 2.54) initiated therapy for a period longer than 61 days. **Conclusion:** The institution that was researched has performed its activities in line with those that are recommended by the legal provisions; however, it is necessary that there be careful analysis of risk factors, aiming to adopt strategies that provide cancer care that is in keeping with the principles of SUS.

Key words: breast cancer, risk factors, late diagnosis, time for treatment, health services, access to health services.

LISTA DE SIGLAS

AFECC-	Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
AIDS-	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
BVS-	Biblioteca Virtual em Saúde
CACON-	Centro de alta Complexidade em Oncologia
CBR-	Colegio Brasileiro de Radiologia
CRACON	Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
CRE	Centro Regional de Especialidades
DCNT-	Doença Crônica Não Transmissível
DECS-	Descritores em Ciências da Saúde
ES-	Espírito Santo
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
FEBRASGO-	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HECI-	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
HEVV-	Hospital Evangélico de Vila Velha
HINSG-	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
HSRC-	Hospital Santa Rita de Cássia
HUCAM-	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IARC-	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
INCA-	Instituto Nacional do Câncer
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PAAF-	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAG-	Punção por Agulha Grossa
PAISM-	Programa Assistencial Integral a Saúde da Mulher
PNAISM-	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNCC-RAS	Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
PNQM	Programa Nacional de Qualidade de Mamografia
RCBP-	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC-	Registro Hospitalar de Câncer
SBM-	Sociedade Brasileira de Mastologia

SIS-	Sistema de Informação em Saúde
SISCAN-	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO-	Sistema de Informação em Saúde de Controle do Câncer de Colo Uterino
SISMAMA-	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS-	Sistema Único de Saúde
TNM-	<i>Tumor, Node, Metastasis</i>
UICC-	<i>Union of International Cancer Control</i>
UNACOM-	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE TABELAS

INTRODUÇÃO	Tabela 1-	Estimativas para o biênio 2016/2017, das dez maiores taxas brutas de incidência e de números de casos de câncer de mama em capitais brasileiras.....	21
	Tabela 2-	Classificação do tumor primário segundo o sistema TNM.....	31
	Tabela 3-	Classificação dos linfonodos regionais segundo o sistema TNM.....	31
	Tabela 4-	Classificação quanto à metástase à distância segundo o sistema TNM.....	31
	Tabela 5-	Estadiamento clínico conforme combinação do sistema TNM.....	32
	Tabela 6-	Classificação e categorização das variáveis sociodemográficas utilizadas no estudo.....	49
ARTIGO 1	Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento de mulheres com câncer de mama em uma instituição de referência: lei 12732/2012		
	Tabela 1-	Características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	64
	Tabela 2-	Associação entre os tempos para o início do tratamento e os períodos anteriores e posteriores à lei de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	67
	Tabela 3-	Associação entre variáveis clínicas e os períodos anteriores e posteriores à lei de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	68
ARTIGO 2	Análise dos fatores de risco associados ao intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama em uma instituição de referência no estado do Espírito Santo		
	Tabela 1-	Associação entre variáveis sociodemográficas e o tempo entre o início do tratamento e diagnóstico de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	89

Tabela 2-	Associação entre variáveis clínicas e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	90
Tabela 3-	<i>Odds ratio</i> brutos e ajustados das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram significância estatística de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.....	91

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER.....	18
1.2	O CÂNCER DE MAMA.....	20
1.3	POLITICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER	23
1.4	DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTADIAMENTO DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA.....	29
1.5	FATORES ASSOCIADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E OS INTERVALOS DE TEMPO ASSOCIADOS.....	33
1.6	REGISTROS DE CÂNCER.....	38
2	OBJETIVOS	41
3	METODOLOGIA	43
3.1	TIPO DE ESTUDO	44
3.2	LOCAL DO ESTUDO	44
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	44
3.4	CRITERIOS DE EXCLUSÃO.....	45
3.5	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
3.5.1	Amostra do estudo.....	45
3.6	FONTE DE DADOS	48
3.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
3.7.1.1	Descrição das variáveis do estudo.....	50
3.7.1.2	Faixa etária.....	50
3.7.1.2	Raça/cor.....	50
3.7.1.3	Anos de estudo.....	51
3.7.1.4	Procedência.....	51
3.7.1.5	Estado Conjugal.....	51
3.7.1.6	Origem do encaminhamento.....	52
3.7.1.7	Data da primeira consulta.....	52
3.7.1.8	Data do primeiro tratamento.....	52
3.7.1.9	Diagnóstico e tratamento anterior.....	53
3.7.1.10	Tempo decorrido entre diagnóstico e início do tratamento.....	53

3.7.1.11	Tempo decorrido entre a primeira consulta e o primeiro tratamento...	53
3.7.1.12	Estadiamento.....	53
3.7.1.13	Histórico Familiar.....	54
3.7.1.14	Linfonodos Comprometidos.....	54
3.7.1.15	Metástase.....	54
3.7.1.16	Recidiva.....	54
3.8	ANALISE ESTATÍSTICA.....	55
3.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56
4.0	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	56
4.1	PROPOSTA DO ARTIGO 1: ESTUDO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E INICIO DO TRATAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA.....	57
4.1.1	RESUMO.....	58
4.1.2	ABSTRACT.....	59
4.1.3	INTRODUÇÃO.....	60
4.1.4	METODOLOGIA.....	61
4.1.5	RESULTADOS.....	63
4.1.6	DISCUSSAO.....	68
4.1.7	CONCLUSÃO.....	75
4.1.8	REFERÊNCIAS.....	77
4.2	PROPOSTA DO ARTIGO 2: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO INTERVALO DE TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA.....	82
4.2.1	RESUMO.....	83
4.2.2	ABSTRACT.....	84
4.2.3	INTRODUÇÃO.....	85
4.2.4	METODOLOGIA.....	86
4.2.5	RESULTADOS.....	88
4.2.6	DISCUSSÃO.....	91
4.2.7	CONCLUSÃO.....	97
4.2.8	REFERÊNCIAS.....	98
	REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	103
	APÊNDICES.....	121

APENDICE A- INSTRUMENTO ELABORADO PARA A PESQUISA.	122
ANEXOS.....	123
ANEXO A- PARECER DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA/AFECC.....	124
ANEXO B-. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	128
ANEXO C- FICHA DE REGISTRO DO TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA.....	130
ANEXO D- LEI nº 12732.....	131
ANEXO E- PORTARIA nº 876.....	132
ANEXO F- PORTARIA nº 1220.....	138

*Confia ao Senhor as tuas obras,
e teus pensamentos serão estabelecidos”.*

Provérbios 16:3

1. INTRODUÇÃO

1.1A EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Atualmente o Brasil experimenta importantes transformações no seu padrão de morbimortalidade. Tal fato deve-se principalmente ao aumento da expectativa de vida ao nascer, com o conseqüente incremento da população idosa e das causas de adoecimento e morte mais prevalente nesse grupo etário. Atrelado a esse novo paradigma encontram-se a revolução tecnológica, a industrialização e o acelerado processo de urbanização, determinando novos estilos, hábitos de vida e exposições (RIBEIRO et al.,2014; SILVA et al., 2014).

O presente cenário epidemiológico protagoniza o surgimento de novo perfil de patologias caracterizado pelo declínio das doenças infectocontagiosas e pelo aumento progressivo da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacando-se as desordens cardiovasculares e as neoplasias.

O câncer constitui uma das principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. De acordo com as estimativas do projeto GLOBOCAN, da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS) esperou-se para o ano de 2012, aproximadamente 14,1 milhões de casos. Os cânceres de pulmão, mama feminina, cólon e reto, próstata, estômago, fígado e colo do útero corresponderam aos mais incidentes. Para este mesmo período, estimou-se aproximadamente 8,2 milhões de mortes por neoplasias. Em 2030, as projeções apontam para 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas que viverão com esta doença, anualmente. O maior efeito desse aumento ocorrerá em países considerados pobres e em nações em desenvolvimento (*INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER*, 2014; FERLAY et al.,2015).

No Brasil, as neoplasias representam a segunda causa de morte. O número de episódios esperados para o biênio 2016/2017, sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma corresponde a 420 mil. Em homens, os tipos mais frequentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto e nas mulheres os de mama, cólon e reto e colo do útero (BRASIL, 2016).

Os pacientes com câncer experimentam diversos transtornos provocados pela doença concorrendo para um difícil enfrentamento uma vez que, em alguns casos, a terapêutica impõe alterações físicas importantes e graves efeitos colaterais. Essa doença caracteriza-se como grave problema de saúde pública, configurando importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de garantir acesso pleno da população ao diagnóstico e tratamento.

O incentivo ao desenvolvimento de tecnologias avançadas de confirmação diagnóstica privilegiando a detecção do câncer de forma mais rápida e precisa tem sido pauta de importante discussão política. Porém, a acessibilidade da população aos exames e tratamentos ainda não é suficiente para um maior controle da referida patologia o que contribui para a manutenção de elevadas taxas de mortalidade (SCHIMIDT et al., 2011).

Ressalta-se que o processo terapêutico contra o câncer no Brasil é marcado por imensas desigualdades de oferta da assistência especializada. Há grande concentração de serviços de quimioterapia e radioterapia na região Sul e Sudeste e uma defasagem considerável na região Norte do país (OLIVEIRA et al.,2011; GRABOIS; OLIVEIRA;CARVALHO,2013; SILVA et al.,2014).

Estudo realizado no Brasil em dois serviços de referência para tratamento oncológico demonstrou que o número de mulheres portadoras de câncer de mama em estágios avançados era maior no serviço público do que no privado, ressaltando a lentidão do primeiro em promover assistência adequada em tempo hábil (SOARES et al.,2012).

Tumores malignos descobertos em fase avançada implicam em menor sobrevida, e maiores custos financeiros. A detecção prematura, a melhoria do tratamento oferecido e todos os mecanismos institucionais que favoreçam estas práticas, tornam-se indispensáveis para a garantia de atendimento consoante aos princípios e diretrizes do SUS para os pacientes com câncer. Dessa forma, é imperioso analisar os tempos decorridos entre o diagnóstico e o início do tratamento contra neoplasias

a fim de identificar possíveis nós críticos durante este percurso proporcionando elementos que respaldem a adoção de ações de saúde efetivas.

1.2 O CÂNCER DE MAMA

As neoplasias de mama figuram como o segundo tipo de câncer de maior incidência no mundo responsabilizando-se por aproximadamente 25% de todos os tumores malignos diagnosticados nas mulheres no ano de 2012 (FERLAY et al., 2015). No Brasil, são esperados 57.960 novos casos para o biênio 2016/2017, sendo que na região Sudeste estima-se uma proporção de 68,08 episódios a cada 100 mil habitantes. Trata-se da principal causa de mortalidade por câncer nas mulheres brasileiras (BRASIL, 2016).

No aspecto físico, o tratamento contra esse tipo de neoplasia determina transformações impactantes e muitas vezes dolorosas o que acaba refletindo nas questões psicossociais dessas pacientes. Além de ser submetida à intervenção cirúrgica com consequências mutiladoras, a mulher com câncer de mama, necessitará redefinir seus hábitos de vida em função das dificuldades encontradas durante e após a terapêutica e dos cuidados que a partir de então farão parte do seu cotidiano. Por conseguinte, no horizonte feminino, configura o câncer mais temido, gerando repercussões relacionadas à sexualidade e a imagem corporal (MAJEWSKI et al., 2012).

As regiões Sul e Sudeste, são detentoras das maiores taxas de incidência deste agravo no país (BRASIL, 2016). Esse fato pode ser explicado em parte, devido à qualidade do registro das informações e da concentração de serviços de saúde inclusive aqueles que compõem a alta complexidade, o que de certa forma favorece a detecção da doença de forma mais acentuada, fornecendo números mais expressivos que as demais regiões brasileiras (ZAPPONI; MELO 2010; RIBEIRO et al., 2014). No estado do Espírito Santo, estima-se para o ano de 2016 a ocorrência de 1010 casos novos perfazendo uma taxa de 53,85 para cada 100 mil mulheres. Na capital Vitória, 140 episódios e um risco de 77,86 expressam as perspectivas para o

referido ano. De acordo com a tabela 1, Vitória ocupa a sétima posição dentre as 10 capitais brasileiras portadoras das maiores taxas brutas da patologia citada (BRASIL, 2016).

Tabela 1 – Estimativas para o biênio 2016/2017, das dez maiores taxas brutas de incidência* e de números de casos de câncer de mama** em capitais brasileiras.

Capitais	Taxa bruta	Nº de casos
Porto Alegre	130,99	1040
Rio de Janeiro	112,75	3980
São Paulo	88,85	5550
Campo Grande	85,69	460
Curitiba	85,01	840
Recife	84,89	740
Vitória	77,86	140
Goiânia	76,07	250
Cuiabá	73,03	430

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INCA (2016). * Por 100 mil habitantes ** Números arredondados para múltiplos de 10.

A neoplasia mamária, assim como outras neoplasias, resulta de crescimento desordenado de células anormais, que ocorre devido a alterações no código genético, que podem ser de origem física, hereditária, química e biológica, acumulando-se ao longo da vida (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; BUITRAGO, UEMURA; SENA, 2011). É resultante de múltiplos fatores de risco em constante interação.

Estudo retrospectivo desenvolvido em instituição de saúde da Índia, envolvendo 260 casos de tumor maligno de mama identificou como fatores predisponentes para a patologia supracitada: aumento da idade, obesidade, baixa paridade e estado menopausal (TAKALKAR et al.,2016). Tal doença acomete principalmente mulheres na perimenopausa, entretanto as que se encontram em plena atividade reprodutiva também podem ser atingidas. Nestas, o tumor apresenta-se geralmente com comportamento mais agressivo (GARICOCHEA et al.,2009; CRIPPA et al., 2009).

Na China, acredita-se que a rápida industrialização e urbanização acompanhados por mudanças no estilo de vida com o acréscimo do consumo do tabaco e álcool têm contribuído para o aumento da incidência do câncer em chineses (BODE;DONG;WANG, 2016).

No entanto, na Espanha, uma coorte englobando 645 pacientes, destacou a associação da história familiar positiva para tumor maligno de mama, sobretudo em mulheres jovens com receptores hormonais negativos (JIANG et al.,2012).Crippa et al.(2009) mencionam que a presença de episódios de câncer de mama em parentes de primeiro grau incrementa o risco para o desenvolvimento dessa patologia.

O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Todavia, a história natural do câncer de mama indica que o curso clínico da doença e a sobrevida variam de paciente para paciente. Desta forma, eventualmente esta patologia pode apresentar crescimento rápido e maior possibilidade de disseminação (BUITRAGO; UEMURA; SENA, 2011).

Esse comportamento heterogêneo está relacionado a características específicas do tumor, tais como: maior capacidade de proliferação, grau de diferenciação histológica e presença ou ausência de receptores moleculares, que por sua vez, determinam sua velocidade de crescimento e potencial de originar metástases, podendo ainda ser influenciado por outros elementos ainda não completamente compreendidos, como a condição imunológica, hormonal e nutricional do paciente (ABREU; KOIFFMAN, 2002; GOBBI; ROCHA; NUNES, 2008; BUITRAGO; UEMURA; SENA, 2011).

Estudo demonstrou que invasão angiolímfática e tamanho tumoral determinavam maior risco de morte aos pacientes com tumores mamários triplos negativos, caracterizados por seu alto poder de multiplicação e potencial metastático (LOPES et al.,2015). Em Sergipe, pesquisa encontrou associação entre os receptores hormonais com o estágio do câncer de mama e ainda, assinalou que a positividade dos receptores estrogênio e progesterona constituíram fator de proteção contra um prognóstico reservado (GONÇALVES et al.,2012).Haddad e Figueiredo (2015) citam

que pacientes acometidas por carcinoma de mama inflamatório apresentam rápida progressão da doença, maior risco para metástases e menor sobrevida global em comparação com outros cânceres de mama.

O achado mais comum dessa doença consiste no aparecimento de um nódulo, geralmente indolor, duro e irregular. Outras alterações citadas em menor proporção incluem dor mamária e descarga papilar de secreção sanguinolenta ou piosanguinolenta (REZENDE et al.,2009; BARROS;MACEDO;UEMURA, 2013; INNOS et al.,2013; OZMEN et al.,2014). Na maioria das vezes em que tais sintomas são identificados, o tumor já se encontra em estado evolutivo adiantado (SILVA, 2009).

A contribuição efetiva de cada fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama ainda não é bem conhecida. Desse modo, não é possível determinar ações estratégicas específicas para sua prevenção. Amamentação, prática de atividade física regular e manutenção do peso corporal ideal são aconselhados e apontados como medidas capazes de amenizar sua ocorrência (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; BRASIL, 2016).

O diagnóstico precoce é considerado, portanto, a melhor alternativa para a redução da magnitude de tal patologia. Contudo, essa estratégia depende da concretização dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, uma vez que envolve políticas de acessibilidade aos serviços de saúde para as mulheres de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos, sem qualquer tipo de distinção.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher foi integrada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, estando circunscrita, nesse período, às questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis, conformados nas décadas de 30, 50 e 70, simbolizavam uma visão limitada sobre o sexo feminino, fundamentada em sua singularidade biológica e no seu papel social

de mãe e cuidadora do lar, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais membros familiares (BRASIL, 2011).

Esses programas eram criticados severamente pelo movimento feminista brasileiro devido a perspectiva restritiva com que tratavam a mulher, que tinha acesso somente a alguns cuidados de saúde durante a gravidez, o parto e o puerpério ficando sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2011). Contudo, na década de 80, ocorre uma inflexão nessa tendência. Do ponto de vista epidemiológico e clínico as questões despertadas com a drástica mudança no padrão reprodutivo e a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), concorreram pela maior visibilidade às discussões acerca da sexualidade feminina, da contracepção não cirúrgica e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, assegurando uma dimensão inovadora aos dilemas relativos à saúde da mulher (LEÃO; MARINHO, 2002).

Como produto, em 1983 o Ministério da Saúde (MS) cria o Programa Assistencial Integral à Saúde da Mulher (PAISM), suscitando um novo ponto de vista para a abordagem à saúde do gênero feminino (BRASIL, 2011). O PAISM destacou-se por ter sido o programa estatal vanguardista a implantar o planejamento familiar no Brasil, tornando-se referência para a saúde pública por englobar princípios discutidos pelo movimento da reforma sanitária (MESQUITA, 2010).

A partir de 1990, o novo cenário sanitário advindo após a estruturação do SUS, propiciou oportunidade para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013). No ano de 1997, surge o Programa Viva Mulher, através de um projeto piloto organizado pelo MS e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceria com organismos internacionais. Este programa constituiu o marco inicial para organização da assistência ao câncer do colo do útero, sendo instituído inicialmente em seis localidades: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe. Suas ações priorizavam mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (BRASIL, 2013a).

No entanto, somente em 2002 o programa Viva Mulher passou a incluir propriamente a neoplasia de mama em sua agenda. As ações consequentes a essa resolução constituíram-se na distribuição, por comodato, para algumas secretarias municipais de saúde, de 50 mamógrafos, 1350 agulhas e 135 pistolas para punção por agulha grossa, objetivando a introdução deste método de biópsia dos tumores de mama no SUS, assim como materiais educativos intencionados aos profissionais de saúde (BRASIL, 2002; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Nos anos seguintes, o MS implementou o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero e iniciaram-se ações para concepção de diretrizes e estruturação da rede assistencial visando a detecção precoce do câncer de mama. Nesse contexto, conformou-se o Sistema de Informação de Controle do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO) a partir de 1999 e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) em 2008. Este último tornou-se efetivo em 2009, com a missão de refletir a realidade dos estados e municípios e proporcionar gerenciamento adequado das ações de detecção precoce do tumor mamário maligno (BRASIL, 2013a).

No ano de 2004, o MS elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), procurando preencher a lacuna deixada nas seguintes demandas: climatério/menopausa, infertilidade e reprodução assistida, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, câncer ginecológico, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, violência doméstica e sexual, doenças sexualmente transmissíveis, bem como a atenção às mulheres trabalhadoras e residentes nas áreas rurais, portadoras de necessidades especiais, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2011).

Esse documento, conforme citado por Freitas et al.(2009) foi debatido com vários núcleos da sociedade, tais como, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, o movimento de mulheres, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, agências de cooperação internacional e gestores do SUS.

Com o intuito de definir as estratégias adotadas para o controle do câncer de mama, o INCA em conjunto com a área técnica de Saúde da Mulher do MS, publicou em 2004 o Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama. Dentre os mecanismos de detecção precoce o Documento preconizava: o exame sistemático da mama feito pelo profissional de saúde a todas as mulheres a partir dos 40 anos, exame clínico e mamografia anual a mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento da doença e mamografia com intervalo máximo de dois anos para mulheres entre 50 a 69 anos (BRASIL, 2004).

No ano seguinte, o MS editou a Política Nacional de Atenção Oncológica, enfatizando o controle do câncer de mama como componente primordial e obrigatório das estratégias estaduais e municipais de saúde estabelecendo as diretrizes desde a promoção até os cuidados paliativos (BRASIL, 2013b). Através do Pacto pela Saúde promulgado em 2006, os tumores malignos do colo de útero e mama passaram a ser prioridade política assim como o fortalecimento do SUS, por meio de estratégias de corresponsabilização dos gestores federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

Durante o mês de março de 2011, ocorreu o lançamento do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Os eixos norteadores constituíram-se na melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer, o que possibilitou o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), substituindo o SISCOLO e o SISMAMA. No contexto da detecção precoce, os aspectos assinalados no Plano foram: garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e daquelas identificadas no rastreamento; ampliação da oferta do exame mamográfico como método de rastreio na população alvo e implantação da gestão da qualidade da mamografia (BRASIL, 2013a).

O SISCAN representa um sistema de informação formidável, destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica, assim como assinalar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames alterados, fornecer o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres do colo do útero e de mama e dispor as

informações para construção dos indicadores do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013c).

