

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

Christiano José Kühl de Paiva

**CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO: PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS RELACIONADOS AO ATRASO NO  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

**RECIFE**

**2013**

Christiano José Kühl de Paiva

CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO: PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS RELACIONADOS AO ATRASO NO  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

P149c Paiva, Christiano José Kühl de.  
Câncer de mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: perfil sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento/ Christiano José Kühl de Paiva. — Recife: O autor, 2013.

102 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

1. Neoplasias da Mama. 2. Equidade no Acesso. 3. Justiça Social. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Título.

CDU 618.19-006

---

Christiano José Kühl de Paiva

CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO: PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS RELACIONADOS AO ATRASO NO  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 29/08/2013

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
CPqAM / FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Tereza Maciel Lyra  
CPqAM / FIOCRUZ

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Antônio Simão dos Santos Figueira Filho  
HUOC / UPE

Dedico este trabalho aos ***meus pacientes***,  
cujo sofrimento sustenta o meu inconformismo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela companhia constante.

A minha mãe e meu pai pelo suporte desde sempre;

A Joana e Tomás pelo transbordar de vida que suas presenças derramam em mim;

A Bia Ishigami pelo seu comprometimento com a “minha causa”, pela dedicação, pela consultoria, pela “mão na massa”, pela cumplicidade e pelo carinho;

A Duda, por ter verdadeiramente aceito o desafio, ter compartilhado do seu conhecimento, pela atenção e cuidado com o meu esforço;

Ao Prof. Sérgio Koifman pelas suas contribuições atenciosas com o projeto e pela gentileza perene;

A todos os colegas do mestrado pela decisão de dividir com alegria este momento de exigências e sacrifícios;

Aos membros vitalícios e esporádicos do ACIM (Anexo Criativo Itinerante do Mestrado) pela possibilidade etílica de divagar sobre nossa condição e não levar a vida tão a sério;

Aos colegas mastologistas Dr. Carlos Caiado e Dr. Peixoto pela troca de experiências e pelas contribuições de quem vivencia o problema diariamente;

A Enfª. Fátima pelo compromisso com que participou da aplicação dos questionários;

Aos funcionários do Hospital de Câncer de Pernambuco, Marta (Cabeça e Pescoço), Mano (Arquivo) e Edna (Mastologia) pelos diversos momentos de “desvio de função” para atender às minhas solicitações;

As mulheres que emprestaram suas histórias de vida e suas angústias para que fosse possível realizar este estudo;

É inegavelmente mais fácil ignorar as adversidades dos que são fracos demais para exigir seus direitos, do que reagir com sensibilidade às suas necessidades.

Aung San Suu Kyi

PAIVA, Christiano José Kühl de. Câncer de mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: Perfil sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## RESUMO

O câncer de mama representa hoje um grave problema de saúde pública. Sua incidência cresce em todo o mundo e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, vem associado a um preocupante aumento da mortalidade. Em Pernambuco as neoplasias ocupam o segundo lugar no *ranking* das causas de morte da população, sendo a neoplasia maligna da mama a principal causa de morte por câncer em mulheres. Os melhores resultados no tratamento do câncer são alcançados quando as pacientes são tratadas precocemente nos estádios iniciais da doença. Alguns autores apontam que o retardo na investigação das lesões suspeitas é a principal causa do insucesso terapêutico. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico das pacientes matriculadas no departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco e investigar os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo de corte transversal que foi subdividido em dois momentos distintos. Analisamos os resultados e os comparamos aos dados do Registro Hospitalar de Câncer. Encontramos que 48% das pacientes tinham entre 60 e 79 anos, eram brancas (60%), casadas (48%), tinham o primeiro grau completo (44%) e eram católicas (52%). A maioria se apresentava em estádios avançados (72%), após longos períodos sintomáticos e demonstravam pouco conhecimento a respeito da doença. Identificamos que houve atraso no diagnóstico e início do tratamento envolvendo diversos níveis; relacionados a usuária, aos profissionais de saúde e aos provedores, fazendo com que os prazos ideais preconizados e garantidos por lei não fossem atingidos pela maioria das mulheres (56,6%). Concluímos ser necessário reavaliar a estruturação da rede de atenção oncológica e as estratégias de combate à doença para que possamos aumentar a efetividade das ações e reverter a tendência de crescimento do número de mortes.

Palavras chaves: Neoplasias, câncer de mama, determinantes sociais de saúde, justiça social, equidade no acesso.



PAIVA, Christiano José Kühl de. Breast cancer at the Hospital de Câncer de Pernambuco: Sociodemographic profile and delayed diagnostic and treatment. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## **ABSTRACT**

Breast cancer is now a serious public health problem. Its incidence is growing worldwide and in developing countries, like Brazil, has been associated with an alarming increase in mortality. In Pernambuco, neoplasms occupy the second place in the ranking of causes of death of the population, and the malignancy of the breast is the leading cause of cancer death in women. The best results in cancer treatment are achieved when patients are treated in the early stages of the disease. Some authors point out that the delay in the investigation of suspicious lesions is the primary cause of treatment failure. The aim of this study was to characterize the demographic profile of the patients enrolled in the department of mastology at the Hospital de Câncer de Pernambuco and investigate aspects related to delay in diagnosis and treatment. This is an observational epidemiological, cross-sectional descriptive which was divided into two distinct periods. We analyzed the results and compared them to data from the Hospital Cancer Registry. We found that 48% of patients were between 60 and 79 years, were white (60%), married (48%) had a primary school education (44%) and were Catholic (52%). Most of them presented with advanced stage (72%), after long symptomatic periods and showed little knowledge about the disease. We identified that there was a delay in diagnosis and initiation of treatment involving several levels; related to the user, healthcare professionals and providers, making the ideal time recommended and guaranteed by law were not achieved by most women (56,6%). Finally we concluded to be necessary to reassess the structure of the network of cancer care and strategies to combat the disease so that we can increase the effectiveness of actions and reverse the growth trend in the number of deaths.

Keywords: Neoplasms, breast cancer, social determinants of health, social justice, equity in access.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>Homepage</i> do Integrador RHC.....	40
Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas e relacionadas à extensão da doença (estadiamento clínico) – (2004 A 2009).....	45
Quadro 2 - Variáveis do questionário aplicado.....	47
Quadro 3 - Variáveis dos dados do prontuário.....	49
Quadro 4 – Percurso terapêutico da paciente com câncer de mama em Pernambuco.....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos analíticos de câncer de mama feminino no HCP no período entre 2000 e 2009.....	43
Tabela 2 - Distribuição dos casos analíticos de câncer de mama no sexo feminino de acordo com a unidade hospitalar de Pernambuco no período entre 2004 – 2009....	52
Tabela 3 - Distribuição e variação proporcional do número de pacientes do sexo feminino com câncer de mama no HCP segundo a faixa etária no período entre 2004 e 2009.....	52
Tabela 4 - Distribuição e variação proporcional do número de pacientes do sexo feminino com câncer de mama no HCP segundo o grau de instrução no período entre 2004 e 2009.....	53
Tabela 5 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo a cor da pele no período entre 2004 e 2009.....	54
Tabela 6 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o estado conjugal atual no período entre 2004 e 2009.....	54
Tabela 7 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o histórico familiar de câncer no período entre 2004 e 2009.....	55
Tabela 8 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o consumo de álcool no período entre 2004 e 2009.....	55
Tabela 9 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o tabagismo no período entre 2004 e 2009.....	55

Tabela 10 - Resumo do perfil sociodemográfico das pacientes com câncer de mama do HCP no período entre 2004 e 2009.....	56
Tabela 11 - Análise de significância entre variáveis sociodemográficas e comportamentais e o estadiamento clínico nas pacientes com câncer de mama do HCP no período entre 2004 e 2009.....	57
Tabela 12 - Perfil sociodemográfico de pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....	59
Tabela 13 - Características socioeconômicas das pacientes com câncer de mama do HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013.....	60
Tabela 14 - Perfil reprodutivo das pacientes com câncer de mama do HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013.....	61
Tabela 15 - Principal forma de apresentação clínica da doença nas pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....	61
Tabela 16 – Estadiamento clínico das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....	62
Tabela 17 - Variáveis relacionadas ao nível de conhecimento da doença das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....	64
Tabela 18 - Variáveis relacionadas ao acesso de pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....	66
Tabela 19 - Distribuição de frequência da variável relacionada ao fluxo de referência e contra referência.....	67
Tabela 20 - Variáveis relacionadas à auto percepção de saúde de pacientes do sexo feminino que procuraram o HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013 para diagnóstico e tratamento de câncer de mama.....	68

Tabela 21 - Frequência bruta, relativa e acumulada do tempo diagnóstico de pacientes com suspeita de câncer de mama que procuraram o HCP para diagnóstico ou tratamento no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....69

Tabela 22 - Frequência bruta e relativa da modalidade terapêutica indicada como tratamento inicial das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....70

Tabela 23 - Frequência bruta, relativa e acumulada do tempo para tratamento de pacientes com câncer de mama no HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.....71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	- Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CID	- Código Internacional de Doenças
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNA	- Ácido Desoxirribonucleico
HCP	- Hospital de Câncer de Pernambuco
INCa	- Instituto Nacional de Câncer
IHQ	- Imunohistoquímica
MMG	- Mamografia
RHC	- Registro Hospitalar de Câncer
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNACON	- Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
US	- Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1.1</b>	<b>Câncer</b> .....	16
1.1.1	Características fundamentais.....	17
1.1.2	Câncer de mama: singularidades.....	19
1.1.3	Epidemiologia do câncer de mama.....	19
1.1.4	(Des)informação: risco,proteção e prevenção.....	21
1.1.5	Tempo de evolução, estadiamento e prognóstico.....	22
1.1.6	Tratamento “Radical” e os estigmas da doença.....	23
<b>1.2</b>	<b>Uma doença social</b> .....	24
1.2.1	Determinantes Sociais e câncer.....	25
1.2.2	Saúde e Justiça Social: Equidade em saúde.....	26
1.2.3	Transição epidemiologia e o ônus do desenvolvimento.....	28
1.2.4	Perfil sociodemográfico e a distribuição das neoplasias.....	29
<b>1.3</b>	<b>O papel do Hospital de Câncer de Pernambuco</b> .....	30
<b>1.4</b>	<b>Registro Hospitalar de Câncer</b> .....	30
<b>1.5</b>	<b>Atraso no diagnóstico e tratamento</b> .....	32
<b>2</b>	<b>PERGUNTA CONDUTORA</b> .....	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	36
3.1	Objetivo geral.....	36
3.2	Objetivos específicos.....	36
<b>4</b>	<b>PROCESSOS METODOLÓGICOS</b> .....	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Local de estudo.....	37
4.3	População e período do estudo.....	38
4.4	Fontes.....	38
4.5	Planejamento do questionário.....	40
<b>5</b>	<b>PLANO DE ANÁLISES</b> .....	42
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	49
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	50
7.1	Banco Secundário – Registro Hospitalar de Câncer.....	50
7.2	Banco Primário – Questionário.....	57

8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	70
9	<b>CONCLUSÕES</b> .....	76
10	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
	<b>APÊNDICE A – Diagrama de Causa e Efeito</b> .....	90
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	91
	<b>APÊNDICE C – Formulário de Pesquisa</b> .....	92
	<b>APÊNDICE D – Informações do Prontuário</b> .....	99
	<b>ANEXO A – Ficha de Registro de Tumor</b> .....	101



## 1 INTRODUÇÃO

A história do câncer se mistura à da própria da humanidade. Considerado contagioso ou mesmo um castigo divino nos primórdios, sua ocorrência era comumente associada à falta de limpeza, à sujeira física e moral e o adoecimento resultado de “pecados e vícios” (MURKHERJEE, 2012, TAVARES, 2005).

Percebido como moléstia terrível, vergonhosa e incurável seus pacientes experimentam sentimentos conflituosos enquanto realizam um percurso doloroso em busca de um tratamento que os liberte do fardo físico e emocional e os desvincule dos estigmas do canceroso (TAVARES, 2005; VENÂNCIO, 2004).

O Instituto Nacional de Câncer (INCa) (1997) reconhece que apesar de todo o avanço alcançado nas pesquisas dos fatores genéticos, em seu diagnóstico e tratamento, o câncer permanece como uma doença de causa obscura e cujo tratamento ainda não é totalmente eficaz.

As peculiaridades na forma de apresentação e desenvolvimento das neoplasias malignas, bem como as dificuldades do estabelecimento de estratégias eficazes para a redução da carga da doença definem este espaço de enfrentamento. Emergem questões individuais, sociais, biológicas, culturais, econômicas, políticas e gerenciais que determinam um cenário de grandes desafios no campo da saúde pública.

### 1.1 Câncer

O encontro do homem com o câncer teve até hoje a característica do encontro de duas populações estranhas que disputam entre si os mesmos bens para diferentes fins. Duas populações entre as quais qualquer comunicação tem sido inconcebível.

Chiozza, 1987

Os primeiros registros de uma doença que gerava tumores de crescimento progressivo que se disseminavam pelo corpo dos enfermos levando invariavelmente à sua morte, têm aproximadamente 4.000 anos, contudo existem indícios da sua

presença em fósseis de até 8.000 a.C. (BIFULCO; FERNANDES JÚNIOR; BARBOSA, 2010; MUKHERJEE, 2012).

O termo “câncer” foi cunhado por Hipócrates, por volta de 400 a.C., numa analogia entre os vasos sanguíneos que se irradiavam à partir dos tumores de mama e as patas do caranguejo. Assim, a moléstia fora batizada de *karkinos*, palavra grega para designar caranguejo (MORI, 2002).

Koifman (1995) define câncer como um conjunto de doenças que tem aspectos comuns, dentre os quais o principal é a perda do controle no processo de divisão celular produzindo um contingente de células com crescimento anárquico e a consequente perda da relação entre forma e função.

Este crescimento leva a formação dos tumores que podem afetar praticamente qualquer tecido do corpo humano, invadir estruturas adjacentes e/ou órgãos à distância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 A).

Muitos tipos de câncer podem ser prevenidos evitando-se a exposição aos fatores de risco e uma grande parte deles pode ser curada através da cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia principalmente quando detectados precocemente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 A).

Apesar disto, o câncer é hoje uma das principais causas de morte no mundo tendo ocasionado aproximadamente 7,6 milhões de óbitos em 2008 e com a estimativa de que chegaremos a 13,1 milhões em 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 B).

### 1.1.2 Características fundamentais

A célula neoplásica transmite suas características às suas descendentes. Esta natureza herdável da célula foi primeiramente percebida por Virchow que em 1858 criou as bases da Teoria Celular afirmando: “*omnis cellula e cellula*”, ou seja, toda a célula se origina de outra célula pré existente (MORI, 2002).

Datam da primeira metade do século XX os primeiros trabalhos que associam mutações no DNA da célula à ocorrência dos tumores o que caracteriza o câncer como uma doença genética (MORI, 2002).

O surgimento da doença, no entanto, depende da interação entre fatores genéticos individuais e agentes externos e tem resultado em muitas incertezas as tentativas para definir quais genes são necessários ou suficientes para causar o câncer (COMPORTAMENTOS..., 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 b).

A célula cancerosa desenvolve em seu processo disfuncional um conjunto de capacidades anormais que subsidiam a progressão desenfreada da doença e conferem aos tumores uma alta letalidade (COLLINS; BAKER, 2008).

A autossuficiência na sinalização de crescimento celular, a perda da sensibilidade aos sinais anti-crescimento, a evasão do processo de apoptose ou “suicídio” celular, o potencial ilimitado de replicação, o desenvolvimento sustentado de vasos sanguíneos, a capacidade de invadir tecidos vizinhos e de se disseminar para órgãos à distância, são habilidades da célula cancerosa que quando combinadas promovem esta elevada mortalidade (AS RAÍZES..., 2004; COLLINS; BAKER, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 b).

Existem mais de cem formas diferentes de apresentação da doença com sinais e sintomas que se confundem com outras patologias o que dificulta o estabelecimento de um diagnóstico precoce (BRASIL, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013 b).

A investigação diagnóstica deve levar em consideração estes nuances e lançar mão de todos os recursos semiológicos, sejam eles clínicos, laboratoriais e/ou de imagem. Além disto, a confirmação diagnóstica dos casos de câncer exige a obtenção de uma amostra tecidual ou celular para exame anátomo patológico e eventualmente imunohistoquímico e molecular (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

As neoplasias estão inseridas no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por serem condições multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e modificáveis, como exemplo o tabagismo, o consumo nocivo do álcool, a obesidade, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física (BRASIL, 2013).

Para atender as demandas deste intrincado cenário, a assistência oncológica de qualidade requer a incorporação de procedimentos de alta tecnologia e alto custo, elaboradas estratégias de planejamento em saúde e a estruturação de uma robusta

rede de assistência integrada aos demais níveis de atenção. Baseado nestas observações é que se justifica a inclusão da assistência oncológica como área da rede de alta complexidade do SUS brasileiro (BRASIL, 2013).

### 1.1.3 Câncer de mama: singularidades

A abordagem do câncer de mama reúne características que a tornam um paradigma da assistência oncológica e ao mesmo tempo um caso distinto e único em relação às demais formas da doença.

Sua relevância epidemiológica com o crescente aumento da incidência, em muitos casos acompanhado pelo aumento da mortalidade demonstra a magnitude de uma condição que está entre as principais causas de morte em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 b).

Tal condição exerce uma forte pressão sobre os sistemas de saúde exigindo um conjunto de ações destinadas à promoção do diagnóstico precoce que incluem programas nacionais de combate com campanhas de prevenção e estratégias de rastreamento populacional (CARVALHO, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 b).