Suas múltiplas funções permitem o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento das neoplasias malignas. A sua importância é evidenciada devido à capacidade de fornecer elementos essenciais para a avaliação dos serviços referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, no planejamento das ações de controle e na organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013a; BRASIL 2013c).

Em novembro de 2012, numa tentativa de reorganizar a assistência oncológica, o MS promulgou a Lei nº 12.732, regulamentada em 2013 por meio da Portaria nº876. Esse dispositivo jurídico preconizava que o tempo entre o registro do diagnóstico de neoplasia maligna comprovada no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento específico não deveria ultrapassar 60 dias (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013d).

Entretanto, o registro da confirmação diagnóstica no prontuário do paciente poderia ocorrer em dias, semanas ou até meses depois da assinatura do laudo patológico. Esta situação está intimamente relacionada ao déficit no acesso aos serviços de saúde que constitui realidade em muitas localidades brasileiras. Como o atraso no início do tratamento repercute de forma prejudicial no prognóstico do paciente oncológico, o MS através da Portaria nº 1.220 de junho de 2014 instituiu que o prazo máximo de 60 dias para início do primeiro tratamento contra o câncer começará a contar a partir da data de assinatura do laudo patológico ou em prazo menor conforme necessidade do paciente registrado em prontuário (BRASIL, 2014b).

Também data de 2013, a Portaria nº 874, que estabelece a nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNCC-RAS), com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade ocasionada por essa doença e ainda promover a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, proporcionando maior qualidade de vida aos pacientes, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce,

tratamento oportuno e cuidados paliativos, reafirmando e renovando diretrizes preconizadas em dispositivos anteriores. Ressalta-se a definição dos papéis de cada ente federado na organização das ações propostas na Portaria em questão (BRASIL, 2013e).

Conseqüentemente, no ano de 2015, é publicado pelo MS, sob a coordenação do INCA, o documento: As diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama, possuindo como meta o fornecimento de subsídios científicos para a instituição da detecção prematura do tumor maligno mamário, qualificando e ampliando a oferta de serviços de saúde. Por meio desse, os profissionais de saúde poderão nortear suas atividades de forma a transformar-se em prestadores de serviço de excelência. Contudo, tal situação só ocorrerá mediante envolvimento positivo dos gestores das três esferas do governo do SUS (BRASIL, 2015).

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente trouxeram contribuições essenciais para o processo de transformação da interação entre mulher e sociedade. Apesar dos inegáveis avanços, esse processo é dinâmico e acompanha a metamorfose da sociedade e, por isso, inexaurível (FREITAS et al., 2009). Entretanto, a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros ainda é objeto de questionamento.

Para Leão e Marinho (2002), existem hiatos importantes em alguns temas tais como a saúde mental, o estresse ocupacional e a violência sexual. Freitas et al. (2009) apontam a exclusão de certos segmentos da sociedade como o das profissionais do sexo, extremamente vulneráveis a vários agravos e à violência. Garcia et al. (2016) revelam em pesquisa com mulheres vítimas de violência doméstica e familiar o despreparo dos profissionais e dos serviços de urgência e emergência do Brasil quando o assunto é o acolhimento.

Controle social efetivo por parte das mulheres e demais membros da sociedade, no que tange a implementação e avaliação dessas políticas deve ser uma constante. Vale ressaltar a participação crucial dos gestores e profissionais de saúde, permitindo o debate e o entendimento dos impasses envolvidos. Trata-se de

trabalho em conjunto, envolvendo diferentes atores e instituições em defesa da vida e da dignidade da mulher brasileira.

1.4 DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTADIAMENTO DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama apresenta-se como uma doença heterogênea com distintos subtipos e perfis moleculares, comportamentos biológicos diferenciados, e consequentemente graduações de risco específicas, representando grande desafio para o manejo clínico.

As dimensões do tumor, o grau histológico, nuclear e de comprometimento da cadeia linfonoidal, o estadiamento e a expressão de receptores hormonais são considerados elementos prognósticos primordiais para a terapêutica do paciente oncológico. Desta forma, através da análise criteriosa desses itens é possível obter a confirmação diagnóstica acurada permitindo a aplicação das diferentes modalidades de tratamento com a intensidade e a efetividade adequadas e individualizadas para cada paciente (ABREU; KOIFFMANN, 2002; BUITRAGO; UEMURA; SENNA, 2011).

Pesquisa apontou que tumores de mama menores que dois centímetros, ausência de comprometimento dos linfonodos e estádios precoces proporcionaram melhores taxas de sobrevivência às pacientes atendidas em um hospital de referência de Juiz de Fora (CINTRA; GUERRA; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2008).

Silva (2009) assinala que a redução da morbimortalidade por essa patologia só se materializa por intermédio do rápido e preciso diagnóstico e da aplicação do tratamento indicado em tempo hábil com o mínimo de prejuízo social, emocional e financeiro para a sociedade.

Para que o diagnóstico seja precoce, a mamografia representa a técnica de imagem mais utilizada. Segundo Chala e Barros (2007), além de ser o método eleito para o

rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas é o primeiro exame de imagem a ser indicado para avaliar grande parte das alterações clínicas mamárias.

Na presença de lesões suspeitas, recomenda-se a realização de pesquisa que pode ser citológica por meio de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) ou histológica, com amostra obtida por biópsia aspirativa com utilização de agulha grossa (PAG ou *core biopsy*) ou ainda por biópsia cirúrgica tradicional (BRASIL, 2004).

O relatório histopatológico deverá conter a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores avaliados por imunohistoquímica (BRASIL, 2004). Abreu e Koifmann (2002) citam que a histologia retrata o potencial de malignidade do tumor indicando a sua maior ou menor capacidade de metástase.

Uma vez diagnosticado, é necessário realizar o estadiamento da neoplasia para que o programa terapêutico seja arquitetado e efetuado. Este procedimento é baseado na classificação dos Tumores Malignos, através do sistema *Tumor, Node, Metastasis* (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (BRASIL, 2012b).

O sistema TNM, avalia três componentes: a letra T se traduz pela extensão do tumor primário (Tabela 2); a letra N reflete ausência ou presença e a extensão da metástase em linfonodos regionais (Tabela 3); e a letra M indica a existência ou não de metástase à distância (Tabela 4) (BRASIL, 2012b). O estadiamento dos casos possibilita comparação entre experiências clínicas, auxiliando o médico no planejamento e avaliação dos resultados do tratamento, além de permitir a troca de informações entre os centros de tratamento e contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer (BRASIL, 2004).

Tabela 2-Classificação do tumor primário segundo o sistema TNM.

Classificação do tumor primário	
TX	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Não há evidência de tumor primário.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.
T2	Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão.
T3	Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão.
T4	Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele.

Fonte: BRASIL, 2012, p. 190.

Tabela 3-Classificação dos linfonodos regionais segundo o sistema TNM.

Classificação dos linfonodos regionais	
NX	Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais.
N1	Metástase em linfonodo(s) axilare(s), homolateral (ais), nível (is) I,II móvel(eis).
N2	Metástase em linfonodo(s) axilar (es) homolateral(is) níveis I,II,cl clinicamente fixo(s) ou confluyente(s) ou metástase detectada clinicamente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es).
N3	Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) (nível III) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) nível (is) I e II; ou metástase detectada clinicamente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es) níveis I e II; ou metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s).

Fonte: BRASIL, 2012, p. 191.

Tabela 4-Classificação quanto à metástase à distância segundo o sistema TNM

Classificação quanto à metástase à distância	
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância

Fonte: BRASIL, 2012, p. 191.

Quando associada, a classificação TNM resume a combinação de subdivisões para

a tabulação e análise. Realiza-se o agrupamento através de estádios (Tabela 5) para que cada categoria mostre-se aproximadamente similar em termos de sobrevida (BRASIL, 2012b).

Tabela 5- Estadiamento clínico conforme o sistema TNM

Estádio	Tumor primário	Linfonodos regionais	Metástase à Distância
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T0, T1	N1	M0
IIA	T0, T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
IIIC	Qualquer T	N3	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BRASIL, 2012, p. 197.

Para congruência no sistema TMN, o carcinoma in situ é categorizado como estágio 0; os tumores localizados no órgão de origem são classificados como estádios I e II, aqueles com disseminação local extensa, particularmente para linfonodos regionais, como estágio III; e os que se apresentam com metástase à distância, como estágio IV (BRASIL, 2012b). Assim, são julgados precoces os estádios 0, I e II e tardios os estádios III e IV.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado em Santa Catarina demonstrou que a sobrevida em cinco anos de mulheres com câncer de mama atendidas no Sistema Único de Saúde é de 78,6%, enquanto que, ao final do período de 10 anos o valor descoberto correspondeu a 57,8%. Para os estádios I, II, III e IV a taxa de sobrevivência apontada pela pesquisa apresentou os percentuais 97%, 88%, 51% e 17% em cinco anos, ao passo que em 10 anos os percentuais indicaram 94%, 66%, 41% e 0%, respectivamente (AYALA, 2012).

Conseqüentemente, estadiamentos avançados indicam grandes possibilidades de

fracasso terapêutico elevando o risco de morte para mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Garantir o ingresso aos serviços de saúde representa parte essencial dos projetos, mas o estímulo à detecção precoce de anormalidades mamárias é fator que necessita ser operacionalizado amplamente no SUS.

1.5 FATORES ASSOCIADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E OS INTERVALOS DE TEMPO ASSOCIADOS

As neoplasias produzem grande impacto no cenário epidemiológico e econômico mundial. O exato custo financeiro global decorrente de sua magnitude é desconhecido, no entanto, supõem-se como possíveis valores, centenas de bilhões de dólares por ano. Essa quantia relaciona-se a ampla variedade de despesas tais como: gastos no tratamento, na reabilitação, na assistência, no traslado, dias de trabalho perdido, fatores previdenciários, invalidez, gastos individuais entre outros (*AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016*).

Em diversas nações, as estratégias para o controle dessa doença enfrentam dificuldades que incluem desde os trâmites políticos até a organização da sociedade civil, bem como das ações e serviços e das atividades de ensino e pesquisa (*OLIVEIRA et al.,2011*).

Nos últimos anos, a sobrevivência mostrou-se crescente em alguns países, sobretudo naqueles considerados de alta renda. Na Inglaterra, a sobrevida em cinco anos é superior a 85%, enquanto nos países pobres ou em desenvolvimento expressa-se com valores de 68% na Malásia, 53% na África do Sul e 57% na Mongólia (*ALLEMANI et al.,2015*). Acredita-se que as nações desenvolvidas proporcionam assistência à saúde eficiente tanto no rastreamento quanto no tratamento do câncer aos seus cidadãos. Situação contrária é uma constante nos países pobres e em desenvolvimento.

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tempo para o início do tratamento corresponde ao intervalo entre o

aparecimento de sintomas e o recebimento da terapia. Richards et al.(1999), ao estudarem o câncer de mama, chamaram essa definição de atraso total para a instituição do tratamento e ressaltaram que quando superior a três meses associava-se a uma redução em 12% da sobrevida para portadoras do tumor mamário maligno em cinco anos. Alguns pesquisadores relatam que este tempo pode ser subdividido em dois outros intervalos: atraso do paciente e atraso do prestador (UKWENYA et al., 2008; INNOS et al.,2013; CAPLAN et al., 2014).

O primeiro estudo em que esses dois intervalos foram descritos tem como autores Pack e Gallo e desenvolveu-se no ano de 1938. Esses autores definiram atraso devido ao paciente o tempo passado entre a descoberta dos primeiros sinais ou sintomas e a realização da primeira consulta médica superior a três meses (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

Entretanto, a designação desse termo deve ser processada de forma cautelosa uma vez que inúmeros fatores que independem da governabilidade do paciente relacionam-se a esse atraso, tornando-se inapropriado imputá-lo ao indivíduo, que na verdade enfrenta múltiplos obstáculos, oriundos de sistemas políticos incapazes de proporcionar serviços básicos de qualidade à sua população.

Ao realizarem estudo na Nigéria, autores identificaram diversos fatores que concorriam para um maior intervalo de tempo entre a detecção do sintoma do câncer de mama e a primeira visita ao serviço médico, tais como: localização geográfica, subestimação dos sinais, incapacidade de oferta dos serviços de saúde necessários, deficiente grau de instrução e a crença em terapias tais como chás, ervas e emplastos, que a princípio mostravam-se mais acessíveis inclusive financeiramente (UEWKA et al., 2008; ENUGU et al.,2010).

Atraso do prestador refere-se a um período prolongado de tempo entre a consulta médica inicial e o início do tratamento definitivo. É também conhecido como atraso do sistema médico ou do sistema de saúde e pode ser dividido em vários subintervalos (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2012; CAPLAN et al.,2014).Pesquisa no Brasil apontou em ordem decrescente de importância clínica os tempos entre a

mamografia e a biópsia, o resultado da biópsia e a cirurgia e o resultado do exame anatomopatológico e o início do tratamento. Os autores descobriram que o maior atraso ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia e que a maior demora no diagnóstico associou-se a estádios tardios da doença (TRUFELLI et al.,2008). ROSA, RANDUNZ e BRUGMANN (2013) constataram que a mediana entre a cirurgia e terapia adjuvante contra o câncer de mama correspondeu a 76 dias em uma instituição de referência de Santa Catarina. Cerca de 82% das pacientes iniciaram a adjuvância em um período maior que 60 dias.

Entretanto, no âmbito da assistência oncológica ao câncer de mama encontramos na maioria das pesquisas o predomínio dos seguintes ínterins: o período entre os sintomas iniciais até a primeira consulta médica; entre a primeira consulta até o primeiro acesso ao serviço de referência especializada em seu tratamento, e o da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico (COATES, 1999; REZENDE et al.,2009; BARROS; UEMURA; MACEDO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde indica a detecção precoce do câncer mamário como estratégia importante a ser seguida por todos os países. Para tanto, recomenda como mecanismo a adoção do seguinte tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação destes casos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna com qualidade e assistência integral em todo o percurso terapêutico requerido (WHO, 2014; BRASIL, 2016).

A mamografia constitui a técnica de rastreio sinalizada. No Brasil, o Ministério da Saúde e o INCA preconizam a realização desse exame para as mulheres entre 50 a 69 anos com o intervalo máximo de dois anos entre os mesmos. Já a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual a partir dos 40 anos (URBAN et al.,2012).

Nos Estados Unidos, a *U.S. Preventive Services Task Force* preconiza exame

mamográfico bienal para mulheres entre 50 a 74 anos. Antes dos 50 anos relatam que a decisão deve ser individualizada, levando em consideração o custo e o benefício do procedimento. Inferem que não há dados científicos que respaldem a indicação de mamografia para mulheres acima de 75 anos assim como o auto exame das mamas para mulheres de qualquer idade (ALBERT et al.,2016).

Para a *American Cancer Society*, mulheres entre 45 a 54 anos devem fazer mamografia todos os anos. As maiores de 55 anos podem realizar o exame anualmente ou a cada dois anos. Ressaltam que enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida superior a 10 anos o rastreo mamográfico deve continuar (SHIMIDT et al.,2016).

Já a *Canadian Task Force* não recomenda o rastreamento rotineiro por meio mamográfico para mulheres entre 40 a 49 anos. Para aquelas nas faixas etárias entre 50 a 69 anos e 70 a 74 anos indicam a realização do exame a cada 2 a 3 anos (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2011).

Rezende et al. (2009) mencionam em pesquisa produzida no Rio de Janeiro, que somente 25% das pacientes tiveram suas lesões identificadas pela mamografia, demonstrando a inacessibilidade a esse exame, que não era oferecido pelo serviço público local como um método de rastreamento. Contudo nos casos detectados por meio desse método de imagem, a maior parte (80,8%) encontrava-se em estádios 0 ou I.

Na Malásia, o rastreo por meio mamográfico só é realizado para as mulheres de alto risco e aquelas com forte histórico familiar. O alto custo e a falta de capacitação profissional justificam tal situação (NORSA'ADAH et al.,2015).

Alguns países da América Latina introduziram ações de acompanhamento para o câncer de mama, mas até o momento, não foi instituído na região um programa organizado que pudesse propiciar serviços de saúde de qualidade à sua população (GONZÁLEZ-ROBLEDO et al.,2013).Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, caso diagnóstico e tratamento ocorram

oportunamente, a mortalidade por câncer de mama continua crescente nos países pobres e em desenvolvimento (FERLAY, 2015; BRASIL, 2016).

Assume-se que tal fato aconteça em virtude de retardos e irregularidades na trajetória terapêutica, o que proporciona crescimento tumoral, impactando negativamente na sobrevivência da população atingida pela doença.

Estudo realizado na Líbia entre os anos 2008-2009 revelou período de tempo médio para a determinação diagnóstica do câncer de mama de 7,5 meses. Houve associação entre os atrasos e a presença de aumento do tumor, envolvimento de linfonodos, incidência de estágios avançados, e doença metastática (ERMIAH et al., 2012).

Paksereshtet et al. (2014) ao analisar o estágio da neoplasia de mama em mulheres indianas encontrou um intervalo de tempo de 10,9 meses entre a detecção do sintoma e a primeira consulta médica sendo que 61% das mulheres encontravam-se em estágio IV e 27,9% estavam no estágio III no momento da confirmação diagnóstica.

Pesquisa realizada na Nova Zelândia apontou que pacientes com câncer de mama que procuraram o sistema público de saúde, apresentaram maiores índices de mortalidade do que aqueles que buscaram assistência particular em virtude de longas esperas para o tratamento (TINTIN et al., 2016).

As desigualdades existentes entre nações são refletidas na assistência oferecida a seus moradores. Escassa renda financeira, baixa escolaridade e autoestima, déficit no autocuidado, ausência de informação, residência em área desprovida de serviços médicos, falta de acesso aos serviços de saúde, carência no que se refere a estrutura física e humana adequada para promover estratégias destinadas à prevenção e controle do câncer, transformam estes locais em um emaranhado de estratégias políticas debilitadas, inaptos quanto à promoção de estratégias protetoras do direito à saúde de seus cidadãos, tornando os seus residentes vulneráveis a toda sorte de agravos.

1.6 OS REGISTROS DE CÂNCER

A coleta sistemática de dados relacionados à morbimortalidade das populações é prática estabelecida há dois séculos, com destaque para algumas doenças, entre elas o câncer (BRASIL, 2010a).

O planejamento e organização dos serviços para a detecção precoce do câncer de mama requerem o acompanhamento e avaliação ininterrupta das ações de saúde realizadas objetivando a diminuição dos indicadores de morbimortalidade por essa neoplasia. Dessa maneira, compreende-se que os sistemas de informação são instrumentos essenciais à gestão dos programas de saúde, por subsidiarem decisões fundamentadas no perfil epidemiológico e nas potencialidades regionais (BRASIL, 2013a).

O sistema de informação e vigilância em oncologia conta com dois componentes: o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). O RCBP tem como finalidade estimar a incidência das neoplasias por áreas geográficas, bem como a mortalidade e a sobrevida dos pacientes. Além disso, fornece informações sobre a ocorrência e o perfil epidemiológico dos diferentes tipos de câncer nas comunidades (MOURA et al., 2006).

O RHC constitui a base de coleta e análise de informações do câncer situados dentro das instituições hospitalares ou das instituições que prestam tratamento na área oncológica (BRASIL, 2010a). Suas funções são diversas, sendo a clínica a principal delas, por possibilitar o acompanhamento do trabalho realizado nos hospitais, permitindo a avaliação de protocolos terapêuticos e das novas tecnologias adotadas e por aumentar a eficiência do seguimento dos pacientes, além de propiciar ações administrativas como a facilitação dos mecanismos relacionados à auditoria de qualidade da assistência (THULER; MENDONÇA, 2005).

O funcionamento prático do RHC tem como instrumento de coleta de dados uma ficha padronizada, elaborada pelo INCA com validação da IARC denominada Ficha de Registro de Tumor (ANEXO B). Esse instrumento consta de 54 itens relativos à

caracterização sociodemográfica, tumoral, clínica, de tratamento e de desfecho do caso, dos quais 40 são de preenchimento obrigatório e 14 são opcionais.

Os hospitais que integram o sistema de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON) devem dispor obrigatoriamente de um Registro Hospitalar de Câncer, conforme a Portaria GM/MS nº 741/2005, e o INCA providencia os mecanismos que permitem a integração, a padronização e a continuidade dos mesmos, através da capacitação e atualização de profissionais para exercerem suas atividades nessa área, tanto gerencialmente como operacionalmente (BRASIL,2010a).

No Espírito Santo, os hospitais que possuem o sistema de informação acima citado, são: Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer / Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC/AFECC), cadastrado como CACON; Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) cadastrado como UNACON, assim como o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória; o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), e o Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV); o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) é cadastrado como Unidade Especializada em Oncologia Pediátrica (TOVAR, 2013; BRASIL, 2014).

Silva (2009) estabeleceu o perfil de mulheres com câncer de mama atendidas no HSRC-AFECC nos anos de 2000 a 2006 utilizando dados do RHC da instituição mencionada. A autora destacou que a baixa escolaridade e o encaminhamento advindo do SUS representava importante entrave para o diagnóstico precoce da doença.

Pinheiro et al.(2013) investigaram o perfil de pacientes com idade inferior a 39 anos acometidas por neoplasia mamária durante o período de 2000 a 2009 utilizando as informações do Integrador do Sistema de Registro do INCA e dos RHCS da Fundação Oncocentro de São Paulo. Concluíram que quanto mais jovens as pacientes, estágios mais tardios e piores prognósticos eram identificados.

É importante destacar que a análise dos dados obtidos nas pesquisas sobre o câncer no Brasil, sofre na maioria das vezes reflexos causados por vieses determinados por problemas estruturais que os registros de câncer enfrentam para manter a coleta de dados de forma contínua. Deste modo, ao se analisar os riscos da doença, essa dificuldade deve ser mencionada. Contudo, é pungente a necessidade de realização de pesquisas sobre o tema que é de grande relevância para a saúde pública (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Diante do exposto, algumas inquietações surgiram como fonte de interesse para a realização do presente estudo, tais como: Qual o tempo decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre este e o início do tratamento contra o câncer de mama? As variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam nestes intervalos? Após o advento da Lei nº 12732 houve melhora nos períodos de tempo relatados anteriormente?

2. OBJETIVOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes diagnosticadas com tumor maligno de mama assistidas no hospital Santa de Rita de Cássia-AFECC, entre os anos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014 e examinar a associação entre as variáveis do estudo e o advento da Lei nº 12732/2012.
- Conhecer os fatores de risco que exercem influência no intervalo de tempo para o início do tratamento contra o câncer de mama de mulheres assistidas no Hospital Santa Rita de Cássia-AFECC no período compreendido entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo longitudinal analítico de dados primários e secundários, que englobou os casos de tumores malignos de mama feminina diagnosticados durante o período de 2010 a 2011 e 2013 a 2014 devidamente registrados no Sistema de Informação em Saúde do Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) do Hospital Santa Rita de Cássia-AFECC.

A presente pesquisa é parte integrante dos estudos que compõe o projeto de pesquisa “Criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, que agrega seis instituições de ensino superior, entre elas, a Universidade Federal do Espírito Santo. Trata-se especificadamente do quarto vetor da Pesquisa 1 que versa sobre a análise dos efeitos da “Lei dos 60 dias” no número de atendimentos e no estadiamento inicial de um conjunto de neoplasias malignas destacando-se o câncer de mama.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu no setor de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia, localizado no município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil. Fundado em 1970, o HSRC, cuja mantenedora é a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), constitui o primeiro Centro de Referência em Alta Complexidade Oncológica no estado (Brasil, Portaria MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998), representando por muitos anos a única instituição no Espírito Santo a disponibilizar o tratamento radioterápico para mulheres da iniciativa privada e do SUS. Atualmente, permanece como uma instituição dedicada prioritariamente ao controle do câncer, com ações de prevenção e tratamento dos tumores malignos sólidos e hematológicos (SILVA, 2009).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres que foram comprovadamente diagnosticadas (exame histopatológico) com câncer de mama no HSRC-AFECC ou em outra instituição, cadastradas no SIS-RHC do referido hospital, cujo primeiro ano de tratamento foi custeado exclusivamente pelo SUS e desenvolveu-se no estabelecimento supracitado entre os anos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

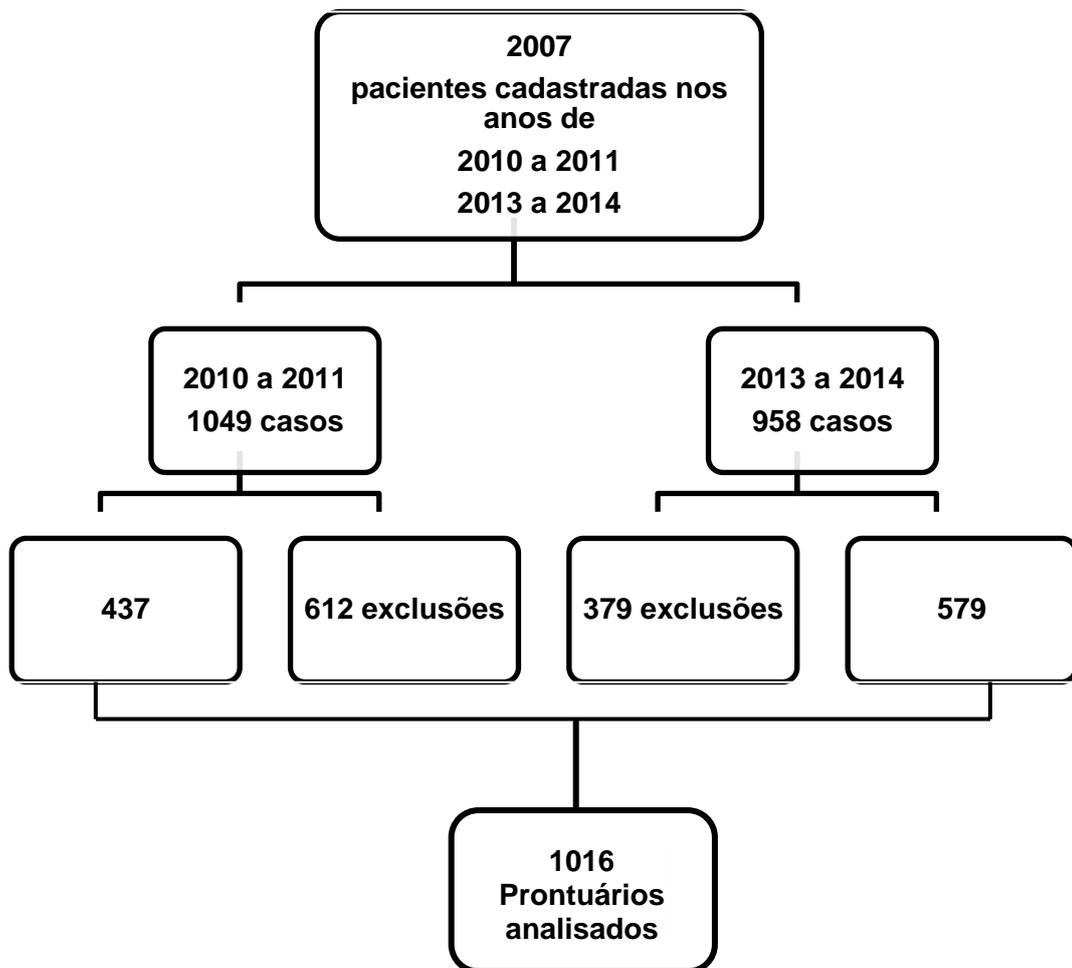
Impossibilidade de determinação do tempo de diagnóstico, do início do tratamento, do estadiamento clínico, mulheres portadoras de dois tumores primários, usuários particulares e conveniados e aqueles cujo primeiro ano de tratamento ou parte dele não ocorreu no HSRC-AFECC.

3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo é constituída por mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período compreendido entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014, atendidas no HSRC-AFECC, cadastradas no SIS-RHC do referido hospital, cujo primeiro ano de tratamento foi exclusivamente custeado pelo SUS na instituição citada. O período assinalado entre os anos 2010 a 2011 é anterior a vigência da Lei nº 12.732 que estabelece o prazo de até 60 dias para o início do tratamento a partir do diagnóstico do câncer confirmado em laudo patológico. O segundo período analisado já ocorre segundo os preceitos da Lei anteriormente citada. Desse modo, pesquisou-se dois estratos: mulheres com diagnóstico e tratamento instituídos antes da vigência da Lei e pacientes com diagnóstico e tratamento estabelecidos após a promulgação da mesma.

3.5.1 Amostra do estudo

O critério de seleção da amostra do estudo é demonstrado na figura 1 a seguir:



1 Pesquisaram-se os prontuários no período de 15 de setembro de 2015 a 30 de abril de 2016, totalizando 2007 unidades. No ano de 2010 a 2011, cadastrou-se 1049 casos de tumor maligno de mama feminina na instituição. Destes, 602 prontuários foram excluídos, pois os pacientes realizaram o tratamento ou parte dele em outras unidades hospitalares, assim como cinco casos que não continham informação sobre a origem do diagnóstico ou tratamento e outros cinco que possuíam o diagnóstico de dois tumores primários. Portanto, 612 representou o total de exclusões, o que determina 437 casos de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama nos anos de 2010 a 2011, cadastradas no SIS-RHC do HSRC-AFECC, com o primeiro ano do tratamento oncológico desenvolvido no hospital mencionado e custeado pelo SUS, como integrantes da pesquisa.

No ano de 2013 a 2014, cadastrou-se 958 casos de câncer de mama feminina. Destes, 368 prontuários tiveram a exclusão definida por não apresentar o primeiro ano de tratamento ou parte dele na instituição estudada. Em virtude da ocorrência de dois tumores primários, quatro prontuários saíram da pesquisa, assim como cinco casos por não conter informações referentes ao diagnóstico ou tratamento e outros dois pelo fato de o paciente falecer antes do primeiro tratamento. Assim, após o total de 379 cortes, como efetivos na pesquisa, encontramos 579 casos de tumor de mama feminina com diagnóstico confirmado em 2013 e 2014, cujo primeiro ano de tratamento ocorreu no HSRC-AFECC e foi custeado exclusivamente pelo SUS. Considerando os dois períodos propostos pelo estudo pesquisaram-se 1016 prontuários.

Ressalta-se o mês de janeiro de 2015 como período final de seguimento dos pacientes cujo diagnóstico ocorreu no ano de 2014.

Observa-se que o número de exclusões de casos durante os anos de 2010 a 2011 é notadamente maior. Saliencia-se que, sobretudo após a publicação do Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama bem como da edição da Política Nacional de Atenção Oncológica ocorridos respectivamente em 2004 e 2005, iniciou-se a implantação gradativa das ações técnicas que amparam estes dispositivos bem como a reformulação e o estabelecimento de normativas que os complementavam.

Instituiu-se, portanto, iniciativas bastante heterogêneas, que demandaram estratégias de natureza e complexidade distintas que permearam os anos seguintes.

Dessa forma, as diferentes instituições de saúde se adequavam as normativas que se seguiam, conformando as Redes de Atenção em Oncologia. O período de tempo citado anteriormente representa bem o contexto explicitado. O Hospital pesquisado encontrava-se em processo de readequação de seus serviços atuando principalmente como centro terapêutico, uma vez que até o presente momento constitui a única instituição no Espírito Santo a disponibilizar o tratamento radioterápico para mulheres da iniciativa privada e do SUS. Grande parte das exclusões assinaladas representam mulheres que iniciaram tratamento ou na rede particular de assistência ou rede SUS e complementavam a terapia, sobretudo a radioterápica, no Hospital Santa Rita de Cássia. Já nos anos de 2013 a 2014, o hospital estudado proporcionou todas as etapas do tratamento do câncer de mama incluindo o diagnóstico, a um número maior de mulheres, adequando-se de forma mais contundente às diretrizes técnicas preconizadas.

3.6 FONTE DE DADOS

Utilizou-se o SIS-RHC do HSRC-AFECC e os prontuários das pacientes como fonte de dados secundários. Os casos de tumores malignos no sistema hospitalar são cadastrados por meio de Fichas de Registro de Tumor (ANEXO B) que contemplam informações provenientes dos prontuários e declarações de óbitos. Consultou-se os prontuários com o objetivo de coletar dados clínicos que não constavam no instrumento anteriormente mencionado.

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Definiu-se as variáveis do estudo a partir da Ficha de Registro de Tumor (ANEXO B) padronizada pelo INCA. Analisou-se 14 variáveis no total, demonstradas conforme as tabelas a seguir:

Tabela 6- Classificação e categorização das variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tratamento utilizadas no estudo.

Grupos	Variáveis	Categorias
Variáveis sociodemográficas	1-Faixa etária	Menos de 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	Branco Não branco
	3-Grau de instrução	Menor que 8 anos Maior que 8 anos
	4-Procedência	Vitória Vila Velha Cariacica Serra Outros interiores Outros estados
	5-Estado conjugal	Solteiro Casado/união consensual Viúvo Separado
Variáveis relacionadas ao tratamento	6- Origem do encaminhamento	Sus Não Sus
	7-Diagnóstico e tratamento anteriores	Com diagnóstico sem tratamento Sem diagnóstico e sem tratamento
	8- Tempo entre o diagnóstico e início do tratamento	Até 60 dias 61 dias ou mais
	9-Tempo entre a primeira consulta e início do tratamento	Até 60 dias 61 dias ou mais

Tabela 6- Classificação e categorização das variáveis clínicas utilizadas no estudo (continuação)

Grupos	Variáveis	Categorias
Variáveis clínicas	1-Estadiamento inicial	0 I II
	Estadiamento tardio	III IV
	2-Histórico familiar	Sim Não
	3-Linfonodos comprometidos	Sim Não
	4-Metástase	Sim Não
	5-Recidiva	Sim Não

3.7.1 Descrição das variáveis

3.7.1.1 Faixa etária

Definiram-se as categorias etárias de acordo com a idade da paciente no momento do diagnóstico, conforme a Ficha de Registro do Tumor (ANEXO B). A idade é considerada relevante fator prognóstico. Tumores mamários malignos em mulheres jovens tendem a ser mais agressivos e de pior prognóstico (GARICOHEA et al.,2009). Desta forma neste estudo considerou-se: menores de 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 anos ou mais.

3.7.1.2 Raça/cor

Este dado contido na Ficha de Registro de Tumor (ANEXO B) apresenta-se originário do prontuário e seu registro ocorre por incumbência do funcionário da

instituição no momento do primeiro contato da paciente com o hospital. No entanto, classificou-se no presente estudo como “branco” e “não branco”, com a finalidade de evitar viés de interpretação, considerando a diversidade étnica da população brasileira.

3.7.1.3 Anos de estudo

A variável referida tem a sua importância justificada, pois através desta, poderemos obter um parâmetro em relação ao nível socioeconômico da paciente assim como avaliar o alcance e efetividade das atuais estratégias de educação em saúde adotadas. Unger-Saldanha (2014) destaca o grau de instrução como fator de risco para atrasos no estabelecimento do tratamento contra o câncer. Neste estudo, categorizamos da seguinte maneira: menor que 8 anos de estudo; nove anos ou mais de estudo.

3.7.1.4 Procedência

Esta variável relata o local de moradia fixa da atual paciente. Mesmo para aquelas provenientes de outras cidades que se encontram instaladas no local onde se localiza o hospital, deve-se informar o endereço de origem visto a possibilidade da instituição necessitar entrar em contato com a paciente para registrar seu seguimento. Para fins de agrupamento da pesquisa a seguinte classificação foi adotada: Vitória; Vila Velha; Cariacica; Serra; Outros interiores; Outros estados.

3.7.1.5 Estado conjugal

Consta na Ficha de Registro do Tumor como variável opcional. Não possui correlação com o estado civil, mas com a situação real de vivência conjugal da paciente no momento da primeira consulta. Identifica-se neste estudo à semelhança da referida ficha.

3.7.1.6 Origem do encaminhamento

Esta variável apresenta preenchimento de cunho opcional. Retrata a origem do paciente dentro da rede de serviços de saúde, fornecendo elementos para a avaliação do funcionamento e da integração da mesma. Suas categorizações são: SUS; Não SUS; Veio por conta própria; Não se aplica; Sem informação.

SUS refere-se aos pacientes provenientes de órgãos de saúde públicos. Não SUS é a categoria na qual são inseridos os pacientes que chegaram ao HSRC-AFECC 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-AFECC para diagnóstico e tratamento, sem terem passado previamente pela triagem de um serviço médico de saúde. Não se aplica e sem informação são casos em que não foi possível discernir o trajeto terapêutico anterior da paciente.

3.7.1.7 Data da primeira consulta

Refere-se à data da primeira avaliação médica da paciente no hospital estudado.

3.7.1.8 Data do primeiro diagnóstico

Considerou-se a data da confirmação anatomopatológica do tumor, ocasião na qual se tem certeza do diagnóstico.

3.7.1.9 Data do primeiro tratamento

Refere-se a primeira intervenção contra o tumor, visando a redução ou erradicação de sua atividade, ocorrendo através de procedimento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

3.7.1.10 Diagnóstico e tratamento anteriores

Informa a situação terapêutica do paciente ao ingressar no serviço de saúde estudado. Através dessa variável pode-se avaliar se a instituição está funcionando como centro terapêutico, recebendo pacientes já diagnosticados ou também opera como centro de diagnóstico, os acolhendo para a confirmação diagnóstica e tratamento.

3.7.1.11 Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e início do tratamento

Mensurado através do intervalo de tempo transcorrido em dias, entre a data de assinatura do laudo patológico e o início do primeiro tratamento contra o câncer, pode ser utilizado como um critério de eficiência dos serviços de assistência oncológica da rede de atenção à saúde.

3.7.1.12 Tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento.

Refere-se ao intervalo de tempo entre a primeira consulta no hospital e o início do primeiro tratamento contra o câncer.

3.7.1.13 Estadiamento

O preenchimento da variável seguiu o sistema TNM de classificação dos tumores. Os estadiamentos 0, I e II foram identificados como iniciais. Classificaram-se os estadiamentos III e IV como tardios. Estes últimos comprometem de forma intensa a sobrevida das pacientes (ALBRECHT et al.,2013).

3.7.1.14 Histórico familiar

Na Ficha de Registro de Tumor (ANEXO B), considera-se exclusivamente a ocorrência do câncer de mama nos parentes consanguíneos, ascendentes ou colaterais até a segunda geração (pais, avós, tios e irmãos).

3.7.1.15 Linfonodos comprometidos

Sabe-se que as células malignas disseminam-se inicialmente por via linfática para os linfonodos axilares. A presença ou ausência de comprometimento em linfonodos axilares de mulheres com câncer de mama é utilizada como fator de grande relevância na determinação prognóstica da paciente, interferindo na sobrevida das mesmas (ABREU; KOIFFMANN, 2002). A sua presença foi assinalada através de resultados de exames diagnósticos e o registro descrito no prontuário médico do paciente.

3.7.1.16 Metástase

À semelhança do item descrito anteriormente, considerou-se sua ocorrência através de resultados de exames diagnósticos e o registro relatado no prontuário médico do paciente. Sua presença relaciona-se intimamente com a progressão da doença e ao maior risco de morte por parte dos pacientes oncológicos (ERMIAH et al., 2012).

3.7.1.17 Recidiva

Registrou-se a existência da recidiva através do resultado da análise histopatológica do tumor recorrente e a confirmação descrita pelo médico no prontuário. A presença desta característica denota progressão da doença e maiores possibilidades de comprometimento à distância (GONÇALVES et al., 2012).

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Objetivando o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e o Pacote Estatístico para Ciências Sociais- SPSS (versão 20.0).

Para o artigo referente ao perfil sociodemográfico e clínico das pacientes, a amostra foi disposta em dois grupos: mulheres diagnosticadas e tratadas antes da Lei nº 12732/2012 e mulheres diagnosticadas e tratadas após a referida Lei. Posteriormente, calcularam-se os percentuais das variáveis qualitativas em cada estrato considerado e utilizou-se os testes qui-quadrado de associação. Para as variáveis quantitativas calcularam-se médias, medianas e desvio padrão.

Em relação ao artigo que versa sobre os fatores de risco e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento estratificou-se a amostra da seguinte forma: mulheres cujo tratamento foi instituído em até 60 dias e mulheres cujo tratamento foi estabelecido a partir de 61 dias. Após, seguindo o mesmo método descrito anteriormente, calculou-se os percentuais das variáveis qualitativas em cada grupo e utilizou-se o teste qui-quadrado de associação. Para as variáveis do estudo que apresentaram significação estatística, considerando o nível de significância de 0,10, determinou-se os *odds ratio bruto* e ajustado pelo modelo de regressão estatística.

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Submeteu-se e aprovou-se a pesquisa no Centro de Estudos do Hospital Santa Rita de Cássia-AFECC e Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo conforme a Resolução 466/2012 sob o parecer de número 1210765/2015 (BRASIL, 2012c).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Proposta de artigo 1:

Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento de mulheres com câncer de mama em uma instituição de referência: lei 12732/2012

4.1.1 RESUMO

Objetivou-se analisar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de mulheres com câncer mamário atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014; examinar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a Lei nº 12732. Trata-se de um estudo analítico longitudinal de dados primários e secundários que abrangeu 1016 casos de mulheres diagnosticadas com câncer mamário cadastradas no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do hospital referido, cujo primeiro ano de tratamento foi exclusivamente custeado pelo SUS. Estabeleceram-se como critérios de exclusão: impossibilidade de determinação do tempo de diagnóstico, do início do tratamento, do estadiamento clínico, mulheres portadoras de dois tumores primários, usuários particulares e conveniados e aqueles cujo primeiro ano do tratamento ou parte dele não ocorreu no hospital estudado. Pesquisaram-se dois estratos: com diagnóstico e tratamento antes da Lei e após a mesma. A mediana entre o diagnóstico e o tratamento correspondeu a 44 dias e entre a primeira consulta e o tratamento a 50 dias. Após a Lei identificou-se o aumento do quantitativo de mulheres brancas (26%); do encaminhamento originário do SUS (81%); de pacientes que chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento (71%); de pacientes que obtiveram o tratamento a partir do diagnóstico em prazo igual ou inferior a 60 dias (74%), do relato de histórico familiar (53%) e diminuição de metástases (18%). Embora a Lei tenha se mostrado como estratégia essencial para a melhoria da acessibilidade às ações de saúde, o estabelecimento da assistência oncológica no tempo preconizado não foi contemplado plenamente, demonstrando a necessidade de superação de novos desafios com o objetivo de alcançar um Sistema Único de Saúde, efetivamente universal.

Descritores: Neoplasias de mama, perfil de saúde, acesso, diagnóstico tardio, tempo para o tratamento, serviços de saúde.

4.1.2 ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the time between diagnosis and the beginning of treatment for women with breast cancer who were treated at the Santa Rita de Cássia Hospital, which is in Vitoria, Espírito Santo state, in 2010-2011 and 2013-2014, and to examine the association between sociodemographic and clinical variables and Law nº 12732. This is a longitudinal analytical study of primary and secondary data that included 1016 cases of women who were diagnosed with breast cancer and listed in the Hospital's cancer registry (SIS-RHC), of which the first year of treatment was solely funded by the Brazilian public health system (SUS). The exclusion criteria that were established include: the impossibility of determining the time of diagnosis, the beginning of treatment, clinical staging [of cancer], women with two primary tumors, who were private patients, insured patients, and those whose first year of treatment or part of it did not occur in the hospital. Two groups were researched: those with diagnosis and treatment before the Law went into effect, and afterward. The median between diagnosis and treatment corresponded to 44 days, and between the first examination and treatment the median was 50 days. After the Law went into effect, points that were identified included: an increase in the quantitiveness of white women (26%), of those who were originally sent by SUS (81%), of patients without diagnosis and treatment (71%), of patients who obtained treatment in a period not exceeding 60 days from the diagnosis period (74%), from the family background (53%) and a decrease of metastasis (18%). Although the Law has been shown as a primary strategy for improving accessibility to health actions, the institution of cancer care in the recommended time has not been fully contemplated, demonstrating the need to overcome new challenges with the objective of achieving a Unified Health System, effectively universal.