Por fim, o câncer de mama carrega o estigma de uma doença que agride a mulher no símbolo maior de sua feminilidade. Mais do que órgão de adorno ou de estímulo sexual, a doença da mama produz na mulher repercussões psicológicas que afetam sua percepção de sexualidade e sua própria imagem pessoal (BIFULCO; FERNANDES JÚNIOR; BARBOZA, 2010; QUADROS, 2005).

### 1.1.4 Epidemiologia do câncer de mama

Tratamos aqui da neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no mundo, com aproximadamente 1,38 milhões de novos casos novos identificados em 2008, o que corresponde a 23% de todos os tipos de câncer (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2013).

Suas taxas de incidência são mais elevadas em países desenvolvidos, porém a despeito das diferenças regionais, o câncer de mama permanece como a principal

causa de morte por câncer em mulheres, tanto nos países em desenvolvimento como nas regiões mais desenvolvidas (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2013).

O Brasil acompanha a tendência mundial e sua incidência vem crescendo nos últimos anos. Atualmente calcula-se que o risco estimado para o desenvolvimento desta enfermidade seja de aproximadamente 52 casos a cada 100.000 mulheres o que correspondia em 2012 a 52.680 casos novos (BRASIL, 2011).

Dados do Registro de Câncer de Base Populacional de 16 cidades do país dão conta de que o câncer de mama fora o mais frequente em 15 delas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 b).

Assim como em outros países, no Brasil, os desdobramentos clínicos relacionados à neoplasia maligna da mama constituem a primeira causa de óbito por câncer entre mulheres, tendo sido registrado um aumento de 76% nas taxas de mortalidade em pouco mais de duas décadas, ascendendo de 5,77 por 100.000 em 1979, para 10,15 por 100.000 em 2002 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 b). Em 2007, superamos a taxa padrão mundial e atualmente registramos 13,47 mortes por 100.000 mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2013 a).

Em Pernambuco, para o ano de 2012, o INCa estimou a ocorrência de 2.190 casos novos de câncer de mama o que indica uma taxa bruta de 46,88 casos por 100.000 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Cabe ressaltar que alguns autores criticam a utilização dos dados de mortalidade como indicador isolado. Pereira et al. (2011) enfatizam a importância da avaliação das causas de morte prematura e analisa os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e os Anos Produtivos de Vida Perdidos (APrVP) em seu estudo. Nele foi verificada uma tendência crescente em ambos os indicadores para a população em questão.

Este enfoque acrescenta valor social à morte e incorpora o critério de vulnerabilidade visto que os óbitos em indivíduos jovens deveriam ser mais facilmente evitados. Destacam ainda que as mortes precoces punem não só o indivíduo e seu círculo familiar, mas também toda a coletividade privando-a do seu potencial intelectual e econômico. (PEREIRA et al., 2011).

Uma opção para a abordagem de problemas complexos em saúde consiste na seleção de condições que podem ser consideradas como “traçadoras”. Estas devem atender a critérios específicos e serem capazes de produzir informações que irão retroalimentar o sistema de prestação de serviços em saúde (KESSNER, 1973).

Com base nos critérios descritos por Kessner (1973) observamos que o câncer de mama reúne os requisitos básicos para adequação a tal finalidade.

Trata-se de patologia bem definida e delimitada, apresenta indiscutível relevância epidemiológica, possui elevada prevalência, o curso da doença é sensível às intervenções e possui estratégias bem estabelecidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (KESSNER, 1973).

Assim, se espera que grande parte das contribuições advindas dos estudos sobre o câncer de mama possa ser incorporada na lógica do atendimento ao paciente com câncer de outras topografias.

#### 1.1.5 (Des)informação: risco, proteção e prevenção

Em razão da multiplicidade dos fatores de risco e das características genéticas envolvidas na sua gênese, a ciência ainda não foi capaz de produzir condições que proporcionem a prevenção primária para esta neoplasia (BRASIL, 2011).

Cresce então a importância das ações de prevenção secundária com a detecção precoce da doença a fim de identificá-la antes que a mesma se torne avançada, permitindo assim uma maior eficácia e menor custo financeiro, individual e social associado ao tratamento (STEIN et al., 2009).

No ano de 2004, o INCa publica o Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama com base nas evidências científicas da época ajustadas à realidade brasileira e preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente para mulheres a partir dos 40 anos e o rastreamento mamográfico bienal dos 50 a 69 anos. As mulheres consideradas de alto risco para a doença deverão realizar o exame clínico e mamografia a partir dos 35 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 A; STEIN et al., 2009).

O reconhecimento das faces da doença através de suas manifestações clínicas tem papel fundamental no controle do câncer. Em paralelo às ações do Estado, a identificação dos sintomas iniciais pela paciente será determinante para o estabelecimento de um diagnóstico em tempo oportuno favorecendo uma perspectiva curativa e reduzindo o ônus das abordagens mais agressivas (SANTOS; CHUBACI, 2011).

A maioria das mulheres parece estar familiarizada com o assunto “câncer de mama”, porém trabalhos evidenciaram que os detalhes quanto às indicações e os objetivos das estratégias de detecção precoce, os fatores de risco e os fatores protetores para a doença, ainda carecem de maiores esclarecimentos (BATISTON et al., 2011; GONÇALVES et al., 2009; KIM et al, 2010; SANTOS; CHUBACI, 2011).

As sucessivas campanhas de orientação da população reforçam a importância das ferramentas disponíveis para prevenção, contudo, apesar de seu mérito, não são capazes de reduzir a incidência deste agravo, por não atuarem nos fatores predisponentes para sua iniciação (KIM et al., 2010).

#### 1.1.6 Tempo de evolução, estadiamento e prognóstico

O câncer é uma doença progressiva e o seu curso clínico dependerá da interação entre diversas variáveis como, por exemplo, a velocidade de duplicação tumoral, o potencial de metastatização do tumor, entre outros (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Analisando diferentes fatores, Koifman e Abreu (2002) concluíram que o tamanho do tumor e a condição dos linfonodos axilares, permanecem como os mais importantes indicadores prognósticos para o câncer de mama, reforçando o entendimento de que o tratamento precoce é crucial para um desfecho satisfatório no que se refere às melhores oportunidades de cura da doença.

Diagnosticado e tratado oportunamente o câncer de mama se revela um tumor de bom prognóstico e a sobrevivência em cinco anos chega, nos países desenvolvidos, a 85%. Contudo em países como o Brasil, apenas 60% das pacientes estarão vivas ao final do mesmo período (BRASIL, 2011).

Esta alta taxa de mortalidade pode ser explicada parcialmente pelo fato de que, em média, 60% dos tumores de mama são diagnosticados em estadios avançados (BARROS; UEMURA; MACÊDO, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 A; RESENDE et al., 2008; THULER; MENDONÇA, 2005).

Observamos assim, que há uma relação direta entre o aumento do tempo de espera pelo diagnóstico e/ou tratamento e a redução da sobrevivência das pacientes vítimas desta doença (RICHARDS et al., 1999).

### 1.1.7 Tratamento “Radical” e os estigmas da doença

O diagnóstico de câncer *per se* representa para os pacientes e familiares, em sua grande maioria, um momento de angústia, sofrimento e ansiedade (TAVARES, 2005; VENÂNCIO, 2004).

O confronto com uma doença dolorosa e mortal é o prenúncio de um período, geralmente longo, de tratamentos repletos de sintomas adversos e de prejuízos funcionais que produzem impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (BERGAMASCO, 2001; CANTINELLI et al., 2006; VENÂNCIO, 2004).

Quando a enfermidade acomete a mama da mulher acrescentam-se outros temores e inseguranças ligadas à feminilidade, à maternidade e à sexualidade. Naturalmente, quanto maior a mutilação, mais traumático serão estes danos psicológicos (CANTINELLI et al., 2006; TAVARES, 2005; VENÂNCIO, 2004).

Neste sentido, o final do século XIX representa um marco na história do combate ao câncer com o desenvolvimento da técnica de mastectomia radical por William Halsted. O cirurgião americano baseou seu procedimento nos estudos de antecessores como Volkmann e Moore e utilizou o termo “radical” no seu sentido latino original: “raiz”. Diante dos fracassos dos tratamentos que permitiam que o tumor reaparecesse no local operado era preciso “desenraizar” a doença (MUKHERJEE, 2012).

Este raciocínio conduziu a procedimentos cirúrgicos cada vez mais extensos que tinham como consequência inevitável dramáticas mutilações para suas vítimas. Halsted reconhecia a punição física a que submetia suas pacientes e chegou



mesmo a registrar em suas anotações haver “detestado desfigurar a (jovem) paciente” (MUKHERJEE, 2012).

Ainda hoje a mastectomia é o tratamento de escolha para muitas pacientes e apesar da eficácia comprovada das cirurgias conservadoras elas só estarão indicadas em casos selecionados de pacientes de baixo risco com tumores iniciais e desde que não haja evidências de doença metastática ou multicentricidade (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2001).

## 1.2 Uma doença social

E o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que, algum dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose.

Susan Sontag, 1984

As primeiras décadas do século XX assistiram a forte expansão econômica do país e a consolidação do capitalismo industrial brasileiro que ganhava espaço em meio ao domínio da cafeicultura. O excedente de mão de obra do campo e a intensa imigração desloca a população em direção as cidades provocando intenso crescimento urbano que aliado a expansão econômica faz com que a saúde emergja como uma questão social (BODSTEIN et al., 1987).

No início dos anos 20, o câncer ascendia ao 6º lugar no *ranking* das causas de morte no Rio de Janeiro, surge então uma série de movimentos simultâneos em diversas cidades no sentido de criar organismos de combate à doença (BODSTEIN et al., 1987).

O declínio das mortes por tuberculose seguido do aumento das mortes por câncer fez com que houvesse uma transferência de conceitos e fantasias pela sociedade entre essas duas entidades nosológicas. Desse modo, a angústia diante de um mal invencível começou a se transferir da tuberculose para o câncer que passou a ser visto como doença contagiosa e transmissível (BODSTEIN et al., 1987).

Ocorre que, num período em que a medicina tinha fundamento na premissa de que todas as doenças tem cura, o câncer aparecia como uma entidade desafiadora de etiologia desconhecida e que escapava a compreensão médica (SONTAG,1984).

### 1.2.3 Determinantes Sociais e Câncer

As doenças genéticas são tão sociais quanto as de qualquer outro tipo.

Victor Penchaszadeh – Geneticista , 2002

O substancial avanço científico promovido pela investigação genética trouxe consigo alguns equívocos explicativos. A resistência em assumir as evidências da interpretação social na causalidade das doenças vem sendo utilizada como argumento para justificar o determinismo biológico. Entretanto, é necessário enfatizar que as normas que conduzem as reações genéticas se submetem às condições de vida, e neste caso, retirar os genes de seu contexto conduzirá a interpretações falaciosas (BREILH, 2006).

Não obstante a essência genética do câncer, o histórico do paciente, o meio ambiente, o estilo de vida, fatores socioculturais e comportamentais, bem como fatores econômicos, têm fundamental importância para o surgimento de tipos específicos de câncer, afetando o risco de desenvolvimento da doença (KANAVOS, 2006).

O aumento da expectativa de vida da população, a urbanização e a industrialização, na medida em que ampliam a exposição a agentes cancerígenos, constituem os principais fatores responsáveis pelo aumento da incidência de câncer no mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1997).

As diferenças observadas em todos estes níveis produzem reflexos mensuráveis no perfil epidemiológico do câncer relativos à sua incidência, mortalidade, sobrevida e qualidade de vida após o diagnóstico (WÜNSCH FILHO et al., 2008)

Ao reconhecer o poder dos fatores socioeconômicos como determinantes de saúde, as pesquisas sobre iniquidade nos levam a uma visão de saúde que não se limita a avaliar comportamentos individuais ou a exposição a fatores de risco, mas considera

a forma como a estrutura social e econômica modela a saúde, afirmam Marmot e Wilkinson (2006).

Portanto é imperioso investigar o assunto sob o prisma da epidemiologia social que se distingue por dedicar atenção especial aos determinantes sociais da saúde e pretende entender e explicar a distribuição populacional da saúde e da doença a partir da compreensão dos fenômenos inerentes à organização da sociedade (BARATA, 2005; KRIEGER, 2001).

#### 1.2.4 Saúde e Justiça Social: Equidade em Saúde

##### Artigo 25°

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica ...

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948

Segundo Sen e Kliksberg (2010), qualquer concepção de justiça social, não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades das pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis ou mortalidade prematura. Equidade na realização e na distribuição de saúde, portanto, está incorporada e embutida em uma ampla noção de justiça.

Uma das concepções mais aceitas e influentes no campo de estudos da justiça foi proposta por John Rawls em *A Theory of Justice* de 1971. O Princípio da Diferença então apresentado traz uma noção de igualdade equitativa de oportunidades, onde um maior benefício deve ser garantido àquele que possuir menos vantagens (SEN, 2008).

Entre os países desenvolvidos não são as sociedades mais ricas que apresentam o melhor desempenho nos indicadores de saúde e sim aquelas que apresentam as menores diferenças entre ricos e pobres. Iniquidade e pobreza relativa têm resultados absolutos: aumentam a taxa de mortalidade (WILKINSON, 1996).

As disparidades na situação de saúde entre as populações são injustas porque, em geral, resultam de condições sistêmicas preveníveis e de políticas baseadas em desequilíbrios de poder (HORFRICHTER, 2003).

O combate ao câncer é um tema global e seu controle deveria ser encarado como um direito do cidadão. As diferenças regionais de mortalidade que hoje observamos são condizentes com uma inaceitável desigualdade no acesso aos serviços públicos de saúde e ao tratamento médico (SEFFRIN, 2008).

Para Buss (2006), a iniquidade na saúde entre grupos e indivíduos é um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil, onde além de uma distribuição perversa da riqueza, temos grandes parcelas da população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso às mínimas condições e bens essenciais à saúde.

Entre 1991 e 2008, o Brasil duplicou o seu Produto Interno Bruto (PIB) e reduziu em 15% o seu Coeficiente de Gini, indicador que avalia o grau de desigualdade em um país, ainda assim ostentamos o título de um dos países mais desiguais do mundo (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2012).

Sen (2008) avalia que a vulnerabilidade social e econômica da população realçada por um cenário de desigualdades faz com que muitos indivíduos tenham reduzidas as suas chances de explorar integralmente seus potenciais de saúde, restringindo, em última análise, sua liberdade individual.

Interessante frisar que muito embora a maior parte dos países industrializados tenha atingido uma equidade plena no cuidado primário, no serviço especializado, a equidade vertical, que existe quando as pessoas com maiores necessidades recebem maiores recursos, dificilmente é alcançada, visto que o acesso das populações desfavorecidas a estes serviços não corresponde às suas necessidades (STARFIELD, 2011).

Finalmente, a equidade em saúde deve ser compreendida como uma situação ideal onde todos os indivíduos podem desenvolver seus potenciais de saúde e onde ninguém deve sofrer desvantagens devido a sua posição social ou outras circunstâncias socialmente determinadas (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006).

### 1.2.5 Transição epidemiológica e o ônus do desenvolvimento

Diversas teorias têm tentado explicar as mudanças no perfil epidemiológico mundial, entretanto a despeito da divergência conceitual, as análises e críticas aos distintos modelos explicativos propostos não serão objeto deste trabalho (CESSE, 2007; FREESE, 2006).

O Brasil vivencia uma modificação no seu padrão de adoecimento e morte que pode ser facilmente flagrada pelos números. A transição epidemiológica no caso brasileiro faz com que as doenças crônicas não transmissíveis respondam por aproximadamente 66,3% da carga de doença, as doenças infecciosas por 23,5% e as causas externas por 10,2% (SCHRAMM, 2001).

Em Pernambuco a mortalidade associada às neoplasias vem apresentando um comportamento ascendente. Em 2011, o câncer foi responsável por 13,5% dos óbitos, atrás apenas das doenças cardiovasculares (PERNAMBUCO, 2012).

Por representar um problema de ampla magnitude social com tendência de crescimento do seu impacto sobre a saúde, é que o câncer se consolida como um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Situação esta especialmente preocupante nos países de média e baixa renda, pois estes concentram 70% das mortes pela doença enquanto se esforçam para estruturar seus sistemas de saúde e lidam com a escassez de recursos (ANTUNES; PERDICARIS, 2010; MATHERS, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Apesar disto, estima-se que a tecnologia disponível seria suficiente para evitar 40% das mortes por câncer caso fossem enfatizadas ações de prevenção primária, detecção precoce e acesso ao tratamento adequado e oportuno (ANTUNES; PERDICARIS, 2010).

Temos ainda o fato de que os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, não estão sendo capazes de acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e a rápida ascensão das condições crônicas (MENDES, 2010).

### 1.2.6 Perfil sociodemográfico e a distribuição das neoplasias

Trabalhos na literatura demonstram que o gradiente social repercute diretamente na probabilidade de desenvolver o câncer, no acesso aos procedimentos de prevenção, no tempo para confirmação diagnóstica, na escolha da modalidade de tratamento e conseqüentemente no prognóstico e sobrevida dos pacientes (SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DO CÂNCER, 2005; MARMOT; WILKINSON, 2006).

O chamado “estilo de vida ocidental”, por exemplo, predispõe a tipos específicos de câncer como o de mama, cólon, e próstata o que pode ser evidenciado pela elevada incidência destes tumores em países desenvolvidos em comparação com países em desenvolvimento que por sua vez apresentam altos índices de tumores de colo de útero, estômago e cavidade oral (KANAVOS, 2006).

As estatísticas no Brasil tem demonstrado um aumento na prevalência dos tipos de câncer associados a melhores níveis socioeconômicos, enquanto persistem as altas taxas de incidência de tumores relacionados à pobreza (ANTUNES; PERDICARIS, 2010).

Estas tendências são dinâmicas e não ocorrem ao acaso, mas atuando para elevar a carga de doença das populações menos favorecidas (WÜNSCH FILHO et al., 2008).

Diversos estudos apontam fatores como idade, raça, escolaridade e status socioeconômico como estando intimamente relacionados a este atraso (LANTZ et al., 2006; MANDELBLATT et al., 1991; MERKIN; STEVENSON; POWE, 2002; SINGH et al., 2004).

Neste caso, o estudo das desigualdades em saúde se torna imprescindível, pois nos permite sondar os possíveis mecanismos causais da doença identificando oportunidades de intervenções preventivas com elevado potencial de efetividade (KAPLAN, 1998).

### **1.3 O papel do Hospital de Câncer de Pernambuco**

Nascido do esforço humanitário de um grupo de senhoras da sociedade pernambucana há 65 anos, esta entidade beneficente sem fins lucrativos é o centro de referência estadual no combate ao câncer.

Habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia com serviço de radioterapia, o hospital dispõe de 203 leitos exclusivos para tratamento nas diversas especialidades oncológicas (BRASIL. Departamento de Informática do SUS, 2012).

O serviço de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) dispõe de 24 leitos e executa ações de rastreamento e investigação diagnóstica, além do tratamento cirúrgico e seguimento das neoplasias mamárias, recebendo em média 45 novos casos de câncer de mama mensalmente.

Dados recentes demonstram que o HCP concentrou 65,88% dos registros de casos câncer de mama feminino atendidos no SUS pernambucano (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2013 c) se consagrando como a principal instituição no tratamento especializado desta patologia.

São dez mastologistas que realizam mais de 3.000 atendimentos por mês, entre consultas, revisões e procedimentos ambulatoriais. Realizam-se ainda uma média de 100 cirurgias terapêuticas e mais de 1.000 sessões de quimioterapia por mês, além de tratamento radioterápico. O HCP oferece também a possibilidade da reconstrução cirúrgica da mama, reabilitação fisioterápica, suporte psicológico, além de coordenar o Espaço Renascer, um grupo de apoio que trabalha a auto estima das mulheres vítimas da doença.

### **1.4 Registro Hospitalar de Câncer**

Registros Hospitalares de Câncer são fontes sistemáticas de informações, instaladas em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de levantar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nestas instituições, sejam elas públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Os registros de câncer na medida em que coletam, processam e analisam dados e divulgam informações detalhadas, subsidiam a elaboração de ações de controle apropriadas, se constituindo dessa forma numa importante ferramenta de vigilância epidemiológica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003) e em todo o mundo consistem na melhor fonte de informações objetivamente definidas a respeito de uma doença (WILKINSON, 1996).

O termo vigilância epidemiológica, desde a década de 50, está associado ao modelo das doenças transmissíveis (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003), contudo as sensíveis modificações do perfil epidemiológico da população têm levado a discutir a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis no seu escopo (CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, 1993).

De fato, a sua implantação tem trazido importantes contribuições ao planejamento das ações de prevenção, tratamento e acompanhamento das neoplasias, à avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes, assim como tem servido de subsídio para a elaboração de pesquisa clínica e trabalhos científicos.

Tem sido também um instrumento de apoio à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, na medida em que disponibiliza informações sobre o perfil do paciente, conduta utilizada no diagnóstico e tratamento e sobre os exames regulares de seguimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Em virtude do grande número de informações produzidas pelos Registros e da necessidade de cruzamentos posteriores tornou-se imperiosa a sua informatização. O INCa disponibiliza um programa de computador para armazenamento e posterior resgate dos dados, elaborado em concordância com o instrumento de coleta dos registradores, a Ficha de Registro de Tumor (ANEXO A).

Desenvolvida pela área técnica do Instituto, o formulário é padronizado para uso em todos os RHCs do país. Nele estão sintetizadas as informações de relevância para identificação do paciente além dos dados sobre a doença, tratamento, óbito e acompanhamento dos casos de câncer atendidos nas unidades de saúde.

Com base nestas informações foi desenvolvido um sistema informatizado de apoio aos RHC, o SisRHC, que permite acesso pela rede mundial de computadores a



consultas, tabulações, monitoramento da atividade dos registros, *downloads* de bases de dados e suporte técnico pelo sitio do Integrador RHC.

Pernambuco tem destaque histórico nos esforços para implantação dos registros de câncer no país. No final da década de 50, de forma pioneira, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, Dr. Adonis Carvalho inicia os primeiros esboços para efetivar um registro de câncer de base populacional (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO SÃO PAULO, 2005).

O Registro Hospitalar de Câncer do HCP é o mais antigo em atividade no estado, reunindo informações ininterruptamente, desde 1995, ano de sua implantação. Sua base de dados exhibe 18.570 casos catalogados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2013 b), o que corresponde a 70,42% do total de casos de câncer registrados em Pernambuco e a consolida como a maior fonte individual a compor a base estadual.

### **1.5 Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama**

Nas últimas décadas as transformações e aperfeiçoamentos no tratamento ampliaram as possibilidades de cura de diversos tipos de câncer seguindo a dinâmica dos avanços na medicina, contudo a redução do número de mortes dependerá principalmente de ações que promovam o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno (MORAES et al., 2006; MORI, 2002).

As estratégias de detecção precoce se baseiam na premissa de que quanto mais cedo a neoplasia maligna é identificada, maiores são as chances de sucesso do tratamento. O câncer de mama reúne características que permitem o seu diagnóstico numa fase pré clínica através da aplicação de exames específicos em uma população assintomática, mas com risco elevado para o desenvolvimento da doença. Este tipo de abordagem é chamada de Rastreamento Populacional e tem como objetivo principal o diagnóstico prematuro do câncer evitando que a doença atinja os estádios avançados (STEIN et al., 2009). As diretrizes atuais do INCa para o rastreamento do câncer de mama preconizam a realização do exame clínico das mamas anualmente nas mulheres após os 40 anos e a realização da mamografia

bienal nas mulheres dos 50 aos 69 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004).

Mesmo que alguns centros indiquem taxas de sobrevida para o câncer de mama no Brasil semelhantes aos de países desenvolvidos, de uma forma geral, nosso aumento na incidência tem sido acompanhado por um indesejável aumento na mortalidade e este pode estar relacionado ao diagnóstico tardio e a falha na implementação da terapêutica adequada (MORAES et al., 2006).

Em recente relatório técnico o Tribunal de Contas da União, depois de realizar análises quantitativas em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e dos RHCs evidenciou que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não tem sido tempestivos (BRASIL, 2011).

Enquanto no Reino Unido 99% dos pacientes iniciaram o tratamento para câncer em um mês a contar da data do diagnóstico, no Brasil esse número cai para 52,4%. Em nossas unidades de tratamento oncológico o tempo médio de espera foi de 46,6 dias, variando amplamente de acordo com a modalidade terapêutica preconizada (BRASIL, 2011).

Há consenso que um dos principais determinantes do diagnóstico tardio do câncer de mama é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas (RICHARDS et al., 1999).

O elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Além disso, um tratamento realizado tardiamente pode trazer prejuízos à qualidade de vida dos pacientes. É importante considerar ainda as consequências para o país, como o aumento de gastos com tratamentos mais caros e prolongados para pacientes que poderiam ter sido diagnosticados nas fases iniciais da doença, além dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho (BRASIL, 2011).

Em uma revisão sistemática, Barros, Uemura e Macêdo (2012) identificaram somente 27 artigos tratando do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, dos quais apenas 13 continham sugestões para minimizá-lo.

Foi observado ainda que a falta de uma descrição uniforme e mais detalhada dos intervalos de tempo analisados para a configuração do “atraso”, prejudicou substancialmente a comparação entre os textos (BARROS; UEMURA; MACÊDO, 2012). Acrescente-se a isso a semelhante dificuldade em conceituar, mensurar e estabelecer claramente as responsabilidades pelo retardo, se vinculadas ao usuário, ao profissional de saúde ou ao provedor (RAMIREZ et al., 1999).

Em novembro de 2011, o INCa, ao atualizar as recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama, estabelece os limites para a espera no início da terapêutica (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). E em vinte e três de maio deste ano, o governo sanciona a Lei Federal 12.732/12 que assegura aos pacientes do SUS com câncer o início do tratamento em no máximo 60 dias após a confirmação da doença (ENTRA..., 2013).

Tais medidas sinalizam o início de uma política de redução de prazos que passa a ser abraçada pelo governo revelando a importância do tema no contexto do controle das DCNT.

A escassez de estudos sobre o assunto acentua a necessidade de avançarmos no sentido de conhecer melhor o universo de nossas pacientes, compreendermos o curso de sua doença, identificarmos as barreiras que as distanciam de um desfecho satisfatório, para que então possamos estar aptos a construir soluções mais eficazes.

## **2 PERGUNTA CONDUTORA**

Qual o perfil sociodemográfico e os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes matriculadas no departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o perfil e os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes matriculadas no departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico das pacientes com câncer de mama, registradas no HCP no período de 2004 a 2009;
- b) Classificar as pacientes com câncer de mama, registradas no HCP no período de 2004 a 2009, segundo o seu estadiamento clínico;
- c) Relacionar o perfil sociodemográfico com o estadiamento clínico das pacientes com câncer de mama, registradas no HCP no período de 2004 a 2009;
- d) Descrever o perfil sociodemográfico das pacientes com lesões suspeitas de câncer de mama admitidas no departamento de mastologia do HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013;
- e) Verificar o tempo decorrido entre a matrícula no hospital, a obtenção do diagnóstico e o início do tratamento nas pacientes com câncer de mama admitidas entre outubro de 2012 e janeiro de 2013;
- f) Classificar as pacientes com câncer de mama, admitidas no HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, segundo o tempo para obtenção do diagnóstico e início do tratamento.

## **4 PROCESSOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Realizamos um estudo epidemiológico observacional, descritivo de corte transversal que foi subdividido em dois momentos distintos.

A pesquisa descritiva visa observar, registrar, analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado. Para Rouquayrol e Almeida Filho (2003), esta tem crescido em relevância por possibilitar o detalhamento do perfil epidemiológico, visando o aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença, de promoção da saúde e também o refinamento das hipóteses causais.

Como vantagens deste tipo de estudo, destacamos o seu potencial para evidenciar os padrões da doença, de refletir tendências, de contribuir para o planejamento das ações em saúde além de levantar indícios sobre causalidade e de ter um baixo custo de execução (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os resultados da pesquisa foram submetidos a tratamento estatístico específico adequado à abrangência deste tipo de estudo.

Ressaltamos que mesmo estudos predominantemente descritivos, exibem potencial analítico e este reside nas hipóteses que são formuladas baseadas nas comparações, mesmo que implícitas, com o que seria esperado, além de representar o primeiro passo para o aprofundamento de futuras pesquisas de determinação de risco (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

### **4.2 Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida com a análise de dados secundários, numa primeira etapa e em seguida com a coleta de dados primários no departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco.

### **4.3 População e período do estudo**

O planejamento amostral foi distinto para os diferentes momentos do trabalho.

A construção do perfil sociodemográfico, objeto do primeiro momento do estudo, contou com a avaliação dos 3.217 casos de câncer de mama registrados entre os anos de 2004 e 2009.

Em atividade desde 1995, apenas a partir do ano de 2004 o Registro do HCP incrementa a sua cobertura e passa a apresentar uma maior regularidade no volume de casos notificados aprimorando a qualidade de sua informação.

A partir deste momento, passam a ser catalogados, em média, 3.500 casos novos de câncer por ano e dos quais aproximadamente 500 representam neoplasias mamárias. O último ano consolidado e disponível para análise até a presente data é 2009 em consonância com as exigências do órgão normativo o INCa.

Para o segundo momento, onde foram acessados dados primários, utilizamos uma amostra intencional de conveniência baseada no período de três meses destinados a coleta de dados. Foram aplicados 54 questionários às pacientes com lesões suspeitas encaminhadas ao setor de mastologia do HCP pelo setor de triagem do hospital entre outubro de 2012 e janeiro de 2013.

Caso optássemos pela aplicação dos questionários às pacientes registradas em 2009, o intervalo de quatro anos entre as etapas do presente estudo, associado ao mau prognóstico das pacientes recepcionadas em estadios avançados, poderia levar a uma seleção de casos mais favoráveis.

### **4.4 Fontes**

As fontes utilizadas foram o Registro Hospitalar de Câncer do HCP, disponível no sistema *web* Integrador RHC (FIGURA 1), o questionário específico e o formulário complementar com informações do prontuário médico, estes desenvolvidos pelo pesquisador (APÊNDICES C e D).

Figura 1 – Homepage do Integrador RHC

**IntegradorRHC**  
Registro Hospitalar de Câncer

Login:  Senha:

OK Esqueci minha senha. Clique aqui.

**INCA**  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

**Tabular Dados**  
**Cadastre-se**  
**Fale Conosco**  
**Unidade Hospitalar**  
**Dúvidas Frequentes**

**Bem-vindo ao IntegradorRHC!**

**Atenção: O IRHC aceitará somente bases enviadas a partir da versão 3.2 (lançada em 14/12/2012).**

O IntegradorRHC é um sistema Web desenvolvido pelo INCA para consolidação de dados hospitalares provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de todo o Brasil.

Os RHC se caracterizam em centros de coleta, armazenamento, processamento, análise e divulgação - de forma sistemática e contínua - de informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer. A informação produzida em um RHC reflete o desempenho do corpo clínico na assistência prestada ao paciente.

Se você é Coordenador de Registro Hospitalar de Câncer ou Coordenador de Vigilância do Câncer da Secretaria Estadual de Saúde, por favor, efetue seu cadastro no sistema para permitir o acesso a áreas específicas. Clique em "Cadastre-se" no menu ao lado

Se você deseja ter acesso aos dados consolidados dos RHC, clique em "Tabular Dados" no menu ao lado. **Não é necessário efetuar o cadastro no sistema para a tabulação dos dados.**

Instituto Nacional de Câncer Ministério da Saúde FINEP TEC

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2013.

A notificação do caso no RHC envolve o preenchimento dos 44 (quarenta e quatro) campos da Ficha de Registro de Tumor que estão distribuídos em quatro blocos de informação.

A compilação desse conjunto de dados nos permite traçar o perfil do paciente com neoplasia maligna que chega a instituição, sua condição de inicial e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e seguimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Infelizmente o enorme potencial que este banco de dados possui é restringido em virtude da falta de preenchimento, por parte da equipe de saúde, de parcela significativa das suas informações.

A análise da incompletude dos dados dos RHC de Pernambuco revela sua insuficiência, de forma que este não preenche muitos dos parâmetros de qualidade recomendados pelo INCa (ENCONTRO NACIONAL DOS REGISTROS DE CÂNCER, 2012).

A construção de um instrumento auxiliar atende a necessidade de minimizar as fragilidades da base de dados disponível e ampliar os seu alcance no que diz respeito aos objetivos deste trabalho.



O questionário, aplicado no segundo momento do estudo, teve formato semiestruturado. Constam perguntas direcionadas a identificar os intervalos entre o início dos sintomas e a procura por assistência médica, a data da primeira consulta e a realização de exames diagnósticos, a realização dos exames e o recebimento de resultados (variáveis circunstanciais de tempo), dificuldades advindas da distância entre o local de residência e onde a assistência médica foi prestada (variáveis circunstanciais de lugar) e questões relativas ao conjunto de crenças pessoais (variáveis circunstanciais de pessoa).

Por fim, recuperamos nos prontuários informações adicionais sobre o curso da doença e o detalhamento da investigação diagnóstica e terapêutica a fim de averiguar os desfechos dos casos.

#### **4.5 Planejamento do questionário**

Para a elaboração do questionário realizamos a exploração do problema central através do Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito associado ao levantamento bibliográfico.

Esta importante ferramenta surgiu no ambiente industrial na década de 60 com a finalidade de promover um levantamento dos sintomas e localização de causas de dispersão de qualidade (DIAGRAMA..., 2012).

A versatilidade da técnica faz com que a mesma possa ser utilizada facilmente em problemas organizacionais genéricos bem como em outras áreas do conhecimento e sua capacidade de abordar situações complexas com sobreposição de causas para um mesmo efeito a torna especialmente útil neste caso (DIAGRAMA..., 2012).

Inicialmente inserimos uma seta que indicará o problema à direita. Ramos em formato de “espinha de peixe” se estendem a partir da seta principal representando as categorias de causas potenciais. Através de uma tempestade de ideias são inseridos os principais elementos envolvidos com cada eixo (MALIK; SCHIESARI, 2012).

A investigação do problema através deste método incorporando a opinião de colegas mastologistas levantou diversos eixos norteadores sob os quais assentamos questões intimamente relacionadas aos objetivos desta pesquisa (APÊNDICE A).

## 5 PLANO DE ANÁLISES

Iniciamos o trabalho acessando a base de dados do RHC que corresponde à informação oficial referente ao registro dos casos de câncer no estado de Pernambuco.

Foram incluídos no estudo os dados referentes aos casos analíticos, das pacientes do sexo feminino registradas com diagnóstico de câncer de mama (CID: C50), no Hospital de Câncer de Pernambuco, no período entre 2004 e 2009.

Os primeiros anos do RHC são marcados pela irregularidade na frequência de registros e inconsistência das informações, fruto do processo de aprimoramento dos métodos de coleta, o que gerou números instáveis e flutuantes. Após 2004, este passa a apresentar uma maior regularidade, notificando anualmente uma média de 500 casos novos de câncer de mama (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos analíticos de câncer de mama feminino no HCP no período entre 2000 e 2009

<b>Unidade hospitalar</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
Hospital do Câncer de Pernambuco	3	17	9	50	497	462	459	524	532	744	3.297

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Quando inseridos no sistema, os casos de câncer são classificados como analíticos e não analíticos. Correspondem a analíticos aqueles cujo planejamento e realização do tratamento, foram executados no próprio hospital.