Keywords: breast neoplasms, health profile, access, late diagnosis, time for treatment, health services

4.1.3 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas exercem relevante destaque no cenário epidemiológico mundial por sua elevada incidência, morbimortalidade e por ocasionar tratamento financeiro dispendioso. Na região da América Latina e do Caribe, estimou-se para o ano de 2012, com exceção do câncer de pele não melanoma, a ocorrência de 1,1 milhão de casos novos, destacando-se o câncer de próstata em homens e mama em mulheres¹.

O tumor maligno mamário representa a segunda neoplasia que mais acomete as mulheres em todo o mundo, respondendo por 25% do total de casos de câncer ocorridos no ano de 2012 nesse gênero. Em países de média a baixa renda 14,3% dos óbitos por neoplasias são ocasionados por essa doença¹. As estatísticas para o Brasil, em 2013, apontaram aproximadamente 14 mortes a cada 100 mil mulheres².

Nas nações desenvolvidas, evidencia-se incidência crescente do câncer mamário, contudo, nota-se diminuição dos índices de mortalidade. Autores destacam que este fato está relacionado à utilização de métodos eficientes de detecção precoce da patologia, bem como, oferta de tratamento apropriado em tempo oportuno. Nos países considerados pobres e em desenvolvimento, as taxas de incidência e mortalidade revelam-se crescentes, o que pode ser atribuído a demora na confirmação diagnóstica e conseqüentemente estabelecimento de terapêutica tardia, determinando prognóstico reservado^{3,4,5}.

No contexto da assistência oncológica a pacientes com neoplasia mamária, o atraso no tratamento pode ocorrer em três momentos distintos: o primeiro compreende o período entre os sintomas iniciais até a primeira consulta médica. O segundo situa-se entre a primeira consulta até o primeiro acesso ao serviço de referência especializada em seu tratamento, e o terceiro, da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico^{6,7}. O mesmo paciente pode sofrer atrasos em várias etapas do trajeto terapêutico³.

Observa-se associação entre o retardo nos períodos que antecedem o tratamento específico e o aumento das dimensões tumorais, ocorrência de metástase

linfonoidal, estadiamento tardio e, conseqüentemente, diminuição da sobrevivência. Entretanto, a detecção precoce conecta-se com maiores possibilidades de cura^{3,8,9}. Desse modo, os intervalos de tempo que descrevem a confirmação diagnóstica e o tratamento dos pacientes com neoplasias malignas, tornam-se fatores primordiais para a sobrevivência dos mesmos, refletindo a acessibilidade do sistema de saúde que é destinado aos cidadãos, expondo as adversidades que o cercam.

Objetivando a promoção de melhorias na assistência oncológica, o Ministério da Saúde (MS), determinou por meio da Lei nº 12732 de novembro de 2012, que o tempo entre o diagnóstico firmado em laudo patológico e o primeiro tratamento contra neoplasia maligna no SUS deverá ocorrer em período igual ou inferior a 60 dias ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário^{10,11}. Assim sendo, conhecer os interstícios que se relacionam ao processo terapêutico do paciente oncológico, proporcionará subsídios para o planejamento e direcionamento de estratégias políticas consonantes aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, objetivou-se com este estudo, analisar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento de pacientes diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014, em um serviço de referência no estado do Espírito Santo, bem como conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das mesmas, relacionando-os ao advento da Lei nº 12732 de novembro de 2012.

4.1.4 METODOLOGIA

Este é um estudo analítico longitudinal de dados primários e secundários, que englobou os casos de tumores malignos de mama feminina diagnosticados durante o período de 2010 a 2011 e 2013 a 2014 devidamente registrados no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) do Hospital Santa Rita de Cássia, cujo primeiro ano de tratamento foi exclusivamente custeado pelo SUS na instituição anteriormente citada, localizada no município de Vitória, Espírito Santo.

Como critérios de exclusão adotaram-se: impossibilidade de determinação do tempo de diagnóstico, do início do tratamento e do estadiamento clínico, mulheres portadoras de dois tumores primários, usuários particulares e conveniados e aquelas cujo primeiro ano do tratamento ou parte dele não ocorreu no HSRC. A coleta dos dados da pesquisa ocorreu no setor de Registro Hospitalar de Câncer do referido hospital, cuja mantenedora é a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC).

O intervalo de tempo assinalado entre os anos 2010 a 2011 é anterior à promulgação da Lei nº 12.732. O segundo período proposto acontece conforme os desígnios do dispositivo jurídico. Desse modo, pesquisaram-se dois estratos: com diagnóstico e tratamento instituídos antes da vigência da Lei e outro após o decreto da mesma. O ano de 2012 não foi considerado na pesquisa, pois correspondeu ao ano em que a Lei foi estabelecida.

Os prontuários e as fichas de registro de tumor representaram a fonte de dados primários e secundários respectivamente. Através da ficha, coletou-se 13 variáveis, abrangendo: faixa etária ao diagnóstico, ano do diagnóstico, anos de estudo, procedência, estado conjugal, origem do encaminhamento, diagnóstico e tratamento anterior, estadiamento clínico do tumor ao diagnóstico, tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre a primeira consulta e início do tratamento e histórico familiar. Por meio dos prontuários, pesquisaram-se as variáveis: linfonodos comprometidos, metástase e recidiva. Para as duas últimas, 31 de dezembro de 2015 consistiu na data final de seguimento.

Visando o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e o Pacote Estatístico para Ciências Sociais -SPSS (versão 20.0). Verificaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio-padrão. Para a associação entre o tempo referido e as variáveis do estudo, utilizou-se o teste qui-quadrado de associação. Formaram-se dois grupos de mulheres adotando como parâmetro o tempo decorrido antes da Lei e o tempo transcorrido após a Lei. Considerou-se, para um nível de significância, p-valor <5%.

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, que envolve seis instituições de ensino superior, entre elas, a Universidade Federal do Espírito Santo. Trata-se especificadamente do quarto vetor da Pesquisa 1 que se refere a análise dos efeitos da Lei 12732 ou “Lei dos 60 dias” no número de atendimentos e no estadiamento inicial de um conjunto de neoplasias malignas destacando-se o câncer de mama.

Submeteu-se e aprovou-se o projeto pelo Centro de Ensino e Pesquisa do HSRC-AFECC e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo conforme resolução nº 466/2012¹² sob o parecer de número 1210765/2015.

4.1.5 RESULTADOS

O HSRC-AFECC proporcionou atendimento a 2007 mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período assinalado na pesquisa. No ano de 2010 a 2011, cadastrou-se 1049 casos de tumor maligno de mama feminina no HRSC-AFECC. Destes, 602 prontuários foram excluídos, pois os pacientes realizaram o tratamento ou parte dele em outras unidades hospitalares, da mesma forma que cinco casos que não continham informação sobre a origem do diagnóstico ou tratamento e outros cinco que possuíam o diagnóstico de dois tumores primários. Portanto, no período apontado, 612 constituiu-se no total de exclusões o que define 437 casos de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer mamário nos anos de 2010 a 2011 como efetivos da pesquisa.

No ano de 2013 a 2014, 958 casos de câncer de mama feminina foram cadastrados. Destes, 368 prontuários tiveram a exclusão determinada por não apresentar o primeiro ano de tratamento ou parte dele na instituição estudada. Devido a ocorrência de dois tumores primários, quatro prontuários saíram da pesquisa, assim como cinco casos por não conter informações relativas ao diagnóstico ou tratamento e outros dois em virtude de o paciente falecer antes do primeiro tratamento. Desses

modo, após o total de 379 cortes, como efetivos na pesquisa, encontramos 579 casos de tumor de mama feminina com diagnóstico confirmado no período proposto.

A faixa etária predominante situou-se entre 40 a 59 anos, nos dois intervalos estudados, não demonstrando significância estatística. Mulheres não brancas constituiu a maioria nos dois períodos, entretanto observou-se que a proporção de mulheres brancas aumentou com o passar dos anos ($p=0,009$). Quanto ao grau de instrução, identificou-se em maior proporção nos dois períodos, o que relacionava até 8 anos de estudo. A pesquisa também indicou que a maioria das pacientes originava-se dos municípios que constituíam o interior do estado e eram casadas ou possuíam relacionamento estável.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia-AFECC, nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Variável	Categoria	Antes da lei		Após a lei		p-valor
		N	%	N	%	
Faixa etária	Até 29 anos	5	1%	8	1%	0,692
	30 a 39 anos	42	10%	52	9%	
	40 a 49 anos	122	28%	176	30%	
	50 a 59 anos	128	29%	144	25%	
	60 a 69 anos	79	18%	109	19%	
	70 anos e mais	61	14%	90	16%	
Raça/cor	Branca	83	19%	136	26%	0,009
	Não branca	351	81%	381	74%	
Grau de instrução	Até 8 anos	239	68%	375	66%	0,479
	9 anos e mais	111	32%	193	34%	
Procedência	Vitória	56	13%	93	16%	0,399
	Vila Velha	86	20%	98	17%	
	Cariacica	41	9%	69	12%	
	Serra	53	12%	73	13%	
	Outros interiores ES	195	45%	240	42%	
	Outros estados	5	1%	5	1%	
Estado conjugal	Solteiro	100	24%	152	26%	0,668
	Casado/união consensual	205	49%	285	49%	
	Viúvo	72	17%	85	15%	
	Separado	43	10%	57	10%	

A figura 1 demonstra o tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento. Observou-se uma mediana de 50 dias.

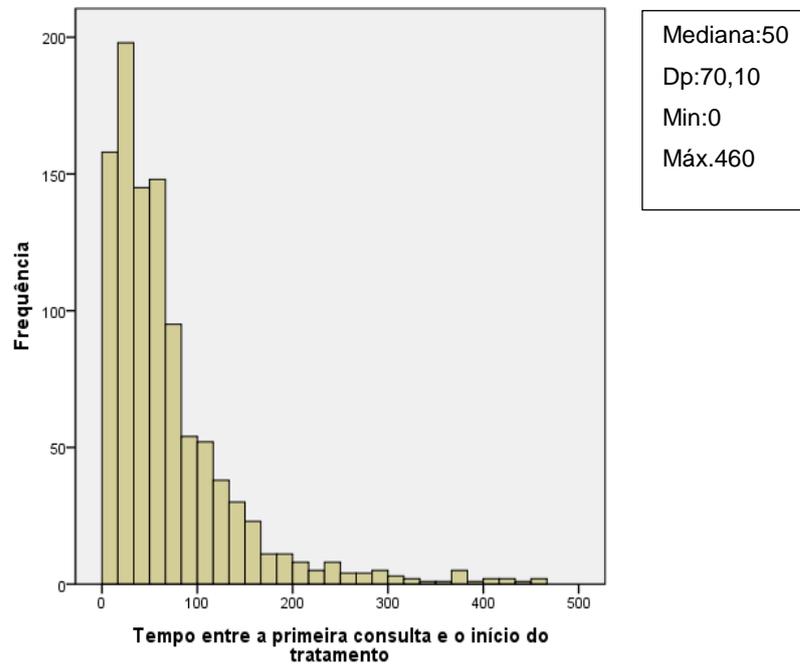


Figura 1. Gráfico de distribuição da frequência do tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento

A figura 2 apresenta o tempo decorrido (em dias) entre o diagnóstico e o início do tratamento. Verificou-se uma mediana de 44 dias.

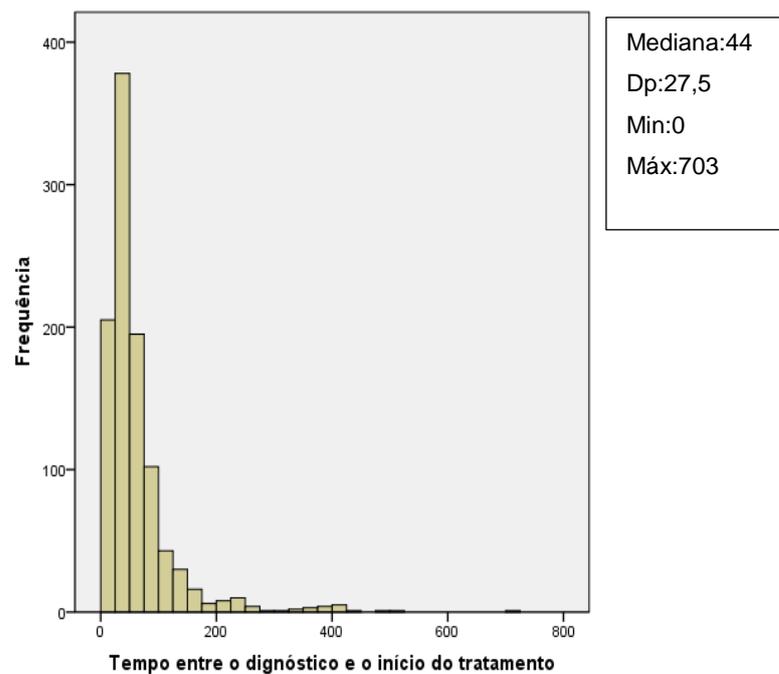


Figura 2. Gráfico de distribuição da frequência do tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento

Em relação à origem do encaminhamento, a tabela 2 demonstra o predomínio do encaminhamento oriundo do SUS nos dois intervalos de tempo considerados, sendo que no período posterior à Lei houve considerável acréscimo ($p=0,001$). Ao analisar a variável diagnóstico e tratamento anteriores, percebemos que a proporção de mulheres que chegaram ao HSRC-AFECC sem diagnóstico e sem tratamento apresentou importante aumento no segundo intervalo citado. Dessa forma, em relação ao número de pacientes que chegaram à instituição com diagnóstico e sem tratamento, constatamos decréscimo em período posterior à Lei ($p=0,001$). A variável tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento não obteve significância estatística na análise geral.

Considerando as pacientes que chegaram ao HSRC-AFECC sem diagnóstico e sem tratamento (SD, ST) e relacionando esta variável com o tempo para o início do tratamento a partir do diagnóstico, verificou-se que com o advento da Lei, maior número de mulheres passaram a ser contempladas com o início do tratamento em um prazo inferior ou igual a 60 dias ($p=0,001$). Seguindo esse mesmo método, mas considerando agora as pacientes que chegaram ao hospital com diagnóstico, porém sem tratamento (CD, ST), observamos à semelhança do exposto anteriormente, acréscimo do quantitativo de mulheres que iniciaram a terapêutica em um prazo inferior ou igual a 60 dias após a promulgação da Lei ($p=0,018$). Neste mesmo grupo, o interstício entre a primeira consulta e o início do tratamento sofreu importante redução após o segundo período de tempo estudado ($p=0,001$).

Tabela 2. Associação entre os tempos para o início do tratamento e os períodos anteriores e posteriores à lei de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Grupos	Variável	Categoria	Antes da lei		Após a lei		p-valor	
			N	%	N	%		
TODOS	Origem do encaminhamento	SUS	248	69%	360	81%	0,001	
		Não SUS	109	31%	86	19%		
	Diagnóstico e tratamento anteriores	SD e ST	244	56%	413	71%	0,001	
		CD e ST	193	44%	166	29%		
	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento	Até 60 dias	267	61%	427	74%	0,001	
		61 dias e mais	170	39%	152	26%		
	Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento	Até 60 dias	262	60%	339	59%	0,652	
		61 dias e mais	175	40%	240	41%		
	SD e ST	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento	Até 60 dias	164	67%	318	77%	0,001
			61 dias e mais	80	33%	95	23%	
Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento		Até 60 dias	110	45%	182	44%	0,800	
	61 dias e mais	134	55%	231	56%			
CD e ST	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento	Até 60 dias	103	53%	109	66%	0,018	
		61 dias e mais	90	47%	57	34%		
	Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento	Até 60 dias	152	79%	157	95%	0,001	
	61 dias e mais	41	21%	9	5%			

De acordo com a tabela 3, ao analisarmos a variável estadiamento, linfonodos comprometidos e recidiva observamos a não ocorrência de significação estatística. Entretanto, o histórico familiar e metástase, demonstraram-se estatisticamente significantes ($p=0,001$ e $p=0,006$ respectivamente).

Tabela 3. Associação entre variáveis clínicas e os períodos anteriores e posteriores à lei de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Variável	Categoria	Antes da lei		Depois da lei		p-valor
		N	%	N	%	
Estadiamento	0	31	7%	51	9%	0,155
	1	90	21%	93	16%	
	2	141	32%	219	38%	
	3	124	28%	158	27%	
	4	51	12%	58	10%	
Estadiamento	Inicial	262	60%	363	63%	0,374
	Tardio	175	40%	216	37%	
História familiar	Sim	63	20%	250	53%	0,001
	Não	249	80%	226	47%	
Linfonodos comprometidos	Sim	256	59%	333	58%	0,607
	Não	168	38%	231	40%	
	Não avaliáveis	13	3%	12	2%	
Metástase	Sim	108	25%	102	18%	0,006
	Não	329	75%	474	82%	
Recidiva	Sim	33	8%	43	7%	0,963
	Não	403	92%	531	93%	

4.1.6 DISCUSSÃO

Identificou-se como faixas etárias predominantes na pesquisa as que se situavam entre 40 a 59 anos, característica congruente com outros estudos brasileiros^{3,9,13}. A idade é citada como um dos mais importantes fatores de risco associados ao câncer de mama. As taxas de incidência aumentam exponencialmente até os 50 anos. Após esse período, o incremento ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença^{2,14}.

As pacientes identificadas como não brancas constituíram a maioria da amostra nos dois períodos propostos. Esse fato é concordante com investigação anterior realizada nesta mesma instituição¹⁵. Todavia, verifica-se o predomínio de mulheres classificadas como brancas em algumas pesquisas no país^{9,13,16}. A raça tem sido referida como fator contributivo para assistência à saúde deficiente. Investigação realizada nos Estados Unidos constatou que mulheres brancas experimentavam atrasos menores para o início do tratamento contra o câncer de mama¹⁷. Ao considerarmos os anos entre 2003 a 2012, estatísticas sinalizam que nesse país ocorreu estabilização da incidência do câncer de mama em mulheres brancas e o aumento de aproximadamente 0,3% ao ano da doença em mulheres negras¹⁸. No Brasil, mulheres identificadas como negras ou pardas apresentaram menor probabilidade de ter realizado mamografia quando comparadas às brancas¹⁹.

Entretanto, apesar da predominância de mulheres classificadas como não brancas na pesquisa, as classificadas como brancas aumentaram consideravelmente seu acesso à instituição após o surgimento da Lei. Supõe-se que transformações nos padrões socioeconômicos que atingiram a sociedade nos últimos tempos colocaram o Sistema Único de Saúde como um importante recurso terapêutico viável, justificando o aumento na sua procura por parte da população citada, que antes era adepta em sua maioria aos planos privados de saúde.

Pesquisa sinaliza que as seguintes características corroboram com maior acesso à assistência à saúde no Brasil, sobretudo através de planos particulares: cor da pele branca, maior nível de escolaridade, inserção em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e residência em regiões metropolitanas²⁰.

Em relação ao grau de instrução, nos dois intervalos de tempo considerados predominou mulheres com até 8 anos de estudo. Diversas pesquisas identificaram baixa instrução como barreira impeditiva para o estabelecimento da terapêutica em tempo adequado^{8,15,16,21,22}. No Brasil, estudos associaram essa característica ao período de 6,5 meses para a confirmação diagnóstica e 7 meses para o início do tratamento contra o câncer de mama no serviço público de saúde^{9,13}. Na Dinamarca, pesquisa demonstrou que pacientes com maior tempo de estudo apresentaram menor possibilidade de retardo no estabelecimento do tratamento²³. Acredita-se que

a escolaridade os proporciona, maiores conhecimentos relacionados aos seus direitos enquanto cidadãos, otimizando a trajetória percorrida entre os diferentes níveis de atenção, assim como, compreensão quanto às consequências decorrentes de sua patologia, atentando-se para os sinais, expressando-se de forma coesa ao descrever os sintomas, utilizando-se dos serviços de saúde para a detecção precoce da doença.

Nos dois intervalos de tempo estudados, a maioria das pacientes originava-se de municípios do interior do estado e eram casadas ou estavam em união estável. O local de procedência é mencionado como fator limitante para a adesão ao tratamento em virtude dos frequentes deslocamentos para consultas, exames, procedimentos e o custo financeiro acarretado pelos mesmos^{21,22,24}. Pesquisa que analisou a assistência à saúde de crianças e adolescentes portadores de câncer destacou que a região norte do país impõe aos pacientes e familiares o percurso de grandes distâncias onerosas não só financeiramente, mas fisicamente, sobretudo às crianças²⁵. Estudo que identificou o fluxo de pacientes com câncer mamário tratadas no SUS revelou que os serviços especializados de cirurgia, radioterapia e quimioterapia são concentrados nas cidades metropolitanas, e que uma proporção considerável de pacientes residia a mais de 150km desses serviços²⁴. Contudo, mesmo no Estado do Rio de Janeiro, um dos locais de maior concentração espacial de instituições de tratamento, evidenciou-se que 44% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados em fase avançada, embora 68% dessas mulheres residissem em municípios com serviço oncológico credenciado²⁶.

Na Polônia, mulheres pertencentes à zona rural iniciaram o tratamento contra o câncer de mama antes das pacientes provenientes da zona urbana, isto por que tão logo os sintomas são detectados, estas pacientes permanecem em centros de internação e os procedimentos relacionados à terapia são realizados. O objetivo é evitar o desgaste físico e financeiro das frequentes jornadas terapêuticas²⁷. Contudo, em Marrocos, moradia situada na zona rural ou distante dos grandes centros contribuiu para um atraso superior a 6 meses para a confirmação diagnóstica²².

Na pesquisa, observou-se maior proporção de mulheres casadas ou em união estável, entretanto esta característica não apresentou significância estatística. Em algumas investigações, a situação conjugal foi apontada como fator protetor em relação ao tempo para o início do tratamento¹⁶. Autores citam que mulheres casadas ou em união estável tendem a frequentar com maior intensidade os serviços de saúde²⁸. Em contrapartida, estudo realizado em um centro de referência do Rio de Janeiro, a situação conjugal não foi considerada fator de risco ou protetor contra o retardo na confirmação diagnóstica das lesões de mama¹³.

Percebe-se que o encaminhamento originário do SUS respondia pela maior parte do volume nos dois intervalos analisados, destacando-se o aumento considerável do mesmo no segundo período de tempo estudado. Como mencionado anteriormente, acredita-se que as pessoas estão recorrendo cada vez mais ao SUS, provavelmente devido a maior organização da rede de assistência, maior disponibilidade do recurso e aceitabilidade do serviço pelos usuários. Durante a pesquisa, observaram-se encaminhamentos advindos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Centro de Referência em Especialidades (CRE-Metropolitano) e de diversos hospitais, correspondendo respectivamente a atenção primária, secundária e terciária do sistema público de saúde.

Essas instituições compõem a rede de atenção à saúde estruturada por meio de arranjos organizativos cujo objetivo é a promoção da integração sistêmica das ações e serviços com provisão de assistência contínua, integral, de qualidade, e humanizada. Para o cumprimento dessa meta, estabelecem-se interligações entre os pontos de atenção primários, secundários e terciários dispostos hierarquicamente conforme densidade tecnológica constituinte²⁹. Quando a rede assistencial agrega profissionais capacitados, com serviços de saúde congruentes aos princípios e diretrizes estabelecidos, culmina com usuários assistidos integralmente, transitando entre os diferentes níveis assistenciais devidamente referenciados, sem longas esperas. Fato contrário impõe intenso sofrimento aos mesmos, revelando enorme desafio a ser enfrentado pelo SUS.

Estudo realizado em instituição oncológica de Corumbá identificou baixa cobertura da assistência de alta complexidade à população residente³⁰. Em relação ao câncer

infanto-juvenil, autores destacam dificuldades de reconhecimento dos sintomas e encaminhamento dos pacientes por parte da Atenção Básica³¹. No estado de Pernambuco, mulheres com câncer de mama, sofreram importantes atrasos para o início do tratamento por dificuldades de prosseguimento do percurso terapêutico na rede de atenção³².

Constatou-se neste estudo, o aumento do quantitativo de mulheres categorizadas como não detentoras de diagnóstico e tratamento prévio. Nesses casos, o Hospital Santa Rita de Cássia-AFECC responsabilizou-se pela confirmação diagnóstica e instituição do tratamento, atuando em conformidade à Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014³³. Quanto ao tempo entre o diagnóstico e o estabelecimento da terapia, a pesquisa encontrou como resultado uma mediana de 44 dias além de importante acréscimo do número total de pacientes que iniciaram o procedimento em período menor que 60 dias. Quando nos referimos ao interstício entre a primeira consulta e o tratamento a mediana identificada correspondeu a 50 dias. Estes fatos ratificam a proposição da Lei nº 12 732.

No Canadá, pesquisa realizada com 1760 mulheres com tumor maligno de mama, observou o interstício de 17 dias entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento cirúrgico e 44 dias entre a cirurgia e a adjuvância³⁴. Em contrapartida em Hong Kong, estudo que envolveu 152 mulheres encontrou período superior a 13 semanas como tempo de espera para o início do tratamento do carcinoma mamário³⁵. Na Turquia, 10,5 semanas refletiram o interstício para o início do tratamento de pacientes com câncer de mama³⁶. As malaias experimentaram uma demora de 5,5 meses para a confirmação diagnóstica³⁷. Em Uganda, 29 meses representou o tempo de espera para a maioria das pacientes em relação ao início do tratamento contra o câncer mamário³⁸.

No Brasil, estudo ocorrido no hospital estadual de São Paulo, encontrou o intervalo superior a 180 dias entre a mamografia suspeita e o início da terapia sistêmica³. Nas instituições estaduais do Distrito Federal verificou-se tempo superior a 90 dias após a primeira consulta para o início do tratamento contra o câncer de mama⁹. Entretanto, em instituição de assistência oncológica no Piauí, os trâmites

relacionados ao tratamento contra a neoplasia mamária aconteceram conforme os parâmetros recomendados para a maioria das mulheres³⁹.

Relata-se que nos países de baixa e média renda a incidência do câncer de mama mostra-se como grave problema de saúde pública no sentido de que estas nações não são detentoras de planejamento político adequado, nem tampouco estratégias garantidoras de acesso igualitário ao diagnóstico e tratamento coerente^{4,40}. Ocorre agravamento da doença, determinando terapia mais intensa, reduzindo as chances de sucesso até mesmo se tais casos ocorressem em locais com serviços de saúde de excelência^{3,8}.

Estudo realizado em Bogotá, com 1106 mulheres portadoras de câncer de mama, encontrou como tempo médio de espera entre a primeira consulta e o diagnóstico, 91 dias e entre a primeira consulta e o tratamento, 137 dias. Este atraso foi atribuído em grande parte à morosidade do sistema de saúde vigente. As pacientes filiadas ao regime especial de saúde experimentaram intervalos menores, denotando tratamento mais rápido às mulheres com melhores condições socioeconômicas⁴¹.

No Brasil, pesquisa demonstrou que estádios tardios do câncer mamário apresentaram-se com maior intensidade nas pacientes provenientes do setor público. Enquanto 43,5% das mulheres admitidas no setor privado encontravam-se no estágio I, este grupo representava apenas 14,8% no SUS⁴².

Ainda no nosso país, estudo concluiu que atrasos maiores que quatro meses entre a cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante associou-se com a diminuição das taxas de sobrevivência das pacientes. A pesquisa apontou o acréscimo no risco de morte em 1,3 vezes para cada mês de atraso⁴³.

Quando consideramos as mulheres que chegaram ao HSRC-AFECC sem diagnóstico e sem tratamento, percebemos incremento do quantitativo de pacientes que iniciaram o tratamento a partir do diagnóstico em período menor ou igual a 60 dias após o advento da Lei. Quando nos referimos às mulheres que chegaram ao hospital com diagnóstico, mas sem tratamento apuramos acréscimo do número de pacientes contempladas com o tempo entre o diagnóstico e o tratamento em prazo

menor ou inferior a 60 dias. Ressalta-se também o importante decréscimo entre o período da primeira consulta e o início do tratamento para essa categoria. Podemos inferir que o HSRC-AFECC está se esforçando para atuar em concordância com o dispositivo jurídico mencionado neste estudo, promovendo maior acessibilidade a todas as mulheres. Todavia, mesmo após a promulgação da Lei 12732, percebemos que 34% dessas mulheres ainda encontram dificuldades para realizar o tratamento conforme o intervalo de tempo preconizado, sendo fundamental a ampliação de esforços no sentido de que essas usuárias também se beneficiem das mudanças deflagradas pela Lei o que demonstra que o empenho em proporcionar serviços resolutivos deve ser contínuo.

A variável estadiamento não demonstrou significância estatística quando comparada ao período anterior e posterior à Lei. Verifica-se na instituição pesquisada o predomínio do estadiamento II nos dois intervalos de tempo estudados. Pesquisa em hospital de referência contra o câncer em São Paulo encontrou semelhante resultado em pacientes idosas com câncer de mama⁴⁴. Ingressar nos serviços de saúde na fase inicial da doença constitui um dos propósitos da assistência oncológica. Alerta-se que estádios tardios contribuem de forma intensa para a irreversibilidade do câncer^{3,8,22}. Estudo realizado no HSRC-AFECC com mulheres diagnosticadas com tumor maligno mamário, concluiu que tais estádios associavam-se a maiores índices de mortalidade⁴⁵.

Ao avaliarmos o histórico familiar, percebemos que esta variável após a Lei, passou a ser referida por maior número de mulheres. Acredita-se que campanhas de conscientização promovidas pelo Ministério da Saúde tais como o Outubro Rosa, contribuíram para a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde por parte das mulheres proporcionando às mesmas, maior entendimento da patologia, conhecimento sobre os fatores considerados de risco e suas consequências, além de conclamá-las quanto a utilização consciente dos métodos preventivos de saúde. O histórico familiar é mencionado como relevante fator predisponente para o desenvolvimento do câncer². Estudo desenvolvido em Minas Gerais revelou que essa característica foi relatada por 20% das mulheres e associou-se com o grau de estadiamento do carcinoma mamário ao diagnóstico⁴².

A pesquisa também demonstrou que a variável metástase apresentou sensível diminuição quando comparamos o primeiro e o segundo períodos propostos. Infere-se que as mulheres estão conseguindo atendimento em tempo propício, dificultando a ocorrência da metástase que é a certeza da progressão da doença.

4.1.7 CONCLUSÃO

A magnitude socioepidemiológica do câncer e o impacto financeiro decorrente do seu tratamento, o transformam em agravo cujas políticas públicas são de extrema relevância para o SUS.

A estruturação das ações e serviços de saúde possui o intento de proporcionar aos pacientes, assistência resolutiva em tempo hábil com preservação da qualidade de vida minimizando possíveis sequelas. No entanto, deve-se considerar a multiplicidade do perfil do paciente oncológico em especial as portadoras do câncer de mama, quando o assunto em questão é o tempo para o início do tratamento. Trata-se de indivíduos com realidades socioculturais, econômicas, geográficas e de acesso aos serviços diversos e tais características interferem ativamente no processo terapêutico.

Redes de atenção segundo os princípios da universalidade, equidade e integralidade são indispensáveis para o êxito do tratamento e requerem o engajamento do Estado e da sociedade civil.

Neste estudo, considerando o período anterior à Lei e posterior à Lei, identificou-se um perfil de mulheres situadas na faixa etária entre 40 a 59 anos, predominantemente não brancas, com até 8 anos de estudo, provenientes em sua maioria de municípios situados no interior do estado, casadas ou em união estável.

Destacou-se o aumento do quantitativo de mulheres brancas no segundo período proposto. Em relação à origem do encaminhamento, houve o predomínio daquele proveniente do SUS nos dois intervalos analisados com ênfase para o intervalo de

tempo posterior à Lei. Neste também, foi constatado o incremento do número de pacientes que ingressaram ao HSRC-AFECC sem diagnóstico e sem tratamento.

Considerando o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, ocorreu acréscimo do número de pacientes que o obtiveram em prazo igual ou inferior a 60 dias, para ambas as categorias: sem diagnóstico e sem tratamento e com diagnóstico e sem tratamento, sendo que esta última apresentou também tempo inferior ou igual a 60 dias quando o intervalo estudado compreendia a primeira consulta e o início do tratamento.

Nos dois períodos propostos houve a predominância do estágio II. No intervalo posterior à Lei, ocorreu maior confirmação do histórico familiar do câncer por parte das pacientes assim como diminuição da ocorrência de metástase. Por se tratar de pesquisa envolvendo dados secundários, a imprecisão dos registros, a não completude de algumas variáveis, bem como o subpreenchimento de alguns prontuários constituíram limitações do estudo.

É de vital importância o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde e registradores dos RHCs quanto à melhoria da qualidade das informações. Entretanto, salienta-se que capacitações e atualizações quanto ao preenchimento e obtenção dos dados são efetuadas. As informações fornecidas configuram instrumentos gerenciais essenciais, pois permitem a realização de diagnósticos situacionais e conseqüentemente a identificação de cenários não condizentes às prerrogativas do SUS.

Conclui-se que, embora a publicação da Lei nº 12732/2012 tenha se revelado uma estratégia fundamental para a melhoria da acessibilidade das usuárias às ações de cuidado em saúde, o estabelecimento da assistência oncológica no tempo adequado ainda não foi contemplado em sua plenitude. Nesse contexto, maiores esforços ainda se fazem necessários para que novos obstáculos sejam suplantados com a finalidade de se atingir um Sistema Único de Saúde, realmente universal.

4.1.8 REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al . Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. Journal of Cancer* 2015; 136 (5): 359-86.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
3. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(1): 72-6.
4. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J. Clin. Oncol.* 2014; 5(3): 465-77.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama: Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, Rio de Janeiro: INCA; 2015.
6. Coates AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. *The Lancet* 1999; 53(159): 1112-30.
7. Caplan L. Delay in Breast Cancer: Implications for Stage at Diagnosis and Survival. *F. Public Health* 2014; 87(2): 1-5.
8. Ermiah E, Abdalla F, Buhmeida A, Larbesh E, Pyrhönen S, Collan Y. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. *BMC Research Notes* 2012; 5(452): 1-8.
9. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.* 2013; 35(10): 458-63.
10. Brasil. Lei nº 12372, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e dá outras providências [lei na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 23 nov 2012 [acesso em 02 jun 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1220, de 03 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do

primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União [acesso em 02 jul.2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html.

Acesso em: 25 jul.2016.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [portaria na internet]. Diário Oficial da União [acesso em 22 nov 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

13. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. 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. 2009; 31(2): 75-81.

14. Rosa LM, Radunz V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. Texto contexto - Enferm. 2012; 21(4): 980-89.

15. Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana, KCG. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo . Rev. Bras. Cancerol. 2013; 59(3): 361-67.

16. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad. Saúde Pública 2015; 31(6): 1269-82.

17. Mcgee SA, Durham DD, Tse CK, Millikan RC. Determinants of breast cancer treatment delay differ for African American and White women. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2013; 22(7): 1227-38.

18. American Cancer Society. Cancer Facts e Figures 2016. Atlanta: American Cancer Society; 2016.

19. Lages RB, Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. Rev. Bras. Epidemiol. 2012; 15 (2); 737-47.

20. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Cien. Saúde Coletiva 2004; 9(1): 85-98.

21. Ukwenya AY, Yusufu LM, Nmadu PT, Garba ES, Ahmed A. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: The experience from Kaduna, Nigeria. *South African Journal of Surgery* 2009; 46 (4):101-06.
22. Maghous A, Rais F, Ahid S, et al. Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women. *BMC Cancer* 2016; 16(356): 1-8.
23. Hansen, RP Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research Notes* 2011; 11(284): 1-8.
24. Oliveira EXG, Melo, ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2): 317-26.
25. Grabois MF, Oliveira EXG; Carvalho MS. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(2): 368-78.
26. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6): 874-81.
27. Maślach D, Krzyżak M, Szpak A, Owoc A, Bielska-Lasota M. Waiting time for treatment of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland) in view of place of residence. A population study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20(1): 161-66.
28. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho, MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciê. Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3649-64.
29. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* [acesso em 02 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
30. Silva JFS, Mattos IE. Avaliação da assistência oncológica de alta complexidade em um município de fronteira em Mato Grosso do Sul: uma proposta de cálculo de estimativas de cobertura. *Cad. Saúde Colet.* 2012; 20(3): 314-20.

31. Fermo VC, Lourençatto GN, Medeiros TS, Anders JC, Souza AIJ de. O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. *Esc. Anna Nery* 2014; 18(1): 54-59.
32. Paiva CJK, Cesse EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Rev. Bras. Cancerol.* 2015; 61(1): 23-30.
33. Brasil. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde [Portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 28 fev 2014 [acesso em:28 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html.
34. Plotogea A, Chiarelli AM, Mirea M Prummel MA, Chong N,O'Malley RSF, Holloway CMB. Factors associated with wait times across the breast cancer treatment pathway in Ontario. *Springer Plus* 2013; 2(388):8-12.
35. Yau TK, Choi CW, Esther NG, Yeung R, Soong SI, Lee AWM. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer centre. *Hong Kong Medicine Journal* 2010; 16(5):373-377.
36. Ozmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapka M, et al. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *EJP. Health* 2014; 25(1):9-14.
37. Norsa'adah B, Rampal KG, Rahmah MA, Naing NN, Biswal BM. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. *BMC Cancer* 2011; 11(141): 1-8.
38. Moses Galukande M, Mirembe F, Wabinga H. Patient Delay in Accessing Breast Cancer Care in a Sub Saharan African Country: Uganda *Br. J. Med. Med. Res.* 2014; 4(13): 2599–10.
39. Rego IKPR, Sampaio IN. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. *Rev. Bras. de Cancerol.* 2013; 59(3): 379-90.
40. González-Robledo MC, González-Robledo LM, Nigenda G. Public policy-making on breast cancer in Latin America. *Rev. Panam. Salud. Publica* 2013; 33 (3): 183-89.

41. Piñeros MMSP, Sánchez RM, Perry, MCF, García OAMC, Ocampo RMC, Cendales RMM. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México* 2011; 53(6): 478-85.
42. Soares PBM, Quirino FS, Souza WP, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF et al . Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012 15(3): 595-604.
43. Trufelli DC, Matos LLde, Santi PX, Del GA. Atraso no tratamento adjuvante em pacientes com câncer de mama. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2015; 61(5): 411-16.
44. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos E, Carvalho J, et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Cien. Saúde Coletiva* 2015; 20(12): 3805-16.
45. Albrecht CAM, Amorim MHC, Zandonade E, Viana K, Calheiros JO. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia Vitória, ES. *Rev. Bras de Epidemiol.* 2013; 16(3): 582-591.

4.2 Proposta de artigo 2:

Análise dos fatores de risco associados ao intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama em uma instituição de referência no estado do Espírito Santo

4.2.1 RESUMO

Pretendeu-se identificar os fatores de risco que contribuíram para o atraso no tratamento contra o câncer mamário de mulheres assistidas no hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014. Este é um estudo analítico longitudinal de dados primários e secundários que compreendeu 1016 casos de mulheres diagnosticadas com câncer mamário, cadastradas no Registro Hospitalar do Câncer da referido hospital (RHC) cujo primeiro ano de tratamento foi exclusivamente custeado pelo SUS. Adotou-se como critérios de exclusão: impossibilidade de determinação do tempo de diagnóstico, do início do tratamento, do estadiamento clínico, mulheres portadoras de dois tumores primários, usuários particulares e conveniados e aqueles cujo primeiro ano do tratamento não ocorreu integralmente no hospital estudado. Formaram-se dois estratos: tratamento ocorrido em até 60 dias e tratamento instituído após 61 dias. Para as variáveis com significância estatística, calcularam-se os *odds ratio* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística considerando o nível de significância de 0,10. As que se revelaram significantes em relação ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foram: faixa etária ($p=0,056$), anos de estudo ($p=0,040$), Lei nº12732 ($p=0,001$), diagnóstico e tratamento anteriores ($p=0,001$). Pacientes diagnosticadas em 2010 e 2011 ($OR=1,74$; $IC=1,30-2,33$) e as que ingressaram ao hospital com diagnóstico e sem tratamento ($OR=1,89$; $IC=1,40-2,54$) iniciaram a terapêutica em período maior que 61 dias. Os fatores contributivos para o retardo do tratamento contra o câncer mamário são complexos e interagem entre si. Compreendê-los permite a adoção de estratégias políticas assertivas.

Descritores: Neoplasias de mama, fatores de risco, atraso no diagnóstico, atraso no tratamento, serviços de saúde.

4.2.2 ABSTRACT

The intention was to identify the risk factors that contributed to the late treatment of breast cancer for women who were cared for at the Hospital Santa Rita de Cássia, in Vitoria, Espírito Santo, in the periods of 2010-2011 and 2013-2014. This is a longitudinal analytical study of primary and secondary data which included 1016 cases of women diagnosed with breast cancer, registered in the information system of the hospital health record of the aforementioned hospital and whose first year of treatment was exclusively funded by the Brazilian public health system. The exclusion criteria that were adopted include: the impossibility of determining the time of diagnosis, the beginning of treatment, the clinical stage of cancer, women with two primary tumors, private patients, insured patients, and those whose first year of treatment did not occur solely in the studied hospital. Two groups were formed: those whose treatment occurred within 60 days and those whose treatment occurred after 60 days. For variables with statistical significance, the crude odds ratio was calculated and adjusted by the Logistic Regression Model, considering the significance level of 0.10. Those that showed significant compared to the time between diagnosis and start of treatment were: age ($p=0.056$), years of education ($p=0.040$), Law nº 12732 ($p=0,001$) and earlier diagnosis and treatment ($p=0,001$). Patients diagnosed in 2010 and 2011 (OR = 1.74, CI = 1.30 to 2.33) and those who entered the hospital with a diagnosis and no treatment (OR = 1.89, CI = 1.40 to 2.54) initiated therapy for a period longer than 61 days. Contributory factors for delayed beginning of treatment for breast cancer are complex and interact with each other. Understands them is essential because it allows assertive political strategies to be adopted.

Keywords: breast neoplasms, risk factors, delayed diagnosis, late treatment, health services.

4.2.3 INTRODUÇÃO

O câncer de mama configura a neoplasia maligna de maior incidência na população feminina mundial, com exceção do câncer de pele não melanoma. Aproximadamente 1,67 milhões de casos novos e pouco mais de 522 mil óbitos retrataram as perspectivas de todo o mundo para o ano de 2012¹. Trata-se da maior causa de mortalidade por câncer entre mulheres de países de média a baixa renda^{1,2}.

No Brasil, espera-se a ocorrência de cerca de 57.960 novos casos dessa doença para o biênio 2016/2017, o que representa uma taxa bruta de 56,20. No Espírito Santo, 1010 casos e uma proporção de 53,85 refletem as expectativas para o ano de 2016 sendo que na capital Vitória, serão 140 casos novos e um risco estimado de 77,86 tumores malignos de mama por cada 100 mil mulheres, correspondendo a sétima maior incidência entre as capitais brasileiras³.

O diagnóstico precoce e o estabelecimento da terapêutica no momento adequado são apontados como grandes aliados à saúde da mulher. Para tanto, torna-se imprescindível reduzir os entraves existentes no acesso às instituições de saúde bem como qualificar a demanda e a oferta de serviços, de forma a possibilitar a confirmação diagnóstica precoce, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado na rede de atenção⁴.

Entretanto, o que se observa especialmente em países de média e baixa renda são mulheres com inúmeras dificuldades no ingresso aos serviços públicos de saúde^{5, 6,7}. Nota-se que muitas vezes, oferta-se aos moradores dessas regiões, assistência descontinuada, sem integração entre os diferentes níveis de complexidade com longos atrasos em várias etapas do processo terapêutico, comprometendo sobremaneira o prognóstico, reduzindo o tempo de sobrevivência dessas pacientes.