Não analíticos são casos que já chegam ao hospital tratados, aqueles que não realizam o tratamento preconizado pelo hospital do RHC, os pacientes que já chegam ao hospital sem possibilidades terapêuticas, os casos com recidiva tumoral e aqueles cujo diagnóstico só foi estabelecido por necropsia (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Para o presente estudo, foram considerados apenas os casos analíticos, uma vez que buscamos nos concentrar naquelas pacientes efetivamente vinculadas ao

serviço, que procuraram a instituição para o esclarecimento do seu diagnóstico, definição de sua terapêutica e seguimento de sua doença.

Na construção do perfil sociodemográfico, foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, grau de instrução, cor da pele, estado conjugal atual. Para o perfil diagnóstico foram utilizadas as variáveis, histórico familiar de câncer e dados referentes a extensão anatômica da doença representado pelo estadiamento clínico. Também foram avaliadas as variáveis comportamentais, alcoolismo e tabagismo (QUADRO 1).

Dividimos então as pacientes em dois grupos conforme o seu estadiamento clínico baseado no Sistema TNM. Esta classificação foi desenvolvida por Pierre Denoix na França da década de 40 e resulta da observação prática de que as taxas de sobrevida eram maiores nos casos em que a doença era localizada, do que naqueles em que a mesma houvesse se estendido para além do órgão de origem (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 c).

A partir de então, a literatura acadêmica passa a se referir a estes grupos de pacientes como CASOS INICIAIS ou CASOS AVANÇADOS permitindo uma inferência sobre a progressão regular da enfermidade em função do tempo de evolução (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004 c).

Embora haja alguma divergência na literatura e alguns autores considerem pacientes em estadio II de câncer de mama como em ESTADIO INICIAL, optamos por considerar estas pacientes em ESTADIO AVANÇADO já que este pode envolver situações onde há disseminação para linfonodos regionais (RESENDE et al., 2009).

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas e relacionadas à extensão da doença (estadiamento clínico) (2004 A 2009)

Variável	Classificação	Descrição	Categorização	Operacionalização
Variável Dependente	Categórica ordinal	Classificação das neoplasias malignas de acordo com o grau de disseminação da doença	Inicial	Agrupamento dos casos nos estadio I e II na categoria INICIAL e dos casos nos estadios III e IV na categoria AVANÇADO
			Avançado	
Variáveis Independentes	Categórica ordinal	Intervalo de anos vividos	21 a 40 anos	Agrupamento dos indivíduos de acordo com o número de anos vividos em grupos de 20 anos
			41 a 60 anos	
			61 a 80 anos	
			> 80 anos	
	Categórica nominal	Classificação da população de acordo com características fenotípicas	Branca	*NSA
			Preta	
			Parda	
			Outra	
Categórica ordinal	Nível educacional atingido e dividido em ciclos de estudos concluídos	Analfabeta	*NSA	
		1º grau incompleto		
		1º grau completo		
		2º grau completo		
Categórica nominal	Situação do indivíduo perante o matrimônio no momento da pesquisa	Casada	*NSA	
		Solteira		
		Separada/Divorciada		
		Viúva		
Categórica nominal dicotômica	Presença de parente acometido de neoplasia maligna	Sim	*NSA	
		Não		
Categórica nominal dicotômica	Registra o uso de bebidas alcoólicas sem informar quantidade, tipo ou frequência	Sim	*NSA	
		Não		
Categórica nominal dicotômica	Registra o uso de fumo sem informar quantidade, tipo ou frequência	Sim	*NSA	
		Não		

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Nota: NSA – Não Se Aplica

No intuito de evidenciar a influência das variáveis sociodemográficas e comportamentais no diagnóstico tardio, foram realizados cruzamentos das mesmas com o estadiamento clínico e aplicado o teste *qui-quadrado* para verificar a significância estatística.

No segundo momento do estudo, foram aplicados questionários desenvolvidos pelo pesquisador às pacientes que se enquadraram no desenho planejado para o processo de coleta.

Os inquéritos foram conduzidos em dias alternados, pela manhã, no momento da chegada das pacientes ao ambulatório de mastologia para investigação de lesões suspeitas ou programação terapêutica nos casos em que havia confirmação diagnóstica prévia.

Participaram como entrevistador o próprio pesquisador e uma enfermeira selecionada com experiência de atuação em pesquisas de campo.

As pacientes foram convidadas a fazer parte da pesquisa e após orientação sobre os objetivos do estudo, as que optaram por participar foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

No questionário aplicado constavam dados gerais de identificação da paciente, características sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida e informações sobre a doença (APÊNDICE C).

Considerando uma média de vinte dias úteis por mês, durante três meses, excetuando-se os feriados, a coleta alternada resultou em algo próximo a 20 dias de coleta.

As respostas obtidas contribuem para a caracterização do perfil das pacientes e abordam outras dimensões de análise como o nível de conhecimento da doença pelas pacientes, a autopercepção de saúde e ainda questões de acesso e utilização dos serviços de saúde (QUADRO 2).

Procedemos à análise dos dados primários advindos dos questionários através do cálculo de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e gráfico *45ox-plot* para média.

Quadro 2 – Variáveis do questionário aplicado

	Variáveis	Descrição	Dimensão da análise	
<b>DADOS GERAIS</b>	Registro	Número consignado para matrícula no hospital	NSA	
	Faixa etária	Número de anos vividos		
	Cor da pele	Classificação da população de acordo com características fenotípicas		
	Estado conjugal	Situação atual do indivíduo em relação ao matrimônio		
<b>CARAC. SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS</b>	Grau de instrução	Nível educacional atingido e dividido em ciclos de estudos concluídos	Características sociodemográficas e econômicas	
	Religião	Divisão dos indivíduos segundo seu conjunto de crenças		
	Renda mensal	Média de ganhos financeiros por mês		
	Programa de transferência de renda	Inserção no Programa Bolsa Família		
	Ocupação	Principal ofício do indivíduo		
	Nº de filhos	Número de descendentes		
	Amamentação	Registro se houve prática de aleitamento materno para algum dos filhos		
	Nº de residentes na moradia	Número de pessoas (familiares ou não) que co-habitam a residência		
	Transporte	Meio de transporte utilizado para o deslocamento até o hospital		Acesso
	Transporte da prefeitura (prazo)	Tempo para agendamento de vaga no transporte		
Necessidade de acompanhante	Exigência da presença de outro indivíduo para que a paciente seja capaz de cumprir as tarefas necessárias para alcançar a consulta médica			
Custo transporte	Valor em reais desembolsado com o transporte para a consulta (ida e volta)			
Custo alimentação	Valor em reais desembolsado com alimentação relacionado com o dia da consulta (paciente e acompanhante)			
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>	Alcoolismo	Registro do uso de bebidas alcoólicas	Fator de risco	
	Tabagismo	Registro do uso do tabaco		
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA</b>	1º Sintoma	Primeira queixa relacionada observada pela paciente	Nível de conhecimento sobre a doença/ Auto percepção de saúde	
	Tempo de início da queixa	Intervalo entre o primeiro sintoma e a consulta	Auto percepção de saúde	
	Pessoa que identificou a queixa	NSA		
	Atitude diante do problema	Ação assumida após a identificação do problema de saúde	Nível de conhecimento sobre a doença/ Auto percepção de saúde/Acesso	
	Data da 1ª consulta	Data da 1ª consulta realizada referente a este problema	Nível de conhecimento sobre a doença	
	Informação sobre câncer de mama	Avalia o acesso e a fonte da informação sobre câncer de mama		
	Câncer de mama na família	Presença caso diagnosticado de neoplasia maligna em familiar		
	Sintomas da doença	Lista de sintomas relacionados e não relacionados à doença	Nível de conhecimento sobre a doença	
	Fatores de risco	Lista de condições relacionadas e não relacionadas à doença		
	Fatores protetores			
	Métodos diagnósticos	Avalia o conhecimento sobre o exame de mamografia	Acesso	
	Realização de exames diagnósticos	Aborda a realização de mamografia e/ou os motivos para a não realização		
	Origem do encaminhamento	Informa sobre a rede de referências		
	Número de consultas prévias	NSA		
	Tempo para agendamento	Intervalo de tempo entre a solicitação de consulta e o atendimento		
Perda de consulta agendada	Abstenção à consulta agendada			

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Posteriormente, foram avaliados os prontuários das pacientes num prazo de 90 dias após o ingresso das mesmas na unidade de saúde, para verificar os desdobramentos da investigação, avaliando assim a tempestividade das ações no sentido de estabelecer o diagnóstico e de iniciar o tratamento, quando indicado, o mais breve possível.

Foram introduzidas informações referentes à extensão da doença no momento da matrícula, ao acesso e utilização do serviço de saúde, datas de realização e de liberação de laudos dos exames diagnósticos e pré-operatórios, confirmação ou não de malignidade e tipo histológico, datas de consultas no especialista e data do início do tratamento com a respectiva modalidade terapêutica (QUADRO 3 e APÊNDICE D).

As análises propostas para este momento do trabalho visam identificar situações de retardo no diagnóstico e no início do tratamento. Para isso, os intervalos de tempo encontrados para definição diagnóstica e instituição da terapêutica foram comparados com os prazos preconizados pelos órgãos normativos do Brasil e de outros países.

Empregamos os programas *Word XP* e *Excel XP* para a digitação e criação do banco de dados e a análise se deu por meio do programa *Social Package Statistical Science* (SPSS) versão 20.0.



Quadro 3 – Variáveis dos dados do prontuário

<b>Variáveis</b>	<b>Descrição</b>
Data da primeira consulta	Dia, mês e ano da primeira consulta para tratar do problema atual
Local	Estabelecimento de saúde da primeira consulta
Data da matrícula no HCP	Dia, mês e ano de abertura do prontuário no HCP
Presença de nódulo palpável	Identificação de nodulação na mama pelo mastologista
Estadiamento clínico	Classificação de acordo com a extensão da doença
MMG	Data da realização e laudo da mamografia. Financiamento público ou particular.
US	Data da realização e laudo da ultrassonografia. Financiamento público ou particular.
CORE	Data da realização e laudo da <i>core biopsy</i> . Financiamento público ou particular.
Confirmação de câncer	Resultado histológico de neoplasia maligna
IHQ	Data da realização e laudo da imunohistoquímica. Financiamento público ou particular.
Data da consulta no mastologista	NSA
Data da consulta no oncologista	NSA
Pré operatório	Data da realização e laudo dos exames pré-operatórios. Financiamento público ou particular.
Parecer cardiológico	Data da realização e laudo do parecer cardiológico. Financiamento público ou particular.
Início do tratamento	NSA
Modalidade terapêutica	Primeira escolha de tratamento

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco, como preconizado pelo CONEP através da resolução 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

## **7 RESULTADOS**

A seguir apresentaremos os resultados da pesquisa divididos em dois blocos de acordo com a base de dados utilizada.

### **7.1 Banco Secundário – Registro Hospitalar de Câncer**

Para efeito de cálculo de percentuais levamos em conta os dados positivos descartando as perdas que em alguns casos foram muito relevantes conforme veremos a seguir. Estas informações reunidas foram utilizadas para responder os objetivos específicos a, b e c como se segue abaixo.

Na análise do banco de dados secundário, fonte da primeira etapa do estudo, foram identificados 3.217 casos analíticos de câncer de mama em mulheres no HCP no período entre 2004 e 2009 (TABELA 2).

Houve um aumento progressivo no número de registros com um crescimento de 49,69% no período analisado.

Tabela 2 – Distribuição dos casos analíticos de câncer de mama no sexo feminino de acordo com a unidade hospitalar de Pernambuco no período entre 2004 – 2009

UNIDADE HOSPITALAR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Centro de Oncologia de Caruaru	-	89	89	78	65	50	371
Centro de Oncologia Dr. Muccini	-	-	-	52	44	-	96
Hospital Barão de Lucena	-	-	38	60	68	84	250
Hospital das Clínicas da UFPE	3	11	15	10	23	30	92
Hospital do Câncer de Pernambuco	497	461	459	524	532	744	3.217
Hospital Dom Malan	-	-	-	52	44	-	96
Hospital Oswaldo Cruz	35	54	-	-	46	-	135
Instituto Materno Infantil de Pernambuco	-	-	-	-	101	174	275
Serviço de Quimioterapia de Pernambuco	53	68	80	52	51	43	347
Casa de Saúde Maternidade N S Perpétuo Socorro	-	-	-	-	-	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>588</b>	<b>684</b>	<b>681</b>	<b>828</b>	<b>974</b>	<b>1.129</b>	<b>4.884</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

A maior parte das pacientes se encontrava na faixa entre 40 e 59 anos (50,9%) e se agregarmos a faixa seguinte teremos que 82,5% delas tinham mais de 40 e menos de 80 anos de idade. Apenas 13,3% destas mulheres foram acometidas tendo entre 20 e 39 anos como visto na Tabela 3.

No período analisado todas as faixas apresentaram variação proporcional positiva, sendo a maior delas no grupo de pacientes com 80 anos ou mais que cresceu 125 por cento.

Tabela 3 – Distribuição e variação proporcional do número de pacientes do sexo feminino com câncer de mama no HCP segundo a faixa etária no período entre 2004 e 2009

Faixa etária	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Δ% 2009/2004
20-39	74	59	71	64	59	100	427	13,3%	35,1%
40-59	251	215	233	271	294	374	1.638	50,9%	49,0%
60-79	156	168	139	165	156	234	1.018	31,6%	50,0%
> =80	16	20	15	24	23	36	134	4,2%	125,0%
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>462</b>	<b>458</b>	<b>524</b>	<b>532</b>	<b>744</b>	<b>3.217</b>	<b>100,0%</b>	<b>49,7%</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Em relação ao grau de instrução, destacamos que 58,8% das mulheres apresentava baixa escolaridade se declarando sem nenhum ano completo de estudo ou não tendo concluído o primeiro ciclo fundamental (TABELA 4). Apesar disto, houve variação proporcional negativa no grupo de pacientes ANALFABETAS e crescimento em todas as outras categorias, sendo este mais expressivo para a categoria NÍVEL MÉDIO.

Verificamos um elevado grau de incompletude no preenchimento deste campo resultando em 48,3% de perda de informação.

Tabela 4 – Distribuição e variação proporcional do número de pacientes do sexo feminino com câncer de mama no HCP segundo o grau de instrução no período entre 2004 e 2009

<b>Grau de instrução</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Δ% 2009/2004</b>
Nenhum	90	66	45	77	53	84	415	24,9%	-6,7%
Fundamental incompleto	95	60	126	74	56	153	564	33,9%	61,1%
Fundamental completo	35	59	60	53	43	71	321	19,3%	102,9%
Nível médio	37	32	30	47	34	92	272	16,3%	148,6%
Nível superior completo	16	12	23	14	8	21	94	5,6%	31,3%
Sem informação	224	233	175	259	338	323	1.564	48,3%	45,3%
<b>TOTAL</b>	<b>273</b>	<b>229</b>	<b>284</b>	<b>265</b>	<b>194</b>	<b>421</b>	<b>1.666</b>	<b>100,0%</b>	<b>54,2%</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

A grande maioria das pacientes foi considerada de COR PARDA (83%), seguido pela COR BRANCA (15,9%). As demais categorias tiveram representação inexpressiva. Destacamos aqui a significativa redução dos casos SEM INFORMAÇÃO, demonstrada pela intensa variação proporcional negativa no período (-80%) (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo a cor da pele no período entre 2004 e 2009

Cor da pele	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	$\Delta\%$ 2009/2004
Branca	96	66	39	42	93	173	509	15,9%	80,2%
Preta	7	4	2	1	3	11	28	0,9%	57,1%
Amarela	0	0	1	0	0	0	1	0,0%	-
Parda	389	380	413	481	432	558	2.653	83,0%	43,4%
Indígena	0	0	0	0	4	1	5	0,2%	-
Sem Informação	5	12	4	0	0	1	22	0,7%	-80,0%
<b>TOTAL</b>	<b>492</b>	<b>450</b>	<b>455</b>	<b>524</b>	<b>532</b>	<b>743</b>	<b>3.196</b>	<b>100,0%</b>	<b>51,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Estavam casadas 63,4% das mulheres, ao passo que 21,2% estavam solteiras e 12,7% viúvas. Apesar de ainda representarem uma minoria, verificamos um crescimento importante das pacientes separadas ou divorciadas, categoria que apresentou variação proporcional de 118,2% (TABELA 6). À semelhança da variável COR DA PELE, aqui também observamos forte variação proporcional negativa para a opção SEM INFORMAÇÃO.

Tabela 6 – Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o estado conjugal atual no período entre 2004 e 2009

Estado conjugal	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	$\Delta\%$ 2009/2004
Solteira	119	83	83	114	111	170	680	21,2%	42,9%
Casada	283	293	318	354	335	447	2.030	63,4%	58,0%
Viúva	77	71	48	47	62	100	405	12,7%	29,9%
Separada/Divorciada	11	11	8	9	23	24	86	2,7%	118,2%
Sem Informação	7	4	2	0	1	3	18	0,6%	-62,5%
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>	<b>458</b>	<b>457</b>	<b>524</b>	<b>531</b>	<b>741</b>	<b>3.201</b>	<b>100,0%</b>	<b>51,2%</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Houve uma distribuição equitativa, porém a maioria das pacientes não referiu haver casos de câncer na família. Há um elevado nível de casos SEM INFORMAÇÃO correspondendo por 82,1% dos registros. A análise revela que tem ocorrido redução no número absoluto de registros ( $\Delta\%$  -59,6%) e a variação proporcional no período demonstra elevação no volume de informações perdidas ( $\Delta\%$  126,4%) (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o histórico familiar de câncer no período entre 2004 e 2009

Histórico familiar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Δ% 2009/2004
Sim	84	54	29	25	20	66	278	48,1%	-21,4%
Não	119	92	43	25	5	16	300	51,9%	-86,6%
Sem Informação	294	316	387	474	507	662	2.661	82,1%	126,4%
TOTAL	203	146	72	50	25	82	578	100,0%	-59,6%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Mais de oitenta e sete por cento das mulheres referiu nunca ter consumido álcool e 67% nunca fumou conforme as tabelas abaixo. Para ambas as variáveis, temos perdas acima de 40 por cento no registro (TABELAS 8 e 9).