Entretanto, os fatores que podem ser designados como motivos da demora do estabelecimento do tratamento são complexos e interagem entre si. Envolve desde características socioeconômicas tais como baixo grau de instrução, baixa renda, residência em local distante da assistência à saúde, como comportamentais: medo

do tratamento, negação da doença, distúrbios da imagem corporal, crenças religiosas, como também fatores associados ao sistema de saúde como falta de programas eficientes para a detecção precoce, ausência de insumos e capacitação profissional^{5,6,7,8}.

Dessa forma, conhecer o perfil populacional, identificar e trabalhar os fatores de risco, monitorar e avaliar os intervalos de tempo atrelados ao processo terapêutico, aliado a um sistema de informação capaz de fornecer dados válidos em tempo propício, significa proporcionar assistência à saúde organizada, regionalizada, hierarquizada, assertiva e, portanto condizente à dignidade dos usuários dos sistemas de saúde.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco que contribuíram para o atraso na instituição do tratamento contra o câncer de mama de mulheres assistidas no hospital Santa Rita de Cássia-Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC) no município de Vitória, Espírito Santo.

4.2.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico longitudinal de dados primários e secundários, realizado no hospital Santa Rita de Cássia, o qual possui como mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer-AFECC. Constituiu-se a amostra de todos os casos de câncer de mama feminina diagnosticados durante os anos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014 cujo primeiro ano de tratamento ocorreu exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no hospital assinalado anteriormente, situado no município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil.

O período apontado entre os anos 2010 a 2011 é anterior ao advento da Lei nº 12.732. O segundo período citado já ocorre segundo os preceitos da mesma. O ano de 2012 não foi considerado na pesquisa, pois correspondeu ao ano em que a Lei foi instituída.

Utilizou-se como fontes de pesquisa a ficha de registro do tumor do setor de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e os prontuários do referido hospital. Estabeleceu-se como critérios de exclusão para o estudo: impossibilidade de determinação do tempo de diagnóstico, do início do tratamento, do estadiamento clínico, mulheres portadoras de dois tumores primários, usuários particulares e conveniados e aqueles cujo primeiro ano do tratamento ou parte dele não ocorreu no HSRC-AFECC.

Pesquisou-se 13 variáveis a partir da Ficha de Registro de Tumor, abrangendo: faixa etária ao diagnóstico, anos de estudo, procedência, estado conjugal, origem do encaminhamento, diagnóstico e tratamento anterior, estadiamento clínico do tumor ao diagnóstico, tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre a primeira consulta e início do tratamento e histórico familiar. Coletaram-se as variáveis linfonodos comprometidos, metástase e recidiva nos prontuários, para as duas últimas adotaram-se como data final de seguimento 31 de dezembro de 2015.

Objetivando o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e o Pacote Estatístico para Ciências Sociais -SPSS (versão 20.0). Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio-padrão. Para a associação entre o tempo referido e as variáveis do estudo, utilizou-se o teste qui-quadrado de associação. Formaram-se dois estratos adotando como parâmetro o tratamento ocorrido em até 60 dias e o tratamento ocorrido após 61 dias. Posteriormente, para as variáveis da pesquisa que apresentaram significância estatística, calcularam-se os *odds ratio* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística considerando o nível de significância de 0,10.

Esta pesquisa é parte integrante dos estudos que compõe o projeto de pesquisa “Criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, que congrega seis instituições de ensino superior, entre elas, a Universidade Federal do Espírito Santo. Trata-se especificadamente do quarto vetor da Pesquisa 1 que versa sobre a análise dos efeitos da “Lei dos 60 dias” no número de atendimentos e no estadiamento inicial de um conjunto de neoplasias malignas com especial destaque para o câncer de mama.

Submeteu-se e aprovou-se o projeto pelo Centro de Ensino e Pesquisa do HSRC-AFECC e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012⁹, sob o parecer de número 1210765/2015.

4.2.5 RESULTADOS

No período destacado na pesquisa a população atendida pelo HSRC-AFECC com diagnóstico confirmado de câncer de mama constitui-se de 2007 mulheres. No ano de 2010 a 2011, 1049 casos de tumor mamário maligno feminino foram cadastrados na instituição. Destes, excluiu-se 602 prontuários, pois os pacientes realizaram o tratamento ou parte dele em outras unidades hospitalares, assim como cinco casos que possuíam a confirmação diagnóstica de dois tumores primários e outros cinco que não detinham informação sobre a origem do diagnóstico ou tratamento. Portanto, 612 representou o total de exclusões, o que configura 437 casos de mulheres que receberam o diagnóstico do câncer de mama nos anos de 2010 a 2011 como integrantes da pesquisa.

No ano de 2013 a 2014, cadastrou-se 958 casos de câncer mamário feminino. Destes, 368 prontuários tiveram a exclusão determinada por não apresentar o primeiro ano de tratamento ou parte dele na instituição estudada. Devido a ocorrência de dois tumores primários, quatro prontuários saíram da pesquisa, do mesmo modo que cinco casos por não deter informações relacionadas ao diagnóstico ou tratamento e outros dois pelo fato de o paciente falecer antes do primeiro tratamento. Logo, após o total de 379 exclusões, como definitivos na pesquisa, encontramos 579 casos de câncer de mama feminina com diagnóstico confirmado em 2013 e 2014.

A tabela 1 mostra a associação entre as variáveis sociodemográficas e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento. As variáveis raça/cor, procedência e estado conjugal, não demonstraram significância estatística. As que se revelaram significantes quando associadas ao tempo para o início do tratamento

corresponderam a: faixa etária ($p=0,056$), anos de estudo ($p=0,040$) e o intervalo de tempo segundo a Lei nº 12732 ($p=0,001$).

Tabela 1. Associação entre variáveis sociodemográficas e o tempo entre o início do tratamento e diagnóstico de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Variável	Categoria	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento				p-valor
		Até 60 dias		61 dias e mais		
		N	%	N	%	
Faixa etária	Até 29 anos	10	1%	3	1%	0,056
	30 a 39 anos	74	11%	20	6%	
	40 a 49 anos	203	29%	95	29%	
	50 a 59 anos	183	26%	89	28%	
	60 a 69 anos	133	19%	55	17%	
	70 anos e mais	91	13%	61	19%	
Raça/cor	Branca	151	23%	68	22%	0,612
	Não branca	492	77%	241	78%	
Anos de estudo	Até 8 anos	408	65%	207	72%	0,040
	9 anos e mais	222	35%	82	28%	
Procedência	Vitória	101	15%	48	15%	0,901
	Vila Velha	126	18%	59	18%	
	Cariacica	75	11%	35	11%	
	Serra	87	13%	39	12%	
	Outros interiores	298	43%	137	42%	
	Outros estados	5	1%	5	2%	
Lei nº12732	Antes da lei	267	38%	170	53%	0,001
	Após a lei	427	62%	152	47%	
Estado Conjugual	Solteiro	178	26%	74	23%	0,652
	Casado, união consensual	337	49%	153	48%	
	Viúvo	104	15%	54	17%	
	Separado	65	10%	35	11%	

Observa-se na tabela 2, a associação entre as variáveis clínicas e o tempo transcorrido entre a confirmação diagnóstica e o tratamento. Houve significância estatística somente na variável diagnóstico e tratamento anteriores ($p=0,001$). Não

ocorreu significância nas variáveis: origem do encaminhamento, estadiamento, história familiar, linfonodos comprometidos, metástase e recidiva.

Tabela 2. Associação entre variáveis clínicas e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Variável	Categoria	Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento				p-valor
		Até 60 dias		61 dias e mais		
		N	%	N	%	
Diagnóstico e tratamento anteriores	SD e ST	482	69%	176	54%	0,001
	CD e ST	212	31%	147	46%	
Origem do encaminhamento	SUS	415	75%	193	77%	0,600
	Não SUS	137	25%		23%	
Estadiamento	0	53	8%	29	9%	0,747
	1	121	17%	62	19%	
	2	249	36%	111	34%	
	3	192	28%	91	28%	
	4	79	11%	30	9%	
Estadiamento	Inicial	423	61%	202	63%	0,628
	Tardio	271	39%	121	37%	
História familiar	Sim	225	41%	88	37%	0,309
	Não	326	59%	150	63%	
Linfonodos comprometidos	Sim	412	59%	178	55%	0,477
	Não	264	38%	135	42%	
	Não avaliáveis	17	2%	8	2%	
Metástase	Sim	142	20%	68	21%	0,800
	Não	551	80%	253	79%	
Recidiva	Sim	51	7%	25	8%	0,794
	Não	641	93%	294	92%	

A tabela 3 revela o *odds ratio* bruto e ajustado pelo modelo de regressão logística das variáveis que apresentaram significância estatística (considerando nível de significância de 0,10). O *odds ratio* ajustado demonstrou maior risco para o início do tratamento em período maior que 61 dias para as pacientes atendidas anteriormente ao advento da lei, ou seja, as pacientes diagnosticadas nos anos de 2010 a 2011,

assistidas no HSRC-AFECC apresentaram um risco 1,74 vezes maior de receberem tratamento em um prazo igual ou superior a 61 dias quando comparadas àquelas que apresentaram confirmação diagnóstica no período compreendido entre 2013 a 2014 e foram igualmente atendidas na instituição. Observa-se também que as pacientes que chegaram ao hospital com diagnóstico e sem tratamento apresentaram um risco 1,89 vezes maior de início do tratamento em tempo igual ou superior a 61 dias do que as mulheres que se apresentaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento. Em relação a variável anos de estudo a significância estatística revelou-se apenas quando aplicado o *odds ratio* bruto.

Tabela 3. *Odds ratio* brutos e ajustados das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram significância estatística de mulheres cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia nos períodos de 20c10 a 2011 e 2013 a 2014.

Variável	Categoria	<i>Odds Ratio</i> bruto				<i>Odds ratio</i> ajustado			
		p-valor	OR	IC de 95%		p-valor	OR	IC de 95%	
				LI	LS			LI	LS
Faixa etária	Até 29 anos	0,060	1,00			0,075	1,00		
	30 a 39 anos	0,882	0,90	0,23	3,59	0,798	0,83	0,20	3,43
	40 a 49 anos	0,507	1,56	0,42	5,80	0,423	1,73	0,45	6,67
	50 a 59 anos	0,471	1,62	0,44	6,04	0,537	1,53	0,40	5,91
	60 a 69 anos	0,636	1,38	0,37	5,20	0,702	1,31	0,33	5,12
	70 anos e mais	0,236	2,23	0,59	8,45	0,301	2,06	0,52	8,16
Anos estudo	Até 8 anos	0,040	1,37	1,01	1,86	0,093	1,32	0,95	1,83
Lei nº 12732	Antes da lei	0,001	1,79	1,37	2,34	0,001	1,74	1,30	2,33
Diag. Anter.	CD e ST	0,001	1,90	1,45	2,49	0,001	1,89	1,40	2,54

4.2.6 DISCUSSÃO

De acordo com a presente pesquisa podemos inferir que as pacientes com mais idade, em destaque as que possuem mais de 70 anos, apresentam início do tratamento em período superior a 61 dias, fato que contrasta com o que é preconizado pela Lei nº 12732/2012.

Pesquisas destacam que retardo para instituição do tratamento contra o câncer de mama, ocorre mais comumente em idosas, por acreditar-se que a fragilidade orgânica e a presença de agravos crônicos influenciarão negativamente no desfecho terapêutico das mesmas^{10,11}.

Estudo realizado na Espanha detectou maior intervalo de tempo para o início da terapia adjuvante em mulheres com câncer de mama maiores de 65 anos, a instabilidade clínica devido a presença de comorbidades foi mencionada como possível causa¹². Na Polônia, pacientes com 70 anos de idade apresentaram maior retardo para o início do tratamento contra o tumor mamário maligno quando comparadas às que se situavam na faixa etária compreendida entre 15 a 69 anos¹³. Pesquisa realizada na Estônia com 703 mulheres diagnosticadas com câncer mamário, concluiu que aquelas com idade superior a 65 anos demoravam mais para procurar assistência médica e entre estas, 66% nunca haviam realizado mamografia. Este estudo revela ainda, que os programas de assistência do respectivo país, privilegiam mulheres mais jovens em detrimento das maiores de 65 anos, que acabam subestimando os sintomas, os relacionando ao envelhecimento¹⁴. No Brasil, autores revelaram que mulheres acima dos 60 anos, residentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, apresentaram maiores intervalos de tempo para o início do tratamento contra o tumor maligno de mama¹⁵.

No entanto, em São Paulo, instituição oncológica conseguiu oferecer às suas pacientes idosas tratamento contra a neoplasia maligna de mama de acordo com o recomendado. O intervalo mediano para o início do mesmo foi de 45 dias¹⁰. Na Turquia, mulheres com idade superior a 60 anos, são priorizadas no tratamento contra a neoplasia anteriormente mencionada e apresentaram menor tempo de espera em relação às mulheres mais jovens¹⁶.

É preconizado no Brasil, o rastreamento por meio mamográfico às mulheres com idades entre 50 a 69 anos. Entretanto, não é recomendado o rastreamento por esta técnica em mulheres com 70 anos ou mais⁴. Nesse grupo etário, acredita-se que a magnitude dos danos associados a equívocos no diagnóstico e tratamento tende a aumentar em função das causas competitivas de morbimortalidade, mesmo em conjunturas nas quais a expectativa de vida é maior do que a brasileira^{4,12}.

Todavia, autores alegam que se a mulher idosa tem uma expectativa de vida superior a cinco anos, não apresenta comorbidades que a comprometem de forma importante e é dotada de cognição preservada, o rastreamento de rotina, por mamografia poderia ser considerado¹¹.

Investigação realizada no Rio de Janeiro revelou que mulheres com idade acima de 60 anos diagnosticadas com câncer de mama possuem maiores chances de morte que as mais jovens em igual condição clínica. A presença de comorbidades foi referida como possível agente influenciador deste achado¹⁷. Em Minas Gerais, pacientes com idades superiores a 70 anos apresentaram maior chance de óbito decorrente do câncer de mama. Contrariamente ao exposto anteriormente, neste estudo, a presença de comorbidades não foi associada ao maior risco de morte pelo tumor maligno de mama¹⁸.

Presume-se que mulheres com idade acima de 60 anos encontram maior dificuldade para acessar os serviços de saúde. Há relatos de que além destes serviços não estarem preparados para receber o paciente idoso, sentimentos de negação e medo podem ocorrer perante a doença, assim como ideia de fatalismo e finitude da vida devido à idade^{10,12}. Autores citam que quando submetidas à terapêutica mais agressiva, com redução mesmo que temporária da qualidade de vida, o risco de abandono do tratamento por parte da paciente e de seus familiares é crescente^{10,11}. Considerando que o envelhecimento figura como realidade no Brasil, as estratégias de detecção precoce da neoplasia de mama deverão ser mais contundentes nessa faixa etária.

Na pesquisa, evidenciou-se que mulheres com até 8 anos de estudo apresentaram maior possibilidade de retardo no início do tratamento contra o câncer de mama.

A educação é um bem coletivo essencial para a promoção da cidadania e apresenta um visível impacto na saúde da população, sendo reconhecida como a principal mediadora de oportunidades existentes nas sociedades democráticas, Dessa forma, o grau de instrução é considerado importante fator de risco para a questão considerada. Em investigação realizada nesta mesma instituição, constatou-se que esta característica, determinava 4,3 vezes maiores possibilidades de confirmação diagnóstica tardia contra o câncer de mama¹⁹. Em Santa Catarina mulheres analfabetas diagnosticadas com tumor mamário maligno, apresentaram 7,40 maiores chances de morrer quando comparadas às que possuíam nível superior²⁰. No Distrito Federal, pacientes com nível primário de escolaridade apresentaram considerável atraso para o início do tratamento²¹.

No norte do Paquistão e em Ruanda, baixa renda aliada a tempo menor que 8 anos de estudo resultou em confirmação diagnóstica tardia das pacientes com tumor mamário maligno^{22,23}. Esse também foi o resultado de um estudo realizado na Colômbia²⁴. No Sudão, o não reconhecimento dos sintomas, a ignorância em relação à doença, escassa situação financeira e educacional determinou atrasos importantes que culminaram com maior frequência de estadiamentos tardios²⁵.

Constata-se que mulheres com baixa instrução encontram diversos obstáculos durante o percurso terapêutico. Infere-se que essas pacientes não reconhecem seus direitos enquanto cidadãs, conformando-se com situações negativas de assistência por desconhecerem as consequências desastrosas do retardo no tratamento. Dessa forma, o seu percurso nos diferentes níveis de atenção pode ser tortuoso não só pela morosidade do serviço como também pela dificuldade da paciente em compreender a sequência do tratamento e a sua importância.

Reconhecendo a participação de forma inequívoca do grau de instrução na determinação da saúde, ressalta-se que a elevação do nível educacional da população e a maior igualdade no acesso à educação de qualidade devem ser objetivos prioritários das políticas públicas. Ao mesmo tempo, esforços adicionais são necessários para melhorar a qualidade dos serviços, a fim de tornar o cuidado à saúde mais equânime e capaz de enfrentar os crescentes desafios ligados à dinâmica das desigualdades sociais, com destaque para a desigualdade educacional.

Geralmente baixa instrução é acompanhada por reduzidos níveis socioeconômicos. Nos países considerados pobres e em desenvolvimento, estas duas características estão presentes na absoluta maioria dos estudos relacionados ao atraso da terapêutica contra o câncer de mama. Uma vez que o tratamento requer deslocamentos constantes para realização de consultas, exames e procedimentos torna-se dispendioso financeiramente, não só pelas despesas de trajeto mas também pelos dias de trabalho perdido. Pesquisas apontam que mulheres responsáveis pelos recursos financeiros da família, são propensas a ignorar, protelar ou até abandonar medidas preventivas e possíveis tratamentos de saúde^{26,27}. Esses

fatos aliados a serviços descontinuados decretam a maior vulnerabilidade dessas pacientes às desordens patológicas.

Ressalta-se que em período anterior à promulgação da Lei, menos da metade dos pacientes começavam o tratamento em intervalo menor que 60 dias. Após o estabelecimento do dispositivo jurídico, observamos acréscimo deste valor, entretanto, 47% das mulheres ainda iniciam o tratamento contra o tumor mamário maligno em período maior que 61 dias, o que demonstra a necessidade de esforços contínuos de toda a Rede de Atenção a Saúde visando o atendimento dessas pacientes em concordância ao recomendado pela Lei nº 12732.

No estado de Pernambuco, pesquisa identificou que o início do tratamento excedeu 60 dias em 56,6% das usuárias portadoras de câncer de mama²⁸. No Ceará, o tempo mediano de espera para a realização da intervenção cirúrgica para residentes na capital correspondeu a 39 dias e, para as procedentes do interior, representou 63 dias²⁹. Neste estudo, o local de procedência mostrou-se como barreira impeditiva à assistência em menor período de tempo. Em Brasília, pesquisa revelou que mais da metade das mulheres com câncer mamário, recebeu o primeiro tratamento após 90 dias da primeira consulta²¹. Entretanto, no Piauí, instituição de referência conseguiu ofertar a confirmação diagnóstica e o tratamento dentro dos parâmetros estabelecidos pela Lei dos 60 dias³⁰.

Observa-se que as pacientes que chegam à instituição com diagnóstico e sem tratamento são mais susceptíveis ao atraso. Como este diagnóstico ocorreu no período de tempo que antecedeu a primeira consulta destas mulheres, ou seja, fora da instituição pesquisada, o HSRC-AFECC não possui governabilidade individual em relação ao intervalo de tempo decorrido entre o seu estabelecimento até a realização do primeiro contato no serviço especializado. Sob sua tutela estará, principalmente, o intervalo entre a primeira consulta no hospital de referência e o início do tratamento. Além disso, ao ingressar no HSRC-AFECC, as pacientes passarão por sucessivas avaliações, tais como cardiológica, exames pré operatórios e outros de acordo com a sua condição clínica. Tal fato pode demandar tempo, contribuindo para o atraso no tratamento oncológico.

Nessas circunstâncias deve-se considerar, em especial, a organização e articulação da rede de atenção, a qual depende do envolvimento ativo da Secretaria Estadual de Saúde para assegurar a integração entre as gestões municipais com vistas à elaboração de planos regionais subsidiados por pactuações de todas as ações e dos serviços necessários para a prevenção e controle do câncer sob a luz do financiamento tripartite. Além disso, destaca-se a importância da utilização de forma coerente do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que é um software disponibilizado para os níveis hierárquicos Federal, Estadual e Municipal, com o objetivo de reunir o histórico clínico dos pacientes, possibilitando o acompanhamento de sua jornada terapêutica³¹.

Pesquisa apontou que chegar ao serviço sem confirmação diagnóstica e sem tratamento anterior aumentou em mais de duas vezes o risco de óbito às mulheres de dois serviços de saúde em Florianópolis²⁰. Em contrapartida, no estado de São Paulo à semelhança desse estudo, as pacientes identificadas como não detentoras de diagnóstico e tratamento receberam o recurso terapêutico mais agilmente¹⁰.

Apesar da variável origem do encaminhamento não apresentar relevância estatística na presente pesquisa, em estudos realizados nesta mesma instituição, o encaminhamento proveniente do SUS representava crucial fator de risco no sentido que determinava 1,9 vezes maiores possibilidades de estágio tardio¹⁹ e 2,38 vezes maiores chances de óbito por câncer de mama³².

Em relação à variável estadiamento, não houve significação estatística, o que demonstra a não ocorrência de priorização do atendimento conforme as condições clínicas das pacientes. No entanto, estudo anterior realizado nesse mesmo local, encontrou período de tempo menor entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre este e o tratamento de mulheres detentoras de estágios tardios³³. Em São Paulo, pesquisa revelou que mulheres que se encontravam na fase inicial da doença começaram a terapêutica antes daquelas diagnosticadas em estágios avançados³⁴.