Tabela 8 - Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o consumo de álcool no período entre 2004 e 2009

Alcoolismo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Δ% 2009/2004
Nunca	273	244	222	214	181	392	1.526	87,7%	43,6%
Sim	36	27	24	27	39	58	211	12,1%	61,1%
Não se aplica	3	1	0	0	0	0	4	0,2%	-100,0%
Sem Informação	185	190	213	283	312	294	1.489	45,9%	60,8%
TOTAL	312	272	246	241	220	450	1.741	100,0%	44,2%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

Tabela 9 – Distribuição e variação proporcional das pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP segundo o tabagismo no período entre 2004 e 2009

Tabagismo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Δ% 2009/2004
Nunca	223	197	174	181	154	353	1.282	67,0%	58,3%
Sim	102	100	106	92	93	127	620	32,4%	24,5%
Não se aplica	8	2	0	0	1	0	11	0,6%	-100,0%
Sem Informação	164	163	179	251	284	264	1.315	40,6%	62,4%
TOTAL	333	299	280	273	248	480	1.913	100,0%	44,1%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC

A Tabela 10 resume as principais características sociodemográficas e comportamentais da população do estudo.

Buscando caracterizar o grupo de pacientes que se apresentaram em estádios avançados da doença, relacionamos as variáveis sociodemográficas e comportamentais com o grau de extensão da doença. Na Tabela 11 verificamos que não houve associação significativa entre as categorias analisadas.

Tabela 10 – Resumo do perfil sociodemográfico das pacientes com câncer de mama do HCP no período entre 2004 e 2009

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária</b>		
40-59	1.638	50,9%
60-79	1.018	31,6%
<b>Grau de instrução</b>		
Nenhum	415	24,9%
Fundamental incompleto	564	33,9%
<b>Cor da pele</b>		
Parda	2.653	83,0%
Branca	509	15,9%
<b>Estado conjugal atual</b>		
Casada	2.030	63,4%
Solteira	680	21,2%
<b>Alcoolismo</b>		
Nunca	1.526	87,7%
<b>Tabagismo</b>		
Nunca	1.282	67%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nos dados do Integrador RHC



Tabela 11 – Análise de significância entre variáveis sociodemográficas e comportamentais e o estadiamento clínico nas pacientes com câncer de mama do HCP no período entre 2004 e 2009

Variáveis	Estadiamento				Valor de <i>p</i>
	1 (INICIAL)		2, 3 e 4 (AVANÇADO)		
	N	%	N	%	
<b>Idade Categorizada</b>					
20 a 39	4	5,9	176	13,6	0,0658
40 a 59	35	51,5	659	51,1	
60 a 79	25	36,8	412	31,9	
> = 80	4	5,9	43	3,3	
<b>Cor da Pele</b>					
Branca	9	13,2	195	15,1	0,6722
Preta	2	2,9	8	0,6	
Parda	55	80,9	1.080	83,7	
Outra	2	2,9	7	0,5	
<b>Grau de Instrução</b>					
Nível superior completo	4	11,4	28	3,9	0,0671
Nenhuma	11	31,4	206	28,5	
Nível médio	7	20,0	114	15,8	
Fundamental incompleto	10	28,6	264	36,5	
Fundamental completo	7	20,0	139	19,2	
<b>Estado conjugal atual</b>					
Solteira	11	16,2	278	21,7	0,2792
Casada	45	66,2	796	62,1	
Separada/Divorciada	3	4,4	29	2,3	
Viúva	9	13,2	178	13,9	
<b>Histórico familiar de câncer</b>					
Sim	13	52,0	169	46,6	0,5978
Não	12	48,0	194	53,4	
<b>Alcoolismo</b>					
Sim	2	5,4	102	12,4	0,3007
Nunca	35	94,6	723	87,6	
<b>Tabagismo</b>					
Sim	13	31,0	301	33,3	0,7488
Nunca	29	69,0	602	66,7	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

## 7.2 Banco Primário – Questionário

Na segunda etapa do trabalho, o processo de coleta resultou em 54 pacientes entrevistadas. A investigação que se seguiu confirmou o diagnóstico de neoplasia maligna em 25 pacientes e estas constituíram nossa população de estudo. Abaixo apresentamos os resultados referentes aos objetivos específicos d, e, e f.

Examinando as respostas às variáveis sociodemográficas presentes no questionário, encontramos uma concentração de pacientes nas faixas etárias de 40 – 59 (40,0%) e de 60 – 79 anos (48,0%). Foram apenas duas pacientes com menos de 40 anos o que correspondeu a 8,0% no presente estudo.

Mais da metade das pacientes foi identificada como BRANCA (60,0%), trinta e seis por cento como PARDA e apenas 4,0% como PRETA.

Houve predomínio das mulheres CASADAS com 12 casos (48,0%), seguido pelas SOLTEIRAS com 9 casos (36,0%). As DIVORCIADAS (4,0%) e VIÚVAS (8,0%) constituíram a minoria e ainda observamos casos em que as pacientes tiveram dificuldades em enquadrar seu status nas alternativas propostas (ex. casos de uniões estáveis) assinalando a opção OUTROS em 4,0% das oportunidades.

Quanto ao grau de instrução houve predominância de pacientes com PRIMEIRO GRAU COMPLETO (N=11 / 44,0%). Pacientes com baixa escolaridade (ANALFABETAS e com PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO) corresponderam a 36,0%. Observamos ainda 4,0% das entrevistadas com SEGUNDO GRAU COMPLETO, 12,0% com SEGUNDO GRAU COMPLETO e 4,0% com NÍVEL SUPERIOR.

Dentre as pacientes entrevistadas, 13 (52,0%) referiu ser CATÓLICA, tivemos 7 (28,0%) pacientes EVANGÉLICAS. Esta foi a única variável a apresentar um valor relevante de perda (20,0%) possivelmente pela indecisão das pacientes em se declararem pertencentes à determinada religião na ausência de uma prática religiosa efetiva (TABELA 12).

Tabela 12 – Perfil sociodemográfico de pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária</b>		
20-39	2	8,0
40-59	10	40,0
60-79	12	48,0
> =80	1	4,0
<b>Cor da pele</b>		
Branca	15	60,0
Parda	9	36,0
Preta	1	4,0
<b>Estado conjugal atual</b>		
Casada	12	48,0
Solteira	9	36,0
Divorciada	1	4,0
Viúva	2	8,0
Outro	1	4,0
<b>Grau de instrução</b>		
Analfabeta	2	8,0
Primeiro Grau Incompleto	7	28,0
Primeiro Grau Completo	11	44,0
Segundo Grau Incompleto	1	4,0
Segundo Grau Completo	3	12,0
Superior Completo	1	4,0
<b>Religião</b>		
Católica	13	52,0
Evangélica	7	28,0
Não respondeu	5	20,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Avaliando a ocupação e a renda familiar, constatamos que 68,0% das mulheres não desenvolvia atividade laboral remunerada ou por já estarem aposentadas, por estarem desempregadas ou por permanecerem como donas de casa.

Das pacientes inseridas no mercado de trabalho (N=8) a metade atuava na informalidade trabalhando sem carteira assinada (N=4).

A imensa maioria das famílias às quais pertenciam as pacientes sobreviviam com menos de 3 salários mínimos por mês (88,0%), sendo que 43,4% contava com menos de um salário mínimo por mês. Sessenta por cento das famílias tinham 3 ou mais residentes na casa.

A despeito deste resultado, a maioria das famílias das entrevistadas (84,0%) não fazia parte do programa de transferência de renda do Governo Federal, o Bolsa Família (TABELA 13).

Tabela 13 – Características socioeconômicas das pacientes com câncer de mama do HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013

Variáveis	N	%
<b>Renda familiar média mensal</b>		
Menos de 1 salário-mínimo	10	40,0
Entre 1 e 3 salários-mínimos	12	48,0
Mais de 3 salários-mínimos	1	4,0
Não sei	2	8,0
<b>Bolsa Família</b>		
Sim	4	16,0
Não	21	84,0
<b>Ocupação</b>		
Desempregada	2	8,0
Empregada sem carteira assinada	4	16,0
Empregada com carteira assinada	3	12,0
Trabalhadora autônoma	1	4,0
Aposentada	11	44,0
Dona de casa	4	16,0
<b>Número de residentes na casa</b>		
1	5	20,0
2	5	20,0
3 ou mais	15	60,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação ao perfil reprodutivo das mulheres, a maior parte possuía filhos (N=20 / 80,0%), sendo que 15 delas (60,0%) tinham 3 filhos ou mais. Apenas 4 mães referiram não ter amamentado seus filhos (16,0%) (TABELA 14).

Embora cada pergunta do questionário possa fornecer informações sobre mais de um aspecto do percurso terapêutico das pacientes tentamos agrupar as respostas de acordo com a principal dimensão de análise.

Assim, as perguntas Q29, Q34, Q36, Q37, Q38 e Q39 fazem referência à primeira forma de apresentação clínica e ao nível de conhecimento da doença pelas mulheres.

Tabela 14 – Perfil reprodutivo das pacientes com câncer de mama do HCP entre outubro de 2012 e janeiro de 2013

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de filhos</b>		
1	2	10,0
2	3	15,0
3 ou mais	15	75,0
<b>Amamentou o(s) filho(s)</b>		
Sim	16	64,0
Não	4	16,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação à primeira forma de manifestação da doença, as pacientes, que posteriormente foram diagnosticadas com câncer de mama, relataram a presença de NÓDULO PALPÁVEL em 68% dos casos. Em ordem decrescente de frequência seguem DOR (24%), SECREÇÃO (12%) e ALTERAÇÃO NA PELE (12%). Três pacientes (12%) apresentaram queixas mal caracterizadas como desconforto ou incômodo na mama como mostra a Tabela 15.

Tabela 15 – Principal forma de apresentação clínica da doença nas pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

<b>Variável</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Q29 Primeiro sintoma</b>				
Nódulo	17	68.0	8	32.0
Dor	6	24.0	19	76.0
Secreção	3	12.0	22	88.0
Inchaço	1	4.0	24	96.0
Alteração na pele	3	12.0	22	88.0
Não tem queixas	-	-	25	100.0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quanto ao grau de extensão da doença somente 6 pacientes (24,0%) se apresentaram no estadio I (INICIAL), enquanto 18 (72,0%) chegaram à instituição em ESTADIOS AVANÇADOS.

Tabela 16 – Frequência bruta e relativa do estadiamento clínico das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

<b>Estadiamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estadio 0	-	-
Estadio I	6	24,0
Estadio IIA	8	32,0
Estadio IIB	3	12,0
Estadio IIIA	2	8,0
Estadio IIIB	5	20,0
Estadio IV	-	-
Sem informação	1	4,0

} 72,00%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Todas as pacientes referiram já ter ouvido falar sobre câncer de mama e na maior parte dos casos a informação foi transmitida pelos MEIOS DE COMUNICAÇÃO (N=11 / 44,0%)

Ao serem solicitadas a identificar possíveis sinais e sintomas relacionados à doença “câncer de mama”, 15 pacientes a associaram a presença de NÓDULO (60,0%). O sintoma DOR foi relacionado ao câncer de mama por 7 pacientes (28%). Demais manifestações como coceira, secreção, vermelhidão, retração na pele e inchaço não formam descritos como fazendo parte do quadro de câncer pela maioria das entrevistadas.

Sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, a maioria das pacientes não identificou fatores como IDADE AVANÇADA (88,0%), FATORES GENÉTICOS (88,0%), OBESIDADE (92,0%) ou TABAGISMO (84,0%) como relacionados a ocorrência da doença. Dentre as opções apresentadas como causas potenciais o TRAUMA foi a resposta mais frequente, surgindo em 8 entrevistas (32,0%), seguido do ESTRESSE EMOCIONAL presente em 7 respostas (28,0%).

Ao questionarmos sobre possíveis fatores protetores para o desenvolvimento do câncer de mama a maior parte das mulheres não vincula nenhuma das condições a esta possibilidade. Destacamos que para 10 pessoas (40,0%) a prática da ORAÇÃO pode ser um instrumento de prevenção da doença superando a adoção de uma ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (36,0%).

Vinte entrevistadas relataram já ter ouvido falar na mamografia (80,0%) sendo os profissionais de saúde as principais fontes de informação (36,0%) (TABELA 17).

As questões Q22, Q40 e Q42 trazem informações sobre o acesso das pacientes aos serviços de saúde.

No deslocamento até a consulta no Hospital 11 pacientes se utilizaram do transporte público (44,0%), 5 pacientes dispunham de meios próprios (20,0%), 5 pacientes informaram que dependem de transporte fornecido pelas prefeituras dos municípios nos quais residem (20,0%), 2 pacientes recorreram a carros de aluguel (8,0%) e 1 a carro de amigo ou parente (4,0%).

Tabela 17 – Variáveis relacionadas ao nível de conhecimento da doença das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	N	%
<b>Q34 – Já ouviu falar sobre câncer de mama</b>				
Meios de comunicação	11	44,0	14	56,0
Palestras	-	-	25	100,0
Amigas	3	12,0	22	88,0
Família	4	16,0	21	84,0
Profissional de Saúde	7	28,0	18	72,0
Não recebeu informação	-	-	25	100,0
<b>Q36 – Quais destes sintomas pode ser de câncer de mama</b>				
Dor	7	28,0	18	72,0
Nódulo	15	60,0	10	40,0
Coceira	1	4,0	24	96,0
Secreção	3	12,0	22	88,0
Vermelhidão	2	8,0	23	92,0
Retração de pele	2	8,0	23	92,0
Inchaço	2	8,0	23	92,0
Nenhum	3	12,0	22	88,0
<b>Q37 – Que fatores aumentam o risco de câncer de mama</b>				
Trauma (pancadas)	8	32,0	17	68,0
Idade avançada	3	12,0	22	88,0
Estresse emocional	7	28,0	18	72,0
Genética	3	12,0	22	88,0
Obesidade	2	8,0	23	92,0
Sol	2	8,0	23	92,0
Fumo	4	16,0	21	84,0
Nenhum	1	4,0	24	96,0
<b>Q38 – Que fatores protegem contra o câncer de mama</b>				
Amamentação	1	4,0	24	96,0
Boa higiene corporal	2	8,0	23	92,0
Exercício físico	1	4,0	24	96,0
Oração	10	40,0	15	60,0
Alimentação saudável	9	36,0	16	64,0
Nenhum	-	-	25	100,0
<b>Q39 – Ouviu falar de mamografia</b>				
<b>Caso positivo, onde?</b>				
Meios de comunicação	5	20,0	20	80,0
Palestras	-	-	54	100,0
Amigas	1	4,0	24	96,0
Família	-	-	54	100,0
Profissional de saúde	9	36,0	16	64,0
Não recebeu informação	-	-	25	100,0

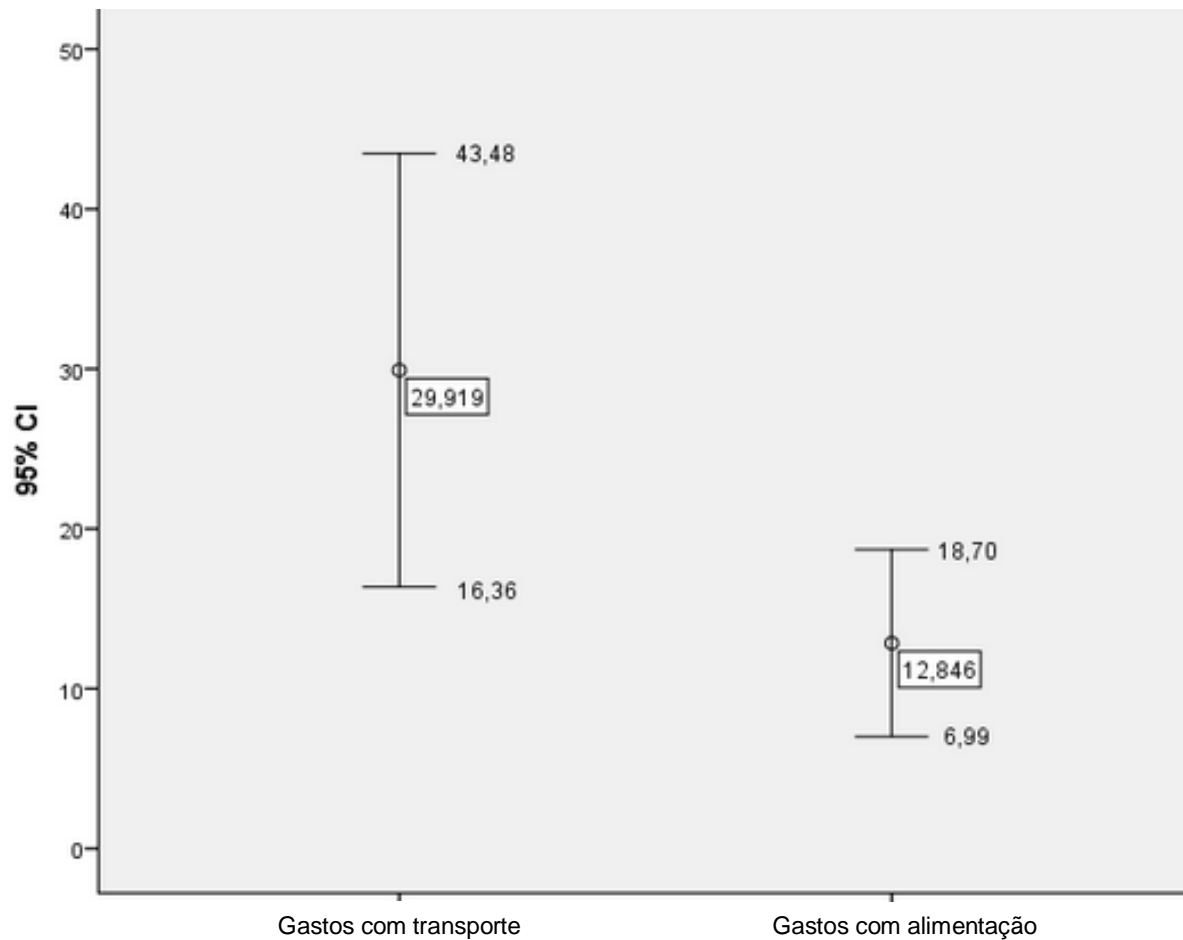
Fonte: Elaborado pelo próprio autor

O gasto médio envolvido com transporte e alimentação no dia da consulta no HCP foi calculado e embora haja uma diferença de 132,9% entre eles, os intervalos se



sobrepõem o que nos permite dizer que estes são semelhantes (GRÁFICO 1). Somados, temos que em média o gasto desembolsado pelas pacientes com transporte e alimentação para a primeira consulta foi de aproximadamente R\$ 43,00 o que corresponde a 6,91% do salário-mínimo vigente no período da pesquisa.