A variável história familiar igualmente não apresentou significância estatística. No entanto, investigação realizada com mulheres de até 39 anos revelou que 48,6%

possuíam história familiar positiva para o câncer de mama³⁴. Autores apontam essa característica como relevante fator de risco para o desenvolvimento da doença^{35,36}.

Metástase e linfonodos comprometidos à semelhança das variáveis acima descritas não demonstraram relevância estatística. Todavia a presença desses associou-se ao maior atraso para o início do tratamento em diversos estudos^{23,33,37}.

Identificou-se que as pacientes atendidas anteriormente à lei apresentaram risco 1,74 vezes maior de receberem tratamento em um prazo igual ou superior a 61 dias quando comparadas àquelas que apresentaram confirmação diagnóstica no período compreendido entre 2013 a 2014 e foram igualmente atendidas na instituição pesquisada. Dessas mulheres, as que chegaram ao hospital com diagnóstico e sem tratamento apresentaram um risco 1,89 vezes maior de início da terapêutica em tempo igual ou maior a 61 dias do que as pacientes que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento. Como a confirmação diagnóstica ocorreu em outra instituição, o interstício entre o diagnóstico e a primeira consulta no serviço especializado independe do HSRC-AFECC. Relaciona-se intimamente com a rede de atenção à saúde e sua capacidade de referenciar corretamente em tempo adequado a paciente entre seus níveis assistenciais. Nesse contexto de fragilidade da rede coordenada de serviços, receber toda a terapêutica no serviço estudado incluindo a confirmação diagnóstica garantiu melhores tempos, contribuindo para o aumento da sobrevida das pacientes.

Ao paciente oncológico é solicitado a transposição de inúmeros obstáculos, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, geográficos como também associados aos serviços de saúde. Autores apontam em investigação relacionada às redes de atenção em oncologia no Brasil, a escassez de oferta de atendimento na maior parte do país, até mesmo nas regiões onde o quantitativo de serviços é maior do que na maioria dos municípios³⁸.

Estudo realizado na região Nordeste identificou como determinantes da ocorrência do retardo na confirmação diagnóstica e início do tratamento para a maior parte das pacientes a dificuldade no ingresso aos serviços, falhas nas técnicas de rastreamento e falta de integração entre os níveis de atenção²⁸. No México, o atraso

maior que seis meses para a confirmação diagnóstica foi relacionado em grande parte à dificuldade de referência do nível básico ao nível especializado de assistência⁷.

Proporcionar assistência à saúde resolutiva e coerente com as realidades locais retrata o respeito imprescindível à vida humana que deveria ser uma constante por parte dos gestores não só do Brasil como de todo o mundo.

4.2.7 CONCLUSÃO

As neoplasias seguramente suscitam grande apreensão na população atingida, por determinar expressivas transformações no aspecto físico e psicossocial e por promover a exposição destas pessoas aos desígnios dos serviços de saúde, que muitas vezes são falhos quando o assunto é o acolhimento.

Processo terapêutico assertivo implantado adequadamente com intervalos de tempo condizentes com a situação clínica do paciente, promovem melhores possibilidades de reversão clínica do quadro instalado. Entretanto, para estabelecê-los, é necessário conhecer o perfil da população assim como a realidade que a circunda. Desta forma, consegue-se pontuar os fatores de risco modificáveis que contribuem para o adoecimento, propondo ações que objetivam minimizá-los, bem como estabelecer a distribuição das instituições de saúde segundo os princípios organizativos do SUS.

Observa-se neste estudo que há um esforço do hospital pesquisado em atender as determinações preconizadas pela Lei nº 12732, entretanto, idade avançada ao diagnóstico, tempo de estudo menor que 8 anos, diagnóstico anterior à vigência da Lei assim como, chegar à instituição com diagnóstico e sem tratamento, contribuíram para o estabelecimento da terapêutica em tempo igual ou maior que 61 dias. Identificou-se também a não priorização da assistência segundo o estadiamento clínico da paciente. Considerando que estádios tardios interferem ativamente na taxa de sobrevivência das mulheres, recomenda-se a adoção desse critério.

No tocante a pesquisa com dados secundários, a não completude de algumas variáveis representam limitação do estudo bem como possíveis vieses de informação e seleção. Contudo, ressalta-se que atualizações quanto à extração e preenchimento destas informações são empreendidas e que o hospital pesquisado apresentou sensível melhoria neste quesito. Essas informações são instrumentos primordiais para a avaliação da assistência oncológica do país, permitindo a identificação dos entraves e da população de maior risco de maneira a promover o dimensionamento racional das ações de saúde.

4.2.8 REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International J. of Cancer* 2015; 136 (5): 359-86.
2. Amadou A, Torres-Mejía G, Hainaut P, Romieu MD. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. *Salud Pública de México* 2014; 56 (5): 547-54.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama: Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, Rio de Janeiro: INCA, 2015.
5. González-Robledo MC, González-Robledo LM, Nigenda G. Public policy-making on breast cancer in Latin America. *Rev. Panam. Salud Publica* 2013; 33 (3): 183-89.
6. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J. Clin. Oncol.* 2014; 5(3): 465-77.
7. Bright K, Barghash M, Donach M, De la Barrera MG, Schneider, RJ, Formenti CS. The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City. *The breast* 2011; 20(3): 554-59.

8. Norsa'adah B, Rampal KG, Rahmah MA, Naing NN, Biswal BM. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. *BMC Cancer* 2011; 11(141): 1-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 dez. 2012.
10. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos E, Carvalho J, et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2015; 20(12): 3805-16.
11. Silva LCR, Amorim WC, Castilho MS, Guimarães RC, Paszternak T, Pirfo CBL. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. *Rev. Med. Minas Gerais* 2013; 23(1): 105-12.
12. Baena-Canãda JM, Rosado-Varela P, Estalella-Mendoza S, Exposito-Alvarez I, Gonzalez-Guerrero M, Benitez-Rodriguez E. Influência de los factores clínicos y biograficos en el retraso en iniciar la quimioterapia adyuvante en las pacientes con cancer de mama. *Med. Clin. (Barc)* 2013; 140(10): 444-48.
13. Maślach D, Krzyżak M, Szpak A, Owoc A, Bielska-Lasota M. Waiting time for treatment of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland) in view of place of residence. A population study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20(1): 161-66.
14. Innos K, Padrik P, Valvere V, Eelma E, Kütner R, Lehtsaar J, Tekkel M. Identifying women at risk for delayed presentation of breast cancer: a cross-sectional study in Estonia. *BMC Public Health* 2013; 13(9): 938-47.
15. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(6): 1269-82.
16. Ozmen V, Boylu S, Engin O, Canturk ZN, Celik V, Kapkac M. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *EJP Health* 2014; 25(1): 9-14.
17. Ferreira DB, Mattos IE. Trends in mortality due to breast cancer among women in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2011. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2015; 20(3): 1413-23.

18. Balabram D, Turra E, Cassio M, Gobbi H. Association between age and survival in a cohort of Brazilian patients with operable breast cancer. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(8): 1732-42.
19. Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana, KCG. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. *Rev. Bras. Cancerol.*2013; 59(3): 361-367.
20. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6): 1285-96.
21. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.* 2013; 35(10): 458-63.
22. Khan MA, Shafique S, Khan MT, Shahzad MF, Sundas I, Presentation Delay in Breast Cancer Patients, Identifying the Barriers in North Pakistan. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2011; 16 (1): 377-80.
23. Pace LE, Mpunga T, Hategekimana V, Dusengimana JM, Habineza H, Bigirimana JB, et al. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwand. *The Oncologist* 2015; 20(7): 780-88.
24. Piñeros MMSP, Sánchez RM, Perry, MCF, García OAMC, Ocampo RMC, Cendales RMM. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud. Pública de México* 2011; 53(6): 478-85.
25. Alaaddin MS, Musab MA, Alam-Elhuda DM, Nouradyem MM. Factors Delaying Presentation of Sudanese Breast Cancer Patients: an Analysis Using Andersen's Model. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2016; 17(4): 2105-10.
26. Bairros FS de, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP et al . Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(12): 2364-72.
27. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho, MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008 *Ciê. Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3649-64.
28. Paiva CJK, Cesse EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Rev. Bras. Cancerol.* 2015; 61(1): 23-30.

29. Cavalcanti LPG, Simões PSF, Silva MRR, Galdino PNR. Assistência em Mastologia em uma Unidade de Referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Cancerol.* 2012; 58(4): 603-09.
30. Rego IKPR, Sampaio IN. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. *Rev. Bras. de Cancerol.* 2013; 59(3): 379-90.
31. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Sistema de Informação do Câncer. Manual preliminar para apoio à implantação do SISCAM. Rio de Janeiro, 2013.
32. Albrecht CAM, Amorim MHC, Zandonade E, Viana K, Calheiros JO. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia Vitória, ES. *Rev. Bras. de Epidemiol.* 2013; 16(3): 582-591.
33. Silva PF. Perfil das mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória-ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento.[dissertação] ,Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
34. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG , Gonzaga SFR, et al . Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(1): 72-6.
35. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 Casos. *Rev. Bras. Cancerol.* 2013; 59(3): 351-9.
36. Ribeiro MHA, Silva MACN, Muniz Filho WE, Nascimento ACB, Souza RDM, Machado CEE. Family history in breast cancer in São Luís, Maranhão, Brazil. *BMC Research Notes*, 2016; 9(155): 2-8.
37. Ermiah E, Abdalla F, Buhmeida A, Larbesh E, Pyrhönen S, Collan Y. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. *BMC Research Notes* 2012; 5(452): 1-8.
38. Oliveira EXG, Melo, ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. de Saúde Pública* 2011; 27(2): 317-26.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ABREU, E.; KOIFFMAN,S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.113-131, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf. Acesso em: 14 ago.2014.

ALAADDIN, M.S. et al. Factors Delaying Presentation of Sudanese Breast Cancer Patients: an Analysis Using Andersen's Model. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.17, n.4, p.2105-2110, 2016. Disponível em: http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume17_No4/2105-2110%203.22%20Alaaddin%20M%20Salih.pdf. Acesso em: 03 mar.2015.

ALBERT, L.S. et al. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**, v.164, n.4, p.211-220,2016. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/AIME201602160-M152886.pdf>. Acesso em: 25 jul, 2016.

ALBRECHT, C.A.M. et al. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia Vitoria, ES. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.3, p.582-591, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00582.pdf. Acesso em: 05 jun.2015.

ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, v.85, n.972, p.977-1010, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62038-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62038-9.pdf) Acesso em: 02 jun.2016.

AMADOU, A. et al. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. **Salud Pública de México**, v.56, n.5, p.547-554, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v56n5/v56n5a22.pdf>. Acesso em: 05 abr.2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2016**. Atlanta: American Cancer Society; 2016. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>. Acesso em: 02 jun.2016.

AYALA, A.L.M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade do sul do país. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p.566-570, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a03v65n4.pdf>. Acesso em: 01 ago.2015.

BAENA-CANÃDA, J.M. et al. Influencia de los factores clinicos y biograficos en el retraso en iniciar la quimioterapia adyuvante en las pacientes con cancer de mama. **Med Clin (Barc)**, v.140, n.10, p.444-448, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531200320X>. Acesso em: 03 jun.2014.

BAIRROS, F.S. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2364-2372. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/08.pdf>. Acesso em: 03 maio 2015.

BALABRAM D et al. Association between age and survival in a cohort of Brazilian patients with operable breast cancer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.8, p.1732-1742, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1732.pdf>. Acesso em: 03 maio 2015.

BARROS, Â. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S.de. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **FEMINA**, São Paulo, v. 40, n.1, p.32-36, 2012. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n1_31-36.pdf. Acesso em: 21 mar.2014.

BARROS, Â. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.35, n.10, p.458-463, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n3/13.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v.22, n.1, p.19-30, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/07.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

BODE, A. M, DONG Z, WANG H. Cancer prevention and control: alarming challenges in China. **National Science Review**, v.3, n.1, p.117-127, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904843/pdf/nihms789684.pdf>. Acesso em: 06 maio de 2016.

BUITRAGO, F.; UEMURA, G.; SENA, M.C.F. Fatores prognósticos em câncer de mama. **Com. Ciências Saúde**, v.22, n.1, p.68-81, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/fatores_prognosticos.pdf. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 de dezembro de 2005. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do útero e de Mama: informações técnico gerenciais e ações desenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Documento do consenso do controle do câncer de mama, 2004**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://inca.gov.br//publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. 2011.

_____.Portaria nº 399/gm, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e Gestão**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010a.

_____.Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez.2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 jun.2016.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____.Lei nº 12372, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 nov.2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 31 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. **TNM. Classificação de Tumores Malignos**. 7. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

_____.Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 dez. 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 nov.2014.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Sistema de Informação do Câncer. **Manual preliminar para apoio**

à **implantação do SISCAM**. 1.ed. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/docs/Siscam/siscan_%20manual_preliminar.pdf. Acesso em 12 ago. 2015.

_____.Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____.Portaria nº 3394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2013c. Disponível em: www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/c0fd55804279140d84d6847318178d38/Portaria+3394+dez+2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c0fd55804279140d84d6847318178d38. Acesso em: 22 set 2016.

_____.Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 maio 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html. Acesso em: 25 jul.2016.

_____. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 17 maio 2013e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html. Acesso em: 22 set.2016.

_____.Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos

humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 fev. 2014a Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 28 jun.2016.

_____. Portaria nº 1220 de 03 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 jun. 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html. Acesso em: 25 jul.2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama: **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-24042016.pdf>. Acesso em: 02 abr.2016.

BRIGHT, K. et al. The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City. **The Breast**, v.20,n.3,p.554-559, 2011.Disponível em: [http://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776\(11\)00047-6/pdf](http://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776(11)00047-6/pdf). Acesso em: 03 mar.2015.

BRITO C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p.874-881,2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26980.pdf>. Acesso em: 03 mar.2014.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. **CMAJ**, v.183, n.17, p.1991-2001, 2011 Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225421/pdf/1831991.pdf>. Acesso em: 25 jul.2016.

CAPLAN, L. Delay in Breast Cancer: Implications for Stage at Diagnosis and Survival. **Frontiers and Public Health**, v.87, n.2, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114209/pdf/fpubh-02-00087.pdf>. Acesso em: 31 maio 2015.

CAVALCANTI, L.P.G. et al. Assistência em Mastologia em uma Unidade de Referência do Sistema Único de Saúde no Ceará. Brasil. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.603-609, 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/05-artigo-assistencia-mastologia-unidade-referencia-sistema-unico-saude-ceara-brasil.pdf. Acesso em: 04 abr.2014.

CHALA, L. F.; BARROS, N. Avaliação das mamas com métodos de imagem. **Radiol. Bras**, São Paulo, v.40, n.1, fev.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v40n1/001.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

CINTRA, J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 339-346, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/19.pdf>. Acesso em: 02 mar.2014.

COATES, A. S. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. **The Lancet**, v.53, n.159, p.1112-1130, 1999. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(99\)00082-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(99)00082-3.pdf). Acesso em: 03 mar.2014.

CRIPPA, C.G. et al. 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: 02 mar.2015.

ERMIAH, E. et al. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. **BMC Research Notes**, v.5, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-5-452.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

EZEOME, E.R. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.13, n.3, p.311-316, 2010. Disponível em: <http://www.pubfacts.com/detail/20857792/Delays-in-presentation-and-treatment-of-breast-cancer-in-Enugu-Nigeria>. Acesso em: 03 mar.2014.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide. Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v.136, n.5, p.359-386, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/epdf>. Acesso em: 11 nov.2015.

FERMO, V.C. et al. O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.54-59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0054.pdf>. Acesso em: 22 jun.2015.

FREITAS, G.L et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n.2, p.424-428, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 17 jun.2015.

GARCIA, L.P. et al . Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 23-29, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415.pdf>. Acesso em: 02 jun.2016.

GALUKANDE M et al. Patient Delay in Accessing Breast Cancer Care in a Sub Saharan African Country. **Uganda Br J Med Med Res.**, v.4, n.13, p.2599-2610, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430806/pdf/emss-63253.pdf> Acesso em: 04 abr.2015.

GARICOCHEA, B.et al . Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 311-317, 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n2/en_7186.pdf. Acesso em: 02 jun.2014.

GOBBI, H.; ROCHA, R. M.; NUNES, C. B. Predictive factors of breast cancer evaluated by immunohistochemistry. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** v.44, n.2, p.131-140, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v44n2/a10v44n2.pdf>. Acesso em: 02 jun.2014.

GONÇALVES, L.L.C. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.12,n.1 p.47-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/05.pdf>. Acesso em: 02 jun.2014.

GONZÁLEZ-ROBLEDO, M.C. et al. Public policy-making on breast cancer in Latin America. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.33, n.3, p.183-89, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a04v33n3.pdf>. Acesso em: 02 mar.2015.

GRABOIS, M.F., OLIVEIRA, E.X. G; CARVALHO, M.S. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.2, p.368-378, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Assist%C3%ancia%20ao%20c%C3%A2ncer%20entre%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes-%20mapeamento%20dos%20fluxos%20origem-destino%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 12 out.2015.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.6-14, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/15.pdf>. Acesso em: 02 jun.2014.

GUERRA, M. R.; GALLO, C.V.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.227-234, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf. Acesso em: 01 out.2015.

HADDAD, C.S.; FIGUEIREDO, F.A. Carcinoma inflamatório de mama associado a trombo em trânsito no átrio direito e tromboembolismo pulmonar ao diagnóstico. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.115-118,

2014. Disponível em: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n4_115-118.pdf . Acesso em: 12 jun.2016.

HANSEN, R.P. et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. **BMC Health Services Research Notes**, v.11, p.1-8, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-284.pdf>. Acesso em: 30 Maio 2015.

INNOS, K. et al. Identifying women at risk for delayed presentation of breast cancer: a cross-sectional study in Estonia. **BMC Public Health**, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-947.pdf>. Acesso em: 31 maio 2015.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER: Introduction UICC. **Global Cancer Control**.Switzerland, 2014. Disponível em: <http://www.uicc.org/>.Acesso em: 31 maio 2015.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1259-1270, jul.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf>.Acesso em: 17 jun.2015.

JIANG, X. et al. Family History and Breast Cancer Hormone Receptor Status in a Spanish Cohort. **Plos one**, v.7, n.1, p.223-228,2012. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253097/pdf/pone.0029459.pdf>. Acesso em: 06 maio 2016.

KHAN, M.A. et al. Presentation Delay in Breast Cancer Patients, Identifying the Barriers in North Pakistan. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v.16, n.1, p.377-380, 2011. Disponível em: http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume16_No1/377-380%2011.25%20Muhammad%20Aleem%20Khan.pdf. Acesso em: 03 jun.2014.

LAGES, R. B. et al. Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de

Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.2, p.737-747, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/06.pdf>. Acesso em: 03 mar.2015.

LEÃO, E. M. MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.13, p.31-36, 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: 17 ago.2015.

LOPES, C M. et al. Clinical, histomorphological, and therapeutic prognostic factors in patients with triple-negative invasive breast cancer. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.51, n.6, p.56-63, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v51n6/1676-2444-jbpml-51-06-0397.pdf>. Acesso em: 03 mar.2016.

MAGHOUS, A. et al. Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women. **BMC Cancer**, v.16, n.356, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-016-2394-y>. Acesso em: 03 mar.2016.

MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.707-716, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>. Acesso em: 01 out.2015.

MAŚLACH, D. et al. Waiting time for treatment of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland) in view of place of residence. A population study. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v.20, n.1, p.161-166, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/fulltext832.pdf>. Acesso em: 03 mar.2014.

MATTOS, I.E. Trends in mortality due to breast cancer among women in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.1413-1423,2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00895.pdf>. Acesso em: 03 abr.2014.

MCGEE, S.A. et al. Determinants of breast cancer treatment delay differ for African American and White women. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v.22, n.7, p.1227-1238, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719384/pdf/nihms483547.pdf>. Acesso em 02 jun.2014.

MEDEIROS, G.C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1269-1282, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1269.pdf>. Acesso em: ago.2015.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização**: ideias e atores políticos na história do PAISM. 2010.157f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MOURA, L. de et al . Avaliação do registro de câncer de base populacional do Município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.4, dez, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n4/v15n4a02.pdf>. Acesso em: 20 ago.2014.

NORSA'ADAH, B et al. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. **BMC Cancer**, v.11, n.141, p.1-8, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101177/pdf/1471-2407-11-141.pdf> Acesso em: 03 mar.2014.

OLIVEIRA, E. X. G. de et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.317-326, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/13.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3649-3664, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a02v16n9.pdf>. Acesso em: 03 mar.2014.

OZMEN, V. et al. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. **European Journal of Public Health**, v.25, n.1, p.9-14, 2014. Disponível em:<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/25/1/9.full.pdf>. Acesso em: 14 jun.2015.

PACE, L.E et al. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. **The Oncologist**, v.20, n.7, p.780-788, 2015. Disponível em:file:///C:/Users/User/Downloads/theoncologist_14493.pdf. Acesso em: 21 maio 2015.

PAIVA, C.J. K.; CESSE E.A.P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.61, n.1, p.23-30, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf. Acesso em: 03 mar.2016.

PAKSERESHT, S. et al. Stage at Diagnosis and Delay in Seeking Medical Care Among Women With Breast Cancer, Delhi, India. **Iran Red. Crescent Med. Journal**, v.16, n.12, p.1-7, 2014. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341328/pdf/ircmj-16-12-14490.pdf>. Acesso em: 02 jun.2015.

PIÑEROS, M.M.S.P. et al. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. **Salud Pública de México**, v.53, n.6, p.478-485,2011. Disponível em:<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n6/a03v53n6.pdf> Acesso em: 04 abr.2015.

PINHEIRO, A.B.et. al Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.351-359, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf. Acesso em: 21 out. 2015.

PINTO, L.F, SORANZ, D.R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.85-98,

2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19826.pdf>. Acesso em: 22 set.2016.