Gráfico 1 – Gastos com alimentação e transporte de pacientes com suspeita de câncer de mama que procuraram o HCP para diagnóstico ou tratamento no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Oitenta por cento das mulheres referiram ter realizado exame de mamografia (N=20) sendo que 15 delas o fizeram apenas em uma oportunidade (60,0%). Cinco pacientes nunca realizaram o exame o que representou 20,0% dos casos.

Quarenta por cento das pacientes precisaram apenas de uma consulta abordando sua queixa para ser encaminhada ao serviço especializado (N=10), 9 delas tiveram duas consultas (36,0%) e 6 necessitaram de 3 ou mais consultas (24,0%) (TABELA 18).

Tabela 18 – Variáveis relacionadas ao acesso de pacientes do sexo feminino com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

Variáveis	N	%
<b>Q22 – Transporte usado para ir para consulta</b>		
Próprio	5	20,0
De parente/amigo/conhecido	1	4,0
Transporte público	11	44,0
Carro de aluguel	2	8,0
Transporte fornecido pela prefeitura	5	20,0
Outro	1	4,0
<b>Q40 – Já realizou mamografia</b>		
Já realizou o exame uma vez	15	60,0
Realizou o exame mais de uma vez	5	20,0
Nunca realizou o exame	5	20,0
<b>Q42 – Desde o início da queixa, quantas vezes foi ao médico para conseguir uma avaliação</b>		
1 vez	10	40,0
2 vezes	9	36,0
3 ou mais vezes	6	24,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação a estruturação da rede de assistência e o estabelecimento dos fluxos de referência e contra referência vimos que 9 pacientes foram encaminhadas pelo MÉDICO DO POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (36,0%), mas 12 delas (48,0%) alcançaram o nível terciário do sistema através de MÉDICOS DO SERVIÇO PRIVADO (N=7 / 28,0%) ou por CONTA PRÓPRIA (N=5 / 20,0%) (TABELA 19).

Tabela 19 – Distribuição de frequência da variável relacionada ao fluxo de referência e contra referência

Variável	N	%
<b>Q41 – Quem encaminhou para o HCP</b>		
Enfermeira ou outro profissional de saúde	3	12,0
Médico do Posto de Saúde da Família	9	36,0
Médico do serviço privado	7	28,0
Outros	1	4,0
Veio por conta própria	5	20,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

As questões Q30, Q31 e Q32 são dados da anamnese que permitem inferências sobre o nível de auto percepção de saúde das mulheres entrevistadas.

Observamos que as pacientes em geral se apresentaram após longos intervalos de tempo depois do início dos sintomas. Nove delas (36,0%) levaram mais de 6 meses depois do início do quadro para chegar a consulta especializada e apenas uma paciente o fez em menos de 1 mês após início dos sintomas (4,0%).

Na maioria dos casos foi a própria paciente quem primeiro identificou a alteração na mama (N=24 / 96,0%). Dezesete delas PROCURARAM IMEDIATAMENTE O MÉDICO (68,0%), enquanto 7 (28,0%) PENSARAM QUE NÃO ERA NADA DE MAIS. Apenas 1 paciente relata ter tentado agendar consulta sem sucesso (4,0%) (TABELA 20).

Tabela 20 – Variáveis relacionadas à autopercepção de saúde de pacientes do sexo feminino que procuraram o HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013 para diagnóstico e tratamento de câncer de mama

Variável	N	%
<b>Q30 – Quando começou o problema</b>		
Há menos de 1 mês	1	4,0
Entre 1 a 3 meses	8	32,0
De 3 a 6 meses	7	28,0
Mais de 6 meses	9	36,0
} 64%		
<b>Q31 – Quem observou as primeiras alterações</b>		
A própria paciente	24	96,0
O companheiro	1	4,0
<b>Q32 – Quando sentiu os primeiros sintomas</b>		
Achou que não fosse nada demais	7	28,0
Procurou imediatamente o médico	17	68,0
Tentou marcar uma consulta, mas não conseguiu	1	4,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

De maneira geral as pacientes deveriam ser encaminhadas aos UNACONS/CACONS após obterem a confirmação histológica de neoplasia maligna, entretanto a minoria delas alcança os meios para elucidação diagnóstica antes de serem recebidas nos hospitais terciários. Em nosso estudo apenas 6 pacientes (24,0%) chegaram ao Hospital trazendo resultados positivos de biópsias.

Analisando o intervalo de tempo decorrido entre a matrícula no HCP e a definição do diagnóstico das demais pacientes, obtivemos que a maior parte destas recebeu o resultado das biópsias em menos de 30 dias (N=16 / 88,9%) com uma média de 17 dias. Em um caso não localizamos o registro da data do diagnóstico (TABELA 21).

Tabela 21 – Frequência bruta, relativa e acumulada do tempo diagnóstico de pacientes com suspeita de câncer de mama que procuraram o HCP para diagnóstico ou tratamento no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

<b>Tempo para Diagnóstico</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Menos de 30 dias	16	88,9	88,9
Entre 30 e 60 dias	2	11,1	100,0
Mais de 60 dias	0	0,0	100,0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Dezessete pacientes foram encaminhadas à cirurgia como modalidade terapêutica inicial (68,0%), 6 à quimioterapia (24,0%) e duas delas não haviam iniciado o tratamento ao término do prazo para encerramento do estudo (8,0%) (TABELA 22).

Tabela 22 – Frequência bruta e relativa da modalidade terapêutica indicada como tratamento inicial das pacientes com câncer de mama do HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

<b>Modalidade terapêutica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cirurgia	17	68,0
Quimioterapia	6	24,0
Não definida	2	8,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Finalmente verificamos o intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico firmado de câncer de mama e a instituição do tratamento. Houve um perda de 2 casos por falta de registro da data do diagnóstico, em um deles, e pelo tratamento ter sido realizado fora do HCP em outro.

Verificamos que mais da metade das pacientes concluiu sua jornada em busca do início do tratamento num prazo maior que 60 dias (N=13 / 56,6%). Apenas 5 pacientes conseguiram tratamento em menos de 30 dias (21,7%) e outras 5 num período entre 30 e 60 dias (21,7%) (TABELA 23).

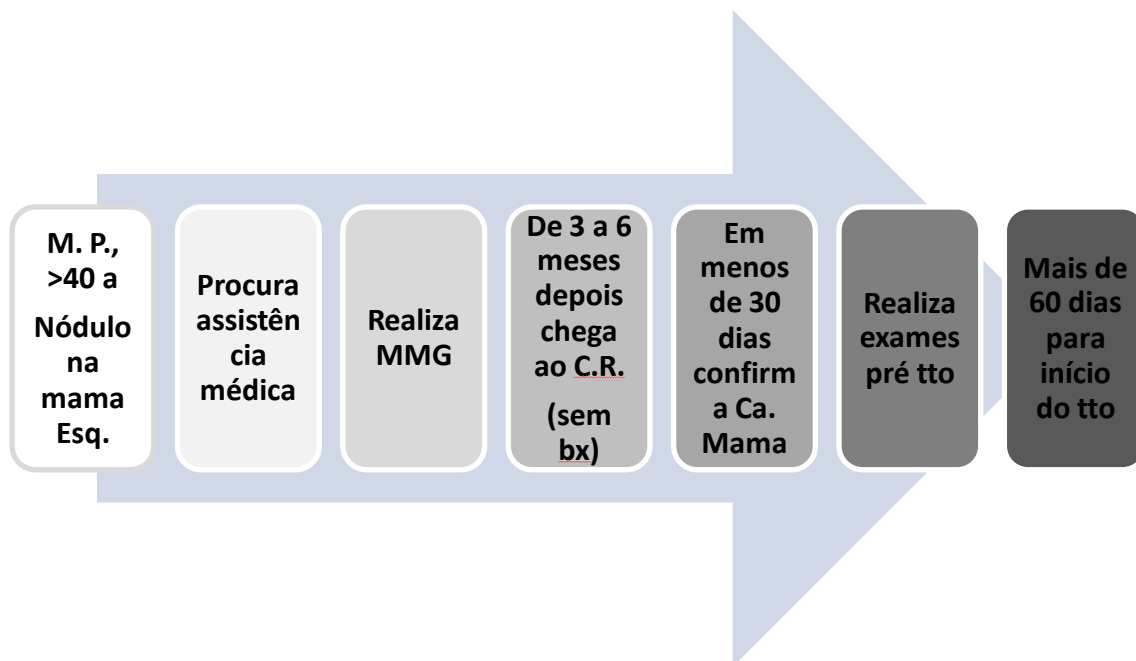
Tabela 23 – Frequência bruta, relativa e acumulada do tempo para tratamento de pacientes com câncer de mama no HCP no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013

<b>Tempo para Tratamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Menos de 30 dias	5	21,7	21,7
Entre 30 e 60 dias	5	21,7	43,4
Mais de 60 dias	13	56,6	100,0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

O gráfico 4 exibe uma linha temporal com a síntese da trajetória da paciente pernambucana usuária do SUS que identifica uma lesão suspeita na mama e busca atendimento para definição do seu diagnóstico e posterior tratamento.

Gráfico 4 – Percurso terapêutico da paciente com câncer de mama em Pernambuco



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Nota: C.R. – Centro de Referência

Bx – Biópsia

Tto – Tratamento

## 8 DISCUSSÃO

O aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo é um evento esperado que se manifesta em consonância com a maior presença dos seus fatores de risco na nossa sociedade. No Brasil em particular, ele simboliza o momento de supremacia das DCNT vivido no país ao lado do crescimento na incidência das doenças cardio vasculares. Contudo, nossa incapacidade em traduzir os avanços tecnológicos em redução de mortalidade, representa um desafio aos órgãos governamentais de controle e desperta inquietações sobre quais as suas reais causas.

Acompanhando essa tendência, evidenciamos o aumento na incidência de câncer de mama em Pernambuco, cuja taxa bruta passou de 34,69 por 100.000 mulheres, em 2003, para 46,35 por 100.000 mulheres em 2010, aumento de 33,61% (PERNAMBUCO, 2010 A). Este, entretanto, foi muito inferior ao documentado em nosso estudo (49,69%), diferença provavelmente justificada pelo aperfeiçoamento do processo de registro de dados pelo RHC do hospital e pelo aumento do número de leitos no período. Principal fator relacionado a ocorrência de câncer o aumento da expectativa de vida da população nos últimos anos vem contribuindo para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1997). Em Pernambuco, a pirâmide etária vem sofrendo importantes modificações compatíveis com a transição demográfica que atravessam tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, evidenciando o progressivo envelhecimento da população (PERNAMBUCO, 2010 B). A expectativa de vida ao nascer aumentou em nosso estado, especialmente nas mulheres e passou de 64,2 anos em 1991 para 71,9 anos em 2007 (PERNAMBUCO, 2010 B).

Em ambos os períodos estudados neste trabalho a maior incidência do câncer de mama se concentrou nas mulheres com mais de 40 anos, fato corroborado por outras pesquisas (CURADO, 2011; LEITE et al., 2012; PINHO; COUTINHO, 2005) e que pode ser atribuído aos efeitos dos programas de rastreamento no Brasil que tem esta população como alvo. Assim como Leite et al. (2012) e Pinho e Coutinho (2005), observamos que a maioria das pacientes está casada quando do diagnóstico da doença. A prevalência do tabagismo e do etilismo foi baixa em nosso estudo com 72,0% das mulheres informando nunca haver fumado e 48,0 nunca ter consumido

álcool. Em revisão sistemática Pinho e Coutinho (2005) encontraram uma ampla variação na presença do tabagismo entre mulheres com câncer de mama com percentuais entre 1,5% e 34,4%. Os dados sobre o consumo de álcool são mais escassos, entretanto Dias-da-Costa et al. (2007) em estudo de base populacional sobre desigualdades no exame clínico das mamas em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, relata que 94,2% das mulheres faziam uso de menos de 30 gramas de álcool por dia.

Comparando os dois momentos do estudo no que se refere ao grau de escolaridade, verificamos uma discreta evolução no nível educacional das pacientes entre os períodos com uma maior proporção de pacientes com primeiro grau completo. Essa tendência pode ser demonstrada pela variação proporcional negativa das pacientes sem nenhum ano de estudo entre 2004 e 2009 e reproduz o cenário estadual visto que Pernambuco reduziu em 42,3% a taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos entre 1992 e 2008 (PERNAMBUCO, 2010 B). O predomínio de mulheres pardas seguido de brancas, católicas e com renda familiar inferior a um SM por mês por pessoa completa o perfil das pacientes do nosso estudo e este se assemelha ao perfil brasileiro de usuários do SUS registrado no trabalho de Ribeiro et al. (2006) que tomou como base os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003.

O elevado grau de incompletude dos dados verificada em nossa pesquisa é uma realidade presente em muitos registros de câncer do país e reflete deficiências de funcionamento que envolve as dimensões *estrutura e processo* (NASCIMENTO, 2011).

Praticamente todas as entrevistadas tinham renda familiar inferior a 3 SM sendo que metade delas possuía renda familiar mensal inferior a 1 SM. Com famílias que na sua maioria eram formadas por mais de três indivíduos e gastos com a logística exigida para atender à consulta podendo chegar a 7% do SM, concluímos que o custo para a efetivação do tratamento pode ser uma importante barreira para as pacientes, configurando gastos catastróficos já que estes variam de 2% a 16% da renda familiar, dependendo da definição (BARROS; BASTOS; DÂMASO, 2011).

No presente estudo não foi possível verificar associações entre variáveis sociodemográficas e econômicas com a apresentação das pacientes em estádios



avançados da doença. Contudo, embora não existam dados definitivos sobre o assunto, diversos trabalhos evidenciam correlações significativas destas variáveis em relação à incidência, intervalos de tempo para o diagnóstico e tratamento e mortalidade. Mandelblatt et al. (1991) encontraram associação do diagnóstico tardio com idade avançada, raça negra, baixo nível educacional e usuárias de hospital público. Já Bradley, Given e Roberts (2001) verificaram que pacientes com menos de 65 anos eram mais propensas a se apresentarem em estádios avançados e que afro americanas tinham um maior risco de morrer por câncer de mama. O estudo de Merkin, Stevenson e Powe (2002) também confirma a relação entre raça e *status* socioeconômico inferior e estádios avançados da doença. Ressaltamos que existem evidências de que os fatores socioeconômicos, isoladamente, não são suficientes para explicar os efeitos dramáticos das diferenças raciais no câncer de mama (LANNIN et al, 1998).

Assim como evidenciado em outros estudos (RESENDE, 2009; SILVA, 2011; THULER; MENDONÇA, 2005), as pacientes deste trabalho também foram diagnosticadas na fase sintomática da doença, a maioria delas denunciando a presença de nódulo na mama. Em nossa pesquisa 72,0% das pacientes se apresentaram em estádios avançados, valor semelhante ao observado por Silva (2011) que encontrou 67,7% de casos em estágio II,III ou IV. Thuler e Mendonça (2005) referem índices menores, mas ainda assim elevados em torno de 43,5%.

Apesar das mulheres entrevistadas terem sido unânimes em afirmar que receberam informações sobre o câncer de mama e os meios de detecção precoce, em especial a mamografia, estas parecem ter sido insuficientes para modificar hábitos e comportamentos. A presença do nódulo palpável foi associada ao diagnóstico de neoplasia, porém retrações na pele ou a descarga papilar não foram identificadas como potenciais consequências do câncer de mama. Os fatores de risco e os fatores protetores também não foram corretamente apontados pelas participantes da pesquisa. Estas observações são reproduzidas em outros artigos da literatura. Batiston et al. (2011) constataram um nível de conhecimento reduzido acerca dos fatores de risco estabelecidos e modificáveis e da adoção de práticas preventivas. Em nossa pesquisa 80% das mulheres informou já ter realizado a mamografia pelo menos uma vez, porém Santos e Chubaci (2011) encontraram um grande número de mulheres idosas que nunca haviam realizado a mamografia e enfatizam que esta

precisa ser melhor esclarecida quanto aos seus objetivos e recomendações. Quarenta e dois por cento das pacientes no estudo de Gonçalves et al. (2009) informaram nunca ter recebido orientação sobre o câncer de mama. Em todas as pesquisas citadas anteriormente a principal fonte de informações para as pacientes foram os meios de comunicação. Poucas referiram ter recebido orientação através de profissional de saúde (BATISTON et al., 2011; GONÇALVES et al., 2009; SANTOS; CHUBACI, 2011).