PORTO, M. A.T.; TEIXEIRA, L. A.; RONALDO, C. F.S. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.331-339, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em: 02 jun.2014.

PLOTOGEA, A. et al. Factors associated with wait times across the breast cancer treatment pathway in Ontario. Canadá, **Springer Plus**, v.2, 2013. Disponível em: <http://www.springerplus.com/content/pdf/2193-1801-2-388.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

REGO, I.K.P.R. et al. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.379-390, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/08-artigo-acesso-adesao-tratamento-mulheres-cancer-mama-assistidas-hospital-oncologia.pdf. Acesso em: 03 jun.2014.

REZENDE, M. C. R. et al . 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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.75-81, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-72032009000200005&pid=S0100-72032009000200005&pdf_path=rbgo/v31n2/05.pdf. Acesso em: 29 maio 2015.

RIBEIRO, M. da S. et al . Urbanidade e mortalidade por canceres selecionados em capitais brasileiras, 1980-2009. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.25-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a05.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

RIBEIRO, M. H. et al. Family History in Breast Cancer in São Luís, Maranhão, Brazil. **BMC Research Notes**, v.9, p.2-16, 2016. Disponível

em:file:///C:/Users/User/Downloads/13104_2015_Article_1471%20(1).pdf. Acesso em: 03 ago.2016.

RICHARDS, M. A. et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **The Lancet**, Estados Unidos, v.353, p.1119-1126. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(99\)02143-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(99)02143-1.pdf). Acesso em: 31 maio 2015.

ROSA, L. M., RADUNZ, V., BRUGMANN, O. M. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. **Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá [periódico na Internet], v.12, n.1, p.104-111, 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n1/14.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2015.

ROSA, L. M.; RADUNZ V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto – enfermagem**, Santa Catarina, v.21, n.4, p.980-989, 2012. Disponível em :http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_31.pdf. Acesso em: 03 jun.2014.

SCHIMDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Cargas e Desafios Atuais. **The Lancet**, Reino Unido, v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. Acesso em: 11 maio 2014.

SMITH, R.L. et al. Cancer Screening in the United States, 2016: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening. **A Cancer Journal for Clinicians**, v.66, n.2, p.279-222, 2016.<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21336/pdf>.

SCHNEIDER, I.J.C. et al. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1285-1296, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/31.pdf>. Acesso em: 12 out.2014.

SILVA, G. A. et al . Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1537-1550,

2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

SILVA, J.F.S.; MATTOS, I.E. Avaliação da assistência oncológica de alta complexidade em um município de fronteira em Mato Grosso do Sul: uma proposta de cálculo de estimativas de cobertura. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.314-320, 2012. Disponível em:http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/csc_v20n3_314-320.pdf. Acesso em: 03 mar.2015.

SILVA, L.C.R. et al. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. **Ver. Med. Minas Gerais**, v.23, n.1, p.105-102, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/v23n1a16%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/v23n1a16%20(2).pdf). Acesso em: 03 maio 2016.

SILVA, P. **Perfil das mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória-ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento**.2009.116f.Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SILVA, P.F. et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo .**Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.361-367,2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/06-artigo-associacao-entre-variaveis-sociodemograficas-estadiamento-clinico-avancado-neoplasias-mama-hospital-referencia-estado-espírito-santo.pdf. Acesso em: 03 jun.2014.

SOARES, P. B. M. et al . Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.595-604, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n3/13.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

SOUZA, C.B. et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20,n.12, p. 3805-3816,2015.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>. Acesso em:03 jun.2014.

SOUZA, R. C.; FREIRE, S. M.; ALMEIDA, R. Sistema de informação para integrar os dados da assistência oncológica ambulatorial do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1131-1140, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/07.pdf>. Acesso em: 14 jun.2015.

TAKALKAR, U.V. et al. Clinicopathological Profile of Breast Cancer Patients at a Tertiary Care Hospital in Marathwada Region of Westen India. **Asian Pac. J. Cancer Prev.** v.17, n.4, p.2195-2198. Disponível em:http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume17_No4/2195-2198%2010.11%20Unmesh%20Vidyadhar%20Takalkar.pdf. Acesso em: 06 maio 2016.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.656-660, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>. Acesso em: 10 ago.2014.

TIN TIN, S. et al. Differences in Breast Cancer Survival between Public and Private Care in New Zealand: Which Factors Contribute. **Plos one**, v.11, n.4, p. 121-126, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824501/pdf/pone.0153206.pdf>. Acesso em: 06 maio.2016.

TOVAR, J.R. **Análise da recidiva local do câncer de mama em mulheres submetidas à cirurgia conservadora**. 2013.113f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2013.

TRUFELLI, D. C. et al .Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.54, n.1, p.72-76, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-42302008000100024&pid=S0104-42302008000100024&pdf_path=ramb/v54n1/24.pdf. Acesso em: 02 mar 2015.

TRUFELLI, D.C. et al. Atraso no tratamento adjuvante em pacientes com câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.61, n.5, p.411-416, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n5/0104-4230-ramb-61-05-0411.pdf> Acesso em:12 mar.2016.

UNGER-SALDANA, Karla; INFANTE-CASTANEDA, Claudia. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. **Salud pública Méx.**, Cuernavaca, v.51, n.2, p.270-285, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a18.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.

UNGER-SALDAÑA K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World J. Clin. Oncol.**, v.5, n.3, p.465-477, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127616/pdf/WJCO-5-465.pdf>. Acesso em: 03 mar.2015.

URBAN, L.A. B. D. et al . Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v45n6/09.pdf>. Acesso em 25 jul.2016.

UKWENYA ,A. Y.et al. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: The experience from Kaduna, Nigeria. **South African Journal of Surgery**, South Africa, v.46, n.4, p.101-106, mar.2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19051953>. Acesso em: 30 maio 2015.

VASCONCELLOS M. M; MORAES I. S. de; CAVALCANTE. M, T. L. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.61, p.219-235. 2002. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_169074746.pdf. Acesso em: 15 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast cancer: prevention and control 2014**. Disponível em: http://www.who.int/cancer/detection/breast_cancer/en/.pdf. Acesso em: 01 ago.2015.

YAU, T.K. et al. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer centre. **Hong Kong Medicine Journal**, v.16, n.5, p. 373-377, 2010. Disponível em: <http://www.hkmj.org/system/files/hkm1010p373.pdf>. Acesso em: 07 jun.2015.

ZAPPONI, A.L. B; MELO E.C.P. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. **Revista da Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.321-334, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a21.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A-INSTRUMENTO ELABORADO PARA COLETA DE DADOS

PRONTUÁRIO	
Nome do Paciente:	
MV:	
Desfecho:	1 () em tratamento 2 () óbito 3 () recidiva 4 () metástase
Data da última consulta: (última informação)	Prontuário: ___/___/___. Sistema: ___/___/___.
Data do encaminhamento (antes da primeira consulta)	___/___/___.

AIH						
	Nº AIH	Data de Internação	Tempo de Internação (em dias)	Procedimento principal realizado	Nº	Valor Total (R\$)
1ª						
2ª						
3ª						

APAC								
Data	Linfonodos regionais invadidos	Metástase	Recidiva	Local	Estadio	Tipo de Tratamento	Finalidade	Procedi/valor
	() Sim () Não () Não Avaliáveis	() sim () não	() sim () não			() Radio () Químio () hormonio	() Curativa () Previa () Adjuv () Paliativa () De controle	
	() Sim () Não () Não Avaliáveis	() sim () não	() sim () não			() Radio () Químio () hormonio	() Curativa () Previa () Adjuv. () Paliativa () De controle	
	() Sim () Não () Não Avaliáveis	() sim () não	() sim () não			() Radio () Químio () hormonio	() Curativa () Previa () Adjuv. () Paliativa () De ontrole	

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA-AFECC

PROJETO ATUAL
DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO DO HSRC: 30/04/2015 Nº. 79

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

1. Título do Projeto de Pesquisa

Estudo dos tempos entre diagnóstico e tratamento do câncer de mama e próstata em uma instituição de referência do ES.

2. Resumo/objetivo do Projeto e dos Métodos de Pesquisa

O objetivo geral é verificar os tempos entre o diagnóstico e o início do tratamento em indivíduos com câncer de mama e próstata, em uma instituição de referência no tratamento do câncer do Espírito Santo.

Os objetivos específicos são de Determinar o tempo entre a data da 1ª consulta na instituição e o diagnóstico dos tumores no período de 2010 a 2014; Determinar o tempo entre o diagnóstico dos tumores e início do tratamento no período de 2010 a 2014; Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos entre o diagnóstico do tumor e início do tratamento; Verificar o número de internações hospitalares e de procedimentos de alta complexidade autorizados no período de 2010 a 2014; Determinar o custo médio anual do tratamento de indivíduos com câncer de mama, próstata e colo do útero no período de 2010 a 2014.

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários que compreenderá os casos de tumores malignos de próstata, mama e colo do útero registrados no HSRC, durante o período de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

Fontes de dados: Ficha de Registro de Tumor, Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), prontuários dos usuários e pelo SIS-RHC do HSRC.

População do estudo: Mulheres com câncer de mama e homens com câncer de próstata que foram atendidos no HSRC no período compreendido entre 2010 a 2014. Indivíduos atendidos no ano de 2012.

Coleta de Dados: Para a identificação da população do estudo será utilizado o SIS-RHC do HSRC, o qual é alimentado através da Ficha de Registro de Tumor. Desta forma, serão extraídos dados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos. Nos casos em que se verificar a incompletude dos dados, pretende-se consultar os prontuários dos usuários a fim de obter as informações necessárias que não constam na Ficha de Registro de Tumor.

Os aspectos relativos às internações, aos procedimentos de alta complexidade e custo dos procedimentos serão obtidos através da AIH e APAC.

Observação: O projeto submetido inicialmente a Plataforma Brasil, e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.

3. Finalidades do Projeto

- Trabalho de Conclusão – Graduação
- Trabalho de Conclusão – Especialização
- Dissertação de Mestrado**
- Tese de Doutorado
- Pesquisa Clínica
- Outros

4. Mestrandos

Nome: Luana de Jesus Simião e Raone Silva Sacramento – mestrandos em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Vínculo
 HSRC Outra Instituição (especificar): UFES

5. Orientador / Pesquisador Responsável

5. Orientador / Pesquisador Responsável

Nome: Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim mhcamorim@yahoo.com.br Profª. Drª. Eliana Zandonade – orientadora elianazandonade@uol.com.br
Vínculo () HSRC (X) Outra Instituição (especificar): UFES

6. Unidades e Instituições envolvidas na Pesquisa

Instituição ou Local de Origem (local que originou o estudo): UFES Conveniada com o HSRC? (X) SIM () NÃO OBS: Convênio vigente até julho/2015.
Local de Realização da Pesquisa (local onde será realizado o estudo) (X) HSRC – Registro Hospitalar de Câncer () Outro _____

7. Cronograma de execução da Pesquisa

Início: maio/2015 Término: julho/2015

8. Encaminhamento

24/02/2015 – Projeto encaminhado para análise e parecer de Kátia C. Viana – Analista Registro Hospitalar de Câncer. 17/03/2015 - Realizada reunião para discussão do projeto de pesquisa com a participação da professora Maria Helena, Cristiano e Weslene. Solicitado adequação do projeto para posterior apreciação da gerência e diretoria da área. 07/04/2015 – O projeto alterado foi entregue ao CEPAB pelo gerente Cristiano Venturim com parecer emitido pelo mesmo. 08/04/2015 – Projeto encaminhado para análise e parecer de Weslene Vargas Moura – diretora da área.
--

9. Parecer da Analista do Registro Hospitalar de Câncer – Kátia C. Viana

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

Observações:

Kátia C. Viana
/ / 2015

10. Parecer da Gerência Divisão Ambulatorial e Quimioterapia – Cristiano Venturim

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

Observações:

Propostas adaptadas ao projeto, que foram apresentadas e aprovadas em Re Sessão em anexo. ANEXO em 05/05/15.

Cristiano Venturim
Gerência Div. Ambulatorial e Quimioterapia

Cristiano Venturim
05/05/2015

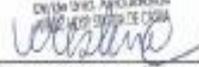
11. Parecer da Diretoria de Unidades Ambulatoriais – Weslene Vargas Moura

AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Observações:

Leve atentar as observações realizadas pelo Gerente Cristiano.

Weslene Vargas Moura
Diretora de Unidades Ambulatoriais
Hospital de Referência de Cuiabá


Weslene Vargas Moura
10/04/2015

12. Ciência da Diretoria de Administração e Finanças - Juliano N. Borges Campos

Considerações:

Juliano N. Borges Campos
/ / 2015

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.210.765

prontuário único.".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Verificar os tempos decorridos entre o diagnóstico e o início do tratamento em indivíduos com câncer de mama e próstata, em uma instituição de referência no tratamento do câncer no estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

1. Determinar o tempo entre a data da 1ª consulta na instituição e o diagnóstico dos tumores de indivíduos que chegaram ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) com e sem diagnóstico prévio, no período de 2010 a 2014;
2. Determinar o tempo entre o diagnóstico dos tumores e início do tratamento de indivíduos que chegaram ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) com e sem diagnóstico, no período de 2010 a 2014;
3. Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos entre o diagnóstico do tumor e início do tratamento. Variáveis sócio-demográficas: faixa etária, raça, escolaridade, estado conjugal, procedência, origem do encaminhamento. Variáveis clínicas: diagnóstico e tratamento anteriores, estadiamento clínico e patológico, tipo de tratamento, localização das metástases, escore de Gleason, PSA, procedimentos realizados (câncer de próstata).
4. Verificar o número de internações hospitalares e de procedimentos de alta complexidade autorizados, a partir da Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no período de 2010 a 2014. As variáveis que serão extraídas destes documentos constam no item 3.7.3 da metodologia.
5. Determinar o custo médio anual do tratamento de indivíduos com câncer de mama e próstata no período de 2010 a 2014.
6. Comparar o perfil dos indivíduos atendidos na instituição antes (2010 a 2011) e após (2013 a 2014) a implantação da Lei de nº 12.732.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, os riscos e benefícios são:

"Riscos:

Riscos: Apesar de ser uma pesquisa que envolve dados secundários há um risco mínimo, conforme a Resolução 486, o qual decorre da manipulação dos dados. Desta forma, para evitar qualquer exposição de informação dos indivíduos, os pesquisadores se comprometem em

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.210.765

Outros	CARTA RESPOSTA - CEP.doc	24/07/2015 22:08:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE PROJETO - ALTERAÇÕES CEP.doc	24/07/2015 22:09:08		Aceito
Outros	TERMO CONFIDENCIALIDADE.pdf	24/07/2015 22:11:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	projeto de pesquisa - aprovado. (1).pdf	24/07/2015 22:12:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_518912.pdf	24/07/2015 22:20:47		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 01 de Setembro de 2015

Assinado por:

**Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)**

ANEXO C- FICHA DE REGISTRO DO TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA

		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
01. Nº DO PRONTUÁRIO:		02. Nº DE REGISTRO RHC:	
CASO ANALÍTICO: () 1. SIM () 2. NÃO			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
03. NOME: _____			
04. SEXO: () 1. MASCULINO () 2. FEMININO () 3. IGNORADO			
ENDEREÇO: RUA / Nº / COMPLEMENTO: _____			
BAIRRO: _____			
CIDADE: _____		UF: _____	
TELEFONE: _____		CEP: _____	
05. IDADE: _____		06. DATA DE NASCIMENTO: / /	
07. LOCAL DE NASCIMENTO: _____			
08. RAÇA/COR: () 1. BRANCA () 3. AMARELA () 5. INDÍGENA () 2. NEGRA () 4. PARDA () 9. SEM INFORMAÇÃO		09. GRAU DE INSTRUÇÃO: () 1. ANALFABETO () 3. 1º GRAU COMP. () 5. NÍVEL SUPERIOR () 2. 1º GRAU INCOMP. () 4. 2º GRAU COMP. () 9. SEM INFORMAÇÃO	
10. OCUPAÇÃO: _____		11. PROCEDÊNCIA: _____	
12. CLÍNICA DE ENTRADA: _____		13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO: _____	
14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL CPF/CARTÃO DO SUS: _____			
INFORMAÇÕES SOBRE: A DOENÇA, TRATAMENTO, ÓBITO E REGISTRO HOSPITALAR			
15. DATA DA CONSULTA: / /		17. DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS ANTERIORES () 1. SEM DIAG. / SEM TRAT. () 3. COM DIAG. / COM TRAT. () 5. SEM INFORMAÇÃO () 2. COM DIAG. / SEM TRAT. () 4. OUTROS	
16. DATA DO DIAGNÓSTICO: / /			
18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO () 1. EXAME CLÍNICO E/OU PATOLOGIA CLÍNICA () 4. CIRURGIA EXPLORADORA/NECRÓPSIA () 7. HISTOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO () 2. EXAMES POR IMAGEM () 5. CITOLOGIA OU HEMATOLOGIA () 8. SEM INFORMAÇÃO () 3. ENDOSCOPIA () 6. HISTOLOGIA DA METÁSTASE			
19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO: _____		20. TIPO HISTOLÓGICO: _____	
21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO: () 1. NÃO () 2. SIM () 3. DUVIDOSO		22a. ESTADIAMENTO: _____	
22b. OUTRO ESTADIAMENTO (PARA < 18 ANOS): _____		23. TNM: _____	
24. pTNM: _____			
25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA: _____			
26. DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL: / /			
27. PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL () 1. RECUSA DO TRATAMENTO () 2. DOENÇAS AVANÇADAS, FALTA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS () 3. OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS () 4. ABANDONO DE TRATAMENTO () 5. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO () 6. ÓBITO () 7. OUTRAS () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO		28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL () 1. NENHUM () 2. CIRURGIA () 3. RADIOTERAPIA () 4. QUIMIOTERAPIA () 5. HORMONIOTERAPIA () 6. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA () 7. IMUNOTERAPIA () 8. OUTROS () 9. SEM INFORMAÇÃO	
29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL () 1. S/ EVIDÊNCIA DA DOENÇA (REMISSÃO COMPLETA) () 2. REMISSÃO PARCIAL () 3. DOENÇA ESTÁVEL () 4. DOENÇA EM PROGRESSÃO () 5. FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA () 6. ÓBITO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
30. DATA DO ÓBITO: / /		31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE: _____	
32. CAUSA BÁSICA DA MORTE: _____			
33. SEGUIMENTO: () 1. SIM () 2. NÃO		34. CÓDIGO DO REGISTRADOR: _____	
35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA: / /			
ITENS OPCIONAIS			
36. ESTADO CONJUGAL ATUAL: () 1. CASADO () 2. SOLTEIRO () 3. DESQUITADO/SEPARADO/DIVORCIADO () 4. VIÚVO () 5. SEM INFORMAÇÃO			
37. DATA DA TRIAGEM: / /		38. HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER: () 1. SIM () 2. NÃO () 9. SEM INFORMAÇÃO	
39. ALCOOLISMO: () 1. SIM () 2. NÃO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
40. TABAGISMO: () 1. SIM () 2. NÃO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA			
41. ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: () 1. SUS () 2. NÃO SUS () 3. VEIO POR CONTA PRÓPRIA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
42. EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR: () 1. EXAME CLÍNICO E PATOLOGIA CLÍNICA () 3. ENDOSCOPIA E CIRURGIA EXPLORADORA () 9. SEM INFORMAÇÃO () 2. EXAMES POR IMAGEM () 4. ANATOMIA PATOLÓGICA			
43. LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL: _____			
44. LATERALIDADE: () 1. DIREITA () 2. ESQUERDA () 3. BILATERAL () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			

ANEXO D- LEI Nº 12732



LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

ANEXO E- PORTARIA Nº 876



PORTARIA Nº 876, DE 16 DE MAIO DE 2013

Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início;

Considerando o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 1.083/SAS/MS, de 2 de outubro de 2012, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica; e

Considerando a necessidade de orientar e coordenar a ação conjunta das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para atender, diagnosticar e iniciar o tratamento de paciente diagnosticado com neoplasia maligna no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para fins desta Portaria, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com:

I - a realização de terapia cirúrgica;

II - o início de radioterapia; ou

III - o início de quimioterapia.

Parágrafo único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

Art. 3º O prazo de 60 (sessenta) dias fixado no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, para fins do primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, contar-se-á a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna:

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular;

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 2º.

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no parágrafo anterior observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos sítios eletrônicos <http://www.saude.gov.br> e <http://www.inca.gov.br>.

Art. 4º Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo:

I - atendimento do paciente no SUS;

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde.

Art. 5º Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 4º e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Art. 6º O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas:

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico;

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e

III - do primeiro tratamento conforme o art. 3º.

Parágrafo único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada.

Art. 7º Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com

neoplasia maligna para o cumprimento do disposto nesta Portaria e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Parágrafo único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde:

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto nesta Portaria;

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades;

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas;

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades.

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS):

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS);

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS):

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS);

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS);

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação desta Portaria.

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais.

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação:

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput";

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional;

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados;

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto nesta Portaria.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais;

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia;

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores;

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer;

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades.

Art. 10. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município;

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades.

Art. 11. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Art. 12. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para:

I - o usuário ou seu representante legal;

II - o médico responsável pela solicitação; e

III - a unidade de saúde solicitante;

Art. 13. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte sítio eletrônico: www.saude.gov.br/sas.

Parágrafo único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama.

Art. 14. Os Estados que possuem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer.

Parágrafo único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor no dia 22 de maio de 2013.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - da unidade de saúde requisitante:

- a) nome; e
- b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

II - do paciente:

- a) nome completo;
- b) data de nascimento;
- c) nome completo da mãe; e
- d) número do cartão SUS.

III - dados do caso:

- a) tipo de exame solicitado;
- b) localização da lesão;
- c) acometimento de linfonodos;
- d) procedência do material enviado; e

e) tipo de tratamento anterior, se realizado.

IV - do médico requisitante:

a) nome completo;

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e

c) data da requisição do exame.

ANEXO F-PORTARIA Nº1220



PORTARIA Nº 1.220, DE 3 DE JUNHO DE 2014

Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º O art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário." (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