O transporte até a consulta representa uma questão importante na logística das pacientes que buscam obter tratamento num centro especializado. A maioria delas não dispõe de veículo próprio dependendo de transporte público, fornecido por prefeituras, de amigos ou parentes. Oliveira et al. (2011) destacam que o acesso geográfico ao serviço de saúde interfere na precocidade do diagnóstico, portanto a distância percorrida pelo paciente deve ser considerada no tratamento, já que este exige repetidas visitas para atendimento. Neste mesmo estudo vemos um grave perfil de concentração da assistência oncológica em algumas cidades, entre elas Recife, cuja rede abrange mais de 100 municípios, impondo extensos deslocamentos a uma parcela considerável da população (OLIVEIRA et al., 2011). No caso de Pernambuco esta situação é agravada pela conformação geográfica do estado que apresenta uma distribuição alongada com um eixo transversal de aproximadamente 800 quilômetros entre Afrânio, seu município mais ocidental e Recife, a capital pernambucana no extremo oriente, onde se localizam 6 dos 9 UNACONS da região.

O atraso no diagnóstico tem início muitas vezes no retardo da procura por assistência. Demonstramos que grande parte das pacientes apresentavam as queixas há pelo menos três meses (64,0%), apesar de a maioria ter relatado procurar assistência médica imediatamente e de terem sido elas mesmas a identificar o problema o que sugere um bom nível de auto percepção de saúde. Montella et al. (2001), Richards et al. (1999) e Ramirez et al. (1999) descreveram que retardos de três a seis meses estiveram associados a uma pior sobrevivência das pacientes. No artigo de Caplan et al. (1996) vimos que apenas 25% dos casos de atraso puderam ser atribuídos às pacientes e em torno de 45% deste o mesmo fora ocasionado pelos provedores..

Considerando que a confirmação diagnóstica de câncer envolve a coleta de amostra tecidual, preparação de lâminas e análise histológica o tempo médio de 17 dias para a emissão dos laudos foi considerada adequada e não compromete a instituição da terapêutica em tempo oportuno. Apenas duas pacientes tiveram um tempo prolongado para o estabelecimento do diagnóstico (mais de 30 dias). Rezende et al. (2009) descreve em seu estudo um tempo mediano de 6,5 meses entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica. Registramos que não consideramos aqui o tempo necessário para a realização do perfil imunohistoquímico, fundamental para a melhor decisão terapêutica. O fato da maioria das pacientes terem sido encaminhadas inicialmente para o tratamento cirúrgico condiz com o perfil esperado, já que como ressalta Oliveira et al. (2011) a cirurgia representa a primeira etapa do tratamento e está associadas aos estadios menores da doença.

No que tange ao tempo para início do tratamento e à luz da nova legislação, a chamada “Lei dos 60 dias”, verificamos que a maioria dos casos não se adequaria ao prazo preconizado. Em 56,6% dos casos haveria infração da legislação o que poderia implicar em protestos judiciais por parte das pacientes contra a instituição (ENTRA..., 2013). Gebrim e Quadros (2006) indicam que o tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento pode superar os 120 dias e que muitas vezes este prazo é afetado pelo excesso de exames solicitados pelo médico. O estudo do Tribunal de Contas da União (2011) mostra que a o tempo médio para início dos tratamentos no país fora de 46,6 dias (BRASIL, 2011). No Canadá a norma preconiza que ao menos 75% dos tratamentos tenha início em 28 dias enquanto no Reino Unido 99% das pacientes recebem seu tratamento em 30 dias (BRASIL, 2011). Caso adotássemos a norma estrangeira apenas 21,7% das nossas pacientes teriam alcançado tratamento em tempo oportuno.

Cabe ressaltar que o conceito de que o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira consulta revela um atraso atribuído a paciente, e que o intervalo entre a consulta e o início do tratamento está associado a um atraso relacionado ao provedor de saúde, esconde diversas interações sociais entre o paciente e o serviço que não podem ser claramente dimensionadas.

Compilando os resultados obtivemos que em média as pacientes com câncer de mama, usuárias do SUS em Pernambuco levaram em torno de 9 meses para

percorrer o itinerário entre o início dos sintomas e o efetivo início da terapêutica, tempo este suficiente para que as mesmas assistam a progressão de sua doença e comprometam os resultados de seu tratamento.

## 9 CONCLUSÕES

O aumento da incidência do câncer de mama é um fenômeno mundial e os dados locais corroboram esta tendência.

A fragilidade do RHC, devido ao elevado grau de incompletude das informações, restringe o alcance das pesquisas que utilizam esta fonte como base de dados. O fato de esta ser a fonte oficial de informações dos órgãos governamentais alerta para o risco elevado de produzirmos políticas de saúde equivocadas ou insuficientes.

O perfil sociodemográfico das pacientes com câncer de mama, admitidas no HCP entre outubro 2012 e janeiro de 2013, se assemelha aos descritos na literatura acadêmica. Entretanto, ao analisarmos apenas uma instituição nos deparamos com uma população homogênea que não foi capaz de representar com fidelidade o nosso gradiente social, fato este que provavelmente ocasionou nossa dificuldade em evidenciar as associações entre o *status* sociodemográfico e econômico e os desfechos de saúde.

As ações de controle do câncer de mama, focadas na detecção precoce não tem atingido seus objetivos visto que a maioria das pacientes relata ter tido contato com o material das campanhas, mas revela não ter internalizado os seus conceitos. O desconhecimento da doença desponta, desta forma, como um dos principais fatores relacionados com o retardo na apresentação das pacientes.

Apesar das complexas questões conceituais envolvidas, observamos atraso em três níveis no percurso terapêutico das pacientes estudadas. Atrasos relacionados ao indivíduo foram demonstrados através dos longos intervalos do início dos sintomas e sinalizam um baixo nível de auto percepção de saúde, mas também barreiras de acesso e ineficácia das estratégias de rastreamento, já que a maioria das pacientes afetadas faz parte da população supostamente coberta pelo programa. Atrasos relacionados aos profissionais de saúde, notadamente da atenção básica, ordenadores do Sistema, visto que grande parcela da população inicia sua busca por tratamento pelos Centros de Referência ou recorre ao atendimento privado. Estes também não foram identificados como a principal fonte de informação sobre as ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce, assumindo seu

posto os meios de comunicação. Atrasos relacionados ao provedor de saúde podem ser verificados na desestruturação da rede de assistência insuficiente e concentrada o que promove a sobrecarga dos centros especializados e favorece situações indesejáveis como a seleção adversa em favor dos casos de melhor prognóstico.

A resolutividade do HCP na obtenção do diagnóstico das pacientes com lesões mamárias suspeitas atende a critérios razoáveis de tempo, porém o início do tratamento foi instituído com atraso na maioria dos casos com base na legislação vigente no país.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário rediscutir a estruturação dos RHCs instituindo medidas que garantam sua sustentabilidade de recursos humanos, logística e financeira. Esta deve incluir uma reforma do modelo de monitoramento com foco na qualidade da informação.

As ações educativas sobre o câncer precisam reavaliar sua efetividade e envolver medidas específicas para os profissionais de saúde. A atenção primária necessita de treinamento, de diretrizes formais, precisa promover o acesso rápido para o primeiro atendimento e deve contar com uma rede de referência bem estabelecida.

As estratégias de rastreamento devem antes contar com uma robusta estrutura de retaguarda de média e alta complexidade para promover a efetiva resolução dos casos sob o risco de ocasionar um acúmulo de pacientes nos Centros de Referência.

É necessário priorizar as pacientes com nódulo palpável para que as mesmas não “concorram” com as pacientes assintomáticas advindas do rastreamento.

A criação da figura do “*Navegador*”, profissional ligado a atenção primária que seria responsável por estabelecer o fluxo das pacientes, agilizando processos e minimizando os problemas com agendamentos, tem sido apontada como uma boa alternativa pela literatura.

A fim de avaliar a qualidade da assistência prestada precisaríamos criar indicadores de tempestividade e realizar estudos de sobrevida, hoje prejudicados pela falta de seguimento dos pacientes pelos RHCs.

O desenvolvimento de novas estratégias efetivas para diminuir o retardo no início do tratamento, requer uma ampla compreensão dos fatores associados a este atraso. Desta forma e diante da escassez de estudos sobre o tema no Brasil são necessárias mais pesquisas para que possamos adequar as ações de combate à realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN S. Fatores prognósticos no câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 48 n. 1. p. 113-131, 2002.

ANTUNES, R. C. P.; PERDICARIS A. A. M. Prevenção do câncer. 1. ed. Barueri: Manole, 2010.

AS RAÍZES do mal. Scientific American, São Paulo, n. 3, p. 26-34, jan. 2004.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Projeto Diretrizes: Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Brasília, 2001.

BARATA R. B. Epidemiologia social. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo v. 1, n.8, p. 7-17, fev. 2005.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACÊDO, J. L. S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. Femina, São Paulo, v. 40, n. 1, p.31-36, jan. 2012.

BARROS, A. J. D.; BASTOS, J. L.; DÂMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.254-262, jan. 2011.

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 2, n. 11, p.163-171, jun. 2011.

BERGAMASCO, R. B. Importância da atuação do psicólogo no tratamento das mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p.277-282, jun. 2001.

BIFULCO, V. A.; FERNANDES JÚNIOR, H J; BARBOZA, A. B. Câncer: Uma visão multiprofissional. 1. ed. Barueri: Minha Editora, 2010.



BODSTEIN, R. C. A. et al. História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: PEC,ENSP, 1987.

BRADLEY, C. J.; GIVEN, C. W.; ROBERTS, C. Disparities in cancer diagnosis. Cancer, Michigan, v. 91, n. 1, p.178-188, jan. 2001.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/habpe.def>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877)>. Acesso em: 5 abr. 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. Relatório de Auditoria Operacional: Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 2011.

BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BUSS, P. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: Comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005 – 2008, set. 2006.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: Considerações a respeito de questões do feminino. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 33, n. 3, p.124-133, mar. 2006.

CAPLAN L. S. et al. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Preventive medicine, Atlanta, n. 25, p. 218-224, jan. 1996.

CARVALHO, V. D. de. Nó no peito: Ressignificação da linguagem na relação multiprofissional da saúde. São Paulo: Desatino, 2012.

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA (Brasil). Relatório final do seminário nacional de epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, v. 4. p.21 – 32, 1993.

CESSE, E. A. P. Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

COLLINS, F. S.; BAKER, A. D. Mapa do genoma do câncer. Scientific American, Bethesda, n. 30, p.22-29, 10 jan. 2008. Número especial.

COMPORTAMENTOS de risco. Scientific American. São Paulo, n. 3, P. 35-38, jan. 2004.

CURADO, M. P. Breast cancer in the world: Incidence and mortality. Salud Pública de México, Lyon, v. 53, n. 5, p.372-384, 27 set. 2011.

DIAGRAMA de causa e efeito de ishikawa (espinha de peixe). Disponível em: <<http://www.portaladm.adm.br/fg/fg11.htm>>. Acesso em: 31 maio. 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico das mamas em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1603-1612, 1 jul. 2007.

ENCONTRO NACIONAL DOS REGISTROS DE CÂNCER, 2012, Rio de Janeiro. RHC Pernambuco. Rio de Janeiro: INCa, 2012.

ENTRA em vigor lei dos 60 dias para tratamento do câncer. Brasília, 23 maio 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10953/162/entra-em-vigor-lei-dos-60-dias-para-tratamento-do-cancer.html>>. Acesso em: 25 maio 2013.

FREESE, E. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. 1. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO SÃO PAULO. Registro de Câncer no Brasil e sua história. São Paulo: Tomgraf, 2005.

GEBRIM L. H.; QUADROS L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.28, n. 6, p. 319-323, jun. 2006.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: Conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.362-367, set. 2009.

HOFRICHTER, R. The politics of health inequities. In: \_\_\_\_\_. Health and social justice: politics, ideology, and inequity in the distribution of disease. 1. ed. São Francisco: Jossey-Bass & Sons, 2003. p. 12-14.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo07.action>>. Acesso em: 2 jul. 2013 a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Controle do câncer de mama: Documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004 a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: 2004 b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, Coordenação de Programas de Controle de Câncer – Pró-Onco. Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: Pró-Onco, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Informações do Registro Hospitalar de Câncer. Tabulador Hospitalar: Base estado de PE. Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/tabnet?rhchos/PE/rhc>>. Acesso em: 6 jun. 2013 b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Lançadas recomendações para tratamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 16 nov. 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/lançadas\\_recomendacoes\\_para\\_tratamento\\_do\\_cancer\\_de\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/lançadas_recomendacoes_para_tratamento_do_cancer_de_mama)>. Acesso em: 20 mai. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. O problema do câncer no Brasil. 4. ed. Rio de Janeiro, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: CEDC, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. TNM: Classificação dos tumores malignos. 6. ed. Rio de Janeiro, 2004 C.

INSTITUTO ONCOGUIA (São Paulo). Diagnóstico. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/diagnostico/84/1/>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (França). Breast Cancer: Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

KANAVOS, P. The rising burden of cancer in the developing world. Annals Of Oncology, Londres, v. 17, n. 8, p.15-23, 1 jun. 2006.

KAPLAN, G. A. The role of epidemiologists in eradicability of poverty. The Lancet, v. 352, p. 1627-1628, nov. 1998.

KESSNER, D. M. Assessing health quality – the case for tracers. New England Journal of Medicine, Londres, n. 288, p.189-194, 25 jan. 1973.

KIM, D. D. et al. Saber é prevenir: Uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p.1377-1381, 11 jun. 2010.

KOIFMAN, S. Incidência de câncer no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80, 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 143-173.

KRIEGER N. A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology Community Health, Boston, n. 55, p. 693–700, 2001.

LANNIN, D. R. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. JAMA, Chicago, v. 279, n. 22, p.1801-1807, 10 jun. 1998.

LANTZ, P. M. et al. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. American Journal of Public Health, New York, v. 96, n. 12, p. 2173 – 2178. dez. 2006

LEITE, F M C et al. Diagnóstico do câncer de mama: Perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 342-347, 14 mar. 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. Tipos de estudo epidemiológico: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201, 1 dez. 2003.

MALIK, M.; SCHIESARI, L. M. C. Manual do programa de gestão da qualidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/pdf/07\\_01.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/pdf/07_01.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2012.

MANDELBLATT, J. et al. Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: The impact of age, race, social class and hospital type. American Journal of Public Health, New York, v. 81, n. 5, p. 646 – 649, maio 1991.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. Social determinants of health. 2. ed. Oxford: University Press, 2006.

MATHERS, C.D.; LONCARD, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Public Library of Science Medicine, Cambridge, v. 3, c. 11, p. 2011 - 2030, nov. 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010.

MERKIN S. S.; STEVENSON L.; POWE N. Geographic socioeconomic status, race and advanced stage breast cancer in New York City. American journal of Public Health, New York, v. 92, n. 1, p. 64 – 70, jan. 2002.

MONTELLA M. et al. Determinant factors for delay in operable breast cancer patients. European Journal of Cancer Prevention. Londres, v. 10, p. 53-59, 2001.

MORAES, A. B. et al. Estudo de sobrevivência com pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.2219-2228, mar. 2006.

MORI, L. Mutação e Câncer. Ciência Hoje: Biologia Molecular, São Paulo, v. 30, n. 180, p.32, mar. 2002.

MUKHERJEE, S. O imperador de todos os males. Uma biografia do câncer. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NASCIMENTO L. R. Análise do funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer, em três cidades do nordeste brasileiro. Recife: Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

OLIVEIRA, E. X. G. 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, fev, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cancer. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cancer. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/cancer/en/>>. Acesso em: 16 maio 2013 a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cancer. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em: 16 maio 2013 b.

PEREIRA, M. S. L. C. et al. Evolução da mortalidade e dos anos potenciais e produtivos de vida perdidos por câncer de mama em mulheres no Rio Grande do Norte, entre 1988 e 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p.161-172, abr. 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. O câncer de mama no estado de Pernambuco: série doenças crônicas não transmissíveis. Recife, 2010 a.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de Pernambuco. Recife, 2010 b.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. Neoplasias: O cenário em Pernambuco. Recife, 2012.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.351-360, set. 2005.

QUADROS, A. C. O. Câncer de mama: A cura pode estar em você. Brasília: Thesaurus, 2005.

RAMIREZ A. J. et al. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. The Lancet, Londres, v. 353, p. 1127-1131, abr. 1999.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Brasil). Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2008 - IDB. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#recur>>. Acesso em: 21 maio 2012.

RESENDE, 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, fev. 2009.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.1011-1022, 10 maio 2006.

RICHARDS, M. A. et al., Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. The Lancet. Londres, v. 353, p. 1119 – 1126, abr. 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO N. Epidemiologia & saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. IV.

SANTOS, G D; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p.2533-2540, maio 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.897-908, 25 set. 2001.

SEFFRIN, J. R. Cancer control as a human right. The Lancet: Oncology, Londres, v. 9, n. 5, p.409-411, maio 2008.

SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DO CÂNCER OCUPACIONAL E AMBIENTAL, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: INCa, 2005.



SEN, A.; KLIKSBERG, B. As pessoas em primeiro lugar: a ética do mundo globalizado. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, A. Desigualdade reexaminada. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SINGH, G. K. et al. Persistent area socioeconomic disparities in U.S. incidence of cervical cancer, mortality, stage and survival, 1975 – 2000. Cancer, Bethesda, v. 101, n. 5, p. 1051 – 1057, 26 jul. 2004.

SILVA, A. B. A. Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama: o caso das mulheres residentes no distrito sanitário III, Recife, PE. 2011. Monografia (Residência multiprofissional em saúde coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SONTAG, S. A doença como metáfora. 6. ed. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1984.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health. Baltimore, v. 10, n. 15, p. 1 – 3, abr. 2011.

STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseada em evidências. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p.438-446, out. 2009.

TAVARES, J. S. C. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.426-435, abr. 2005.

THULER, L. C.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656 – 660, out. 2005.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento das mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p.55-63, 16 fev. 2004.

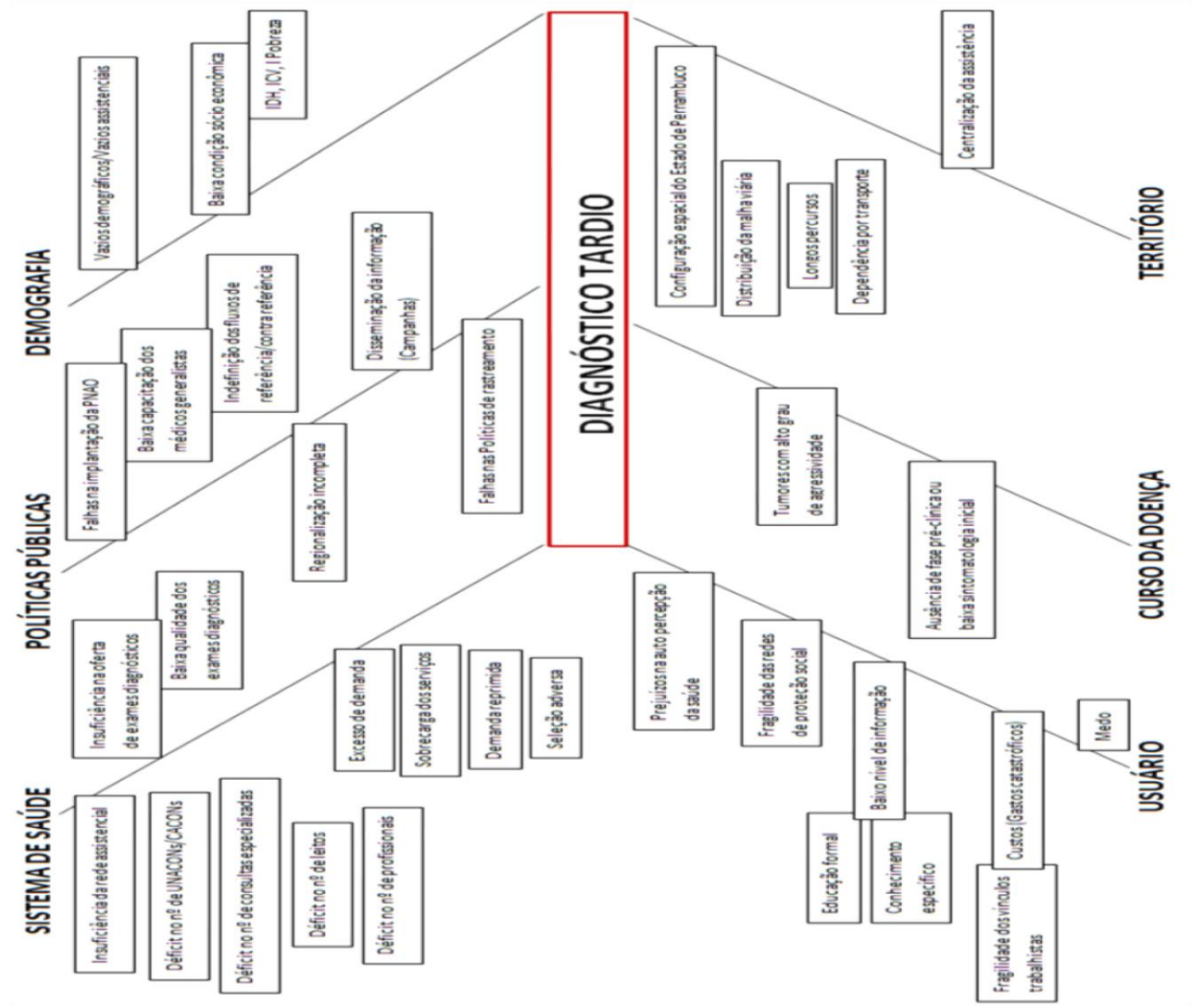
WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. 2. ed. Copenhagen: WHO Publications, 2006.

WILKINSON R. G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. 1. ed. Londres: Routledge, 1996.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.427-450, 10 ago. 2008.

APÊNDICE A – DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO

Apêndice A - Diagrama de Ishikawa elaborado para investigação dos aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico em pacientes com câncer de mama do Hospital de Câncer de Pernambuco



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHAES - FIOCRUZ HOSPITAL DE CANCER DE PERNAMBUCO

Convidamos a Sra. para participar da Pesquisa **CANCER DE MAMA NO HOSPITAL DE CANCER DE PERNAMBUCO: ASPECTOS RELACIONADOS AO DIAGNOSTICO TARDIO**, sob responsabilidade do pesquisador Christiano Paiva, a qual pretende associar o perfil sócio-demográfico das pacientes com câncer de mama do Hospital de Câncer de Pernambuco com os aspectos relacionados ao diagnóstico tardio.

Sua participação é voluntária e se dará por meio das respostas a um breve questionário que lhe será aplicado por um dos integrantes da equipe de pesquisa.

Se depois de consentir em sua participação a Sra. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Caso a Sra. aceite participar estará contribuindo para ampliação dos conhecimentos na área do combate ao câncer.

Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. Cruz Cabugá, 1597 Santo Amaro, Recife - PE Depto. De Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pelo telefone (81) 9272.6710, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco, na Av. Cruz Cabugá, 1597 Santo Amaro, Recife - PE, telefone (81) 3217.8197.

Consentimento pós-informação.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando eu quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante ou testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PESQUISA



\_\_\_\_\_  
Nº da entrevista

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

### FORMULÁRIO DE PESQUISA

#### Identificação

1. Numero cronologico da entrevistada: |\_|\_|\_|
2. Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Data de nascimento: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
4. Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Local de nascimento: \_\_\_\_\_
6. Endereço:  
Rua / Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
7. Ocupação: \_\_\_\_\_
8. Contato: *A senhora (Sra.) poderia nos indicar o nome e o telefone de alguma pessoa de referencia, caso haja a necessidade de entrar em contato com a senhora novamente?*  
Nome do contato: \_\_\_\_\_  
Telefone do contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



|\_|\_|\_|  
Nº da entrevista

|\_|\_|  
Entrevistador

9. Data da entrevista: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

#### Dados Gerais

9. Registro: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

10. Idade: |\_|\_| anos

11. Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Indígena

Amarela

Outra \_\_\_\_\_

12. Estado civil:

Casada

Solteira

Divorciada

Viuva

Outro \_\_\_\_\_

13. Ocupação: \_\_\_\_\_

#### Características Demográficas/Sócio econômicas

14. Grau de instrução

Analfabeta

Primeiro Grau Incompleto

Primeiro Grau Completo

Segundo Grau Incompleto

Segundo Grau Completo

Técnico

Superior Incompleto

Superior Completo

Pós Graduação

15. Religião

Católica

Evangélica



\_\_\_\_\_  
 Nº da entrevista Entrevistador

- Espírita  
 Sem religião

16. Em média sua família ganha por mês...

- Menos de R\$622 (1 salário mínimo/ SM<sup>12</sup>)  
 Entre R\$622 e R\$1866 (1 a 3 SM)  
 Mais de R\$1.866 (+3 SM)  
 Não sei

<sup>12</sup>Salário mínimo vigente em outubro de 2012 - R\$622,00

17. Recebe Bolsa Família?

- Sim  
 Não

18. Neste momento a Sra. esta:

Ler as opções e marcar a principal

- Desempregada  
 Fazendo biscoites  
 Empregada sem carteira assinada  
 Empregada com carteira assinada  
 Trabalhadora autônoma  
 Dona do próprio negócio  
 Pensionista  
 Aposentada  
 Dona de casa  
 Estudante

19. Tem filho(s)? Quantos?

- Sim    filhos  
 Não

20. Amamentou o(s) filho(s)?

- Sim  
 Não

21. Quantas pessoas moram na sua casa?

- pessoas

22. Qual o transporte usado para vir a esta consulta?

- Próprio  
 De parente/amigo/conhecido  
 Transporte público  
 Carro de aluguel



|\_|\_|\_|

Nº da entrevista

|\_|\_|

Entrevistador

 Transporte fornecido pela prefeitura Outros \_\_\_\_\_

23. (Caso utilize transporte da prefeitura) Quantos dias levam para marcar o lugar no carro?

|\_|\_| dias

24. Precisa de acompanhante para vir a consulta?

 Sim Não

25. Quanto a Sra. gasta com transporte para vir ao Hospital?

R\$ |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

 Não sei

26. Quanto a Sra. gasta com alimentação para vir ao Hospital?

R\$ |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

 Não sei

#### Hábitos de vida

27. A Sra. fuma atualmente ou já fumou?

 Sim, fumo atualmente Fumei no passado mas parei Nunca fumei

28. A Sra. consome algum tipo de bebida alcoólica?

 Sim, ao menos uma vez por semana Sim, menos que uma vez por semana Não, nunca consumi Não, parei de consumir

#### Informações sobre a doença

29. Qual foi seu primeiro sintoma?

 Nódulo Dor Secreção Inchaço Alteração na pele






Nº da entrevista

Entrevistador

 Não tenho queixas

 Outros \_\_\_\_\_

30. Quando começou este problema?

 Há menos de 1 mes

 Entre 1 e 3 meses

 De 3 a 6 meses

 Mais de 6 meses

31. Quem observou primeiro estas alterações?

 A senhora

 O médico

 O companheiro

 Um familiar

 Outro \_\_\_\_\_

32. Quando a Sra. sentiu os primeiros sintomas...

 Procurou imediatamente o médico

 Tentou marcar uma consulta, mas não conseguiu

 Achou que não fosse nada demais

 Preocupou-se, mas tem outros problemas de saúde que considera mais importante

 Teve medo de saber o que tinha

 Pensou que pudesse ser câncer

 Outros \_\_\_\_\_
33. Quando foi sua primeira consulta para tratar deste problema?  /  / 

34. Já ouviu falar sobre câncer de mama?

 Sim

 Não

Caso SIM, onde?

 Meios de comunicação

 Palestra

 Amigas

 Família

 Profissional de saúde

 Não recebeu informação

35. Tem algum caso de câncer de mama na família?



\_\_\_\_\_  
Nº da entrevista

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

- Sim  
 Não

Caso SIM, qual o grau de parentesco:

- Mãe  
 Avó  
 Tia  
 Prima  
 Sobrinha  
 Filha

36. Conhece algum sintoma do cancer de mama?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
37. Conhece algum fator de risco para o cancer de mama?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
38. Conhece algum exame para detectar o cancer de mama?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
39. Já ouviu falar sobre mamografia?  
 Sim  
 Não  
Caso SIM, onde?  
 Meios de comunicação  
 Palestra  
 Amigas  
 Família  
 Profissional de saúde  
 Não recebeu informação
40. Em relação a mamografia...  
 Já realizou o exame uma vez  
 Realizou o exame mais de uma vez  
 Nunca realizou o exame  
Por qual motivo?  
 Nunca teve recomendação médica  
 Não teve sintomas  
 Não acha que terá a doença



|\_|\_|\_|

Nº da entrevista

|\_|\_|

Entrevistador

- Medo  
 Acha que o exame dói  
 Outros \_\_\_\_\_

41. Quem lhe encaminhou para o Hospital de Câncer?

- Médico do Posto de Saúde da Família  
 Médico da emergência  
 Médico de serviço privado  
 Enfermeira ou outro profissional de saúde  
 Veio por conta própria  
 Outros \_\_\_\_\_

42. Foi quantas vezes ao serviço de saúde para conseguir esta avaliação?

|\_|\_| vezes

43. Quanto tempo levou para marcar esta consulta?

|\_|\_| dias

44. Faltou a alguma consulta agendada?

- Sim  
 Não

Caso SIM, por que motivo?

- Muito ocupada  
 Falta de dinheiro para ir à consulta  
 Não pode faltar no trabalho  
 Familiar doente  
 Não tinha como deixar o(s) filho(s)  
 Não tinha transporte  
 Outro

## APÊNDICE D - INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO MÉDICO



|\_|\_|\_|

Nº da entrevista

|\_|\_|

Entrevistador

### INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO MÉDICO

9. Data da primeira consulta: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

10. Local: \_\_\_\_\_

11. Data da matrícula no HCP: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

12. Presença de nódulo palpável?

Sim

Não

13. Estadiamento clínico TNM: T |\_| N |\_|\_| M |\_|

Estadio |\_|\_|

14. Realizou mamografia?

Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Particular

Não

15. Realizou ultrassonografia?

Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Particular

Não

16. Realizou CORE?

Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Particular

Não

17. Há confirmação de câncer?

Sim Qual a histologia: \_\_\_\_\_

Não

18. Realizou IHQ?

Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|



|\_|\_|\_|

Nº da entrevista

|\_|\_|

Entrevistador

 Particular Não

19. Data da consulta no mastologista: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Conduta: \_\_\_\_\_

20. Data da consulta no oncologista: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Conduta: \_\_\_\_\_

21. Realizou exames pre operatorios?

 Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

 Particular Não

22. Realizou parecer cardiologico?

 Sim

Data da realização: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data do laudo: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

 Particular Não

23. Inicio do tratamento: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

24. Modalidade terapêutica: \_\_\_\_\_

**ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR**



**HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO**  
 Av. Cruz Cabugá, 1597 - Recife - PE  
 Santo Amaro - Fone / Fax: (81) 3217. 8000

**FICHA DE REGISTRO DE TUMOR**

**CASO ANALÍTICO**

1. SIM  2. NÃO

01. N° DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

02. N° DE REGISTRO NO RHC

03. NOME

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

04. SEXO  
 1. Masculino  2. Feminino  3. ignorado

08. RAÇA /COR  
 1. Branco  4. Pardo  
 2. Preta  5. Indígena  
 3. Amarela  9. Sem Informação

11. PROCEDÊNCIA

05. IDADE

12. CLÍNICA DE ENTRADA

06. DATA DE NASCIMENTO

09. GRAU DE INSTRUÇÃO  
 1. Analfabeto  4. 2° Compl.  
 2. 1° Grau Incomp.  3. Nível Superior  
 2. 1° Grau Compl.  9. Sem Informação

13. CLÍNICA DO 1° ATENDIMENTO

07. LOCAL DE NASCIMENTO

10. OCUPAÇÃO

14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL  
 CPF / CARTÃO DO SUS

**INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA TRATAMENTO ÓBITO E REGISTRO HOSPITALAR**

15. DATA DA 1° CONSULTA

23. TNM

29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1° TRATAMENTO NO HOSPITAL

16. DATA DO DIAGNÓSTICO

24. PTNM

- 1. Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
- 2. Remissão Parcial
- 3. Doença Estável
- 4. Doença em Progressão
- 5. Fora de Possibilidade Terpêntica
- 6. Óbito
- 8. Não se aplica
- 9. Sem informação

17. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES
- 1. Sem Diag. / Sem Trat.
  - 2. Com Diag. / Sem Trat.
  - 3. Com Diag. / Com Trat.
  - 4. Outros
  - 9. Sem Informação

25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA

18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO
- 1. Exame Clínico e / ou Patologia Clínica
  - 2. Exames por Imagem
  - 3. Endoscopia
  - 4. Cirurgia Exploradora / Necrópsia
  - 5. Citologia ou Hematologia
  - 6. Histologia da Metástase
  - 7. Histologia de Tumor primário
  - 9. Sem Informação

26. DATA DE INÍCIO DO 1° TRATAMENTO NO HOSPITAL

27. PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1° 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. Outros
  - 8. Não se aplica
  - 9. Sem Informações

30. DATA DO ÓBITO

19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE

20. TIPO HISTOLÓGICO

32. CAUSA BÁSICA DA MORTE

21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO
- 1. Não  2. Sim  3. Duvidoso

33. SEGUIMENTO
- 1. Sim
  - 2. Não

22. (a) ESTADIAMENTO

34. CÓDIGO DO REGISTRADOR

22. (b) OUTRO ESTADIAMENTO  
 (para < 18 anos)

28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL
- 1. Nenhum
  - 2. Cirurgia
  - 3. Radioterapia
  - 4. Quimioterapia
  - 5. Hormonioterapia
  - 6. Transplante de Médula Óssea
  - 7. Imunoterapia
  - 8. Outros
  - 9. Sem Informação

35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA



HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO  
Av. Cruz Cabral, 1281 - Recife - PE  
51020-000 - Fone: (81) 3217.8000

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**ITENS OPCIONAIS**

36. ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1. Casado
- 2. Solteiro
- 3. Desquitado/Separado/divorciado
- 4. Viúvo
- 9. Sem Informação

37. DATA DA TRIAGEM

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

38. HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Sem Informação

39. ALCÓOLISMO

- 1. Sim
- 2. Não
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

40. TABAGISMO

- 1. Sim
- 2. Não
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

**INFORMAÇÃO SOBRE DOENÇA**

41. ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1. SUS
- 2. Não SUS
- 3. Veio por conta própria
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informações

42. EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1. Exame Clínico e Patologia Clínica
- 2. Exames por Imagem
- 3. Endoscopia e Cirurgia Exploradora
- 4. Anatomia Patológica
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação

43. LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

44. LATERALIDADE

- 1. Direito
- 2. Esquerdo
- 3. Biliateral
- 8. Não se aplica
- 9. Sem Informação