



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Rita de Cássia Natividade Ataíde

**O Direito à Saúde e o  
Diagnóstico Tardio do Câncer de Mama na Região Sudoeste da Bahia**

Vitória da Conquista  
2016

Rita de Cássia Natividade Ataíde

**O Direito à Saúde e o  
Diagnóstico Tardio do Câncer de Mama na Região Sudoeste da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração Desenvolvimento de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. William Weissmann

Vitória da Conquista  
2016

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

A862d Ataíde, Rita de Cássia Natividade  
O direito à saúde e o diagnóstico tardio do câncer de mama na  
região sudoeste da Bahia. / Rita de Cássia Natividade Ataíde. --  
2016.  
72 f. : tab.

Orientador: William Waissmann  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Vitória da Conquista-BA, 2016.

1. Direito à Saúde. 2. Neoplasias da Mama. 3. Diagnóstico  
Tardio. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 614.99449098142

Rita de Cássia Natividade Ataíde

**O direito de viver e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região Sudoeste da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Direito e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Desenvolvimento de Políticas Públicas.

Aprovada em: 14 / 04 / 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. William Weissmann - ENSP/FIOCRUZ  
Orientador

---

Prof. Dra. Daniela Arruda Soares - UFBA

---

Prof. Dr. Luís Rogério Cosme Santos - UFBA

Dedico este trabalho aos meus amigos Adriana, Gelly, Magnólia, Márcia, Mirella, Noélia, Osmar e Rose, pela demonstração de senso de justiça e lealdade.

## AGRADECIMENTOS

Tendo chegado à conclusão deste trabalho, não poderia esquivar-me de reconhecer e agradecer àqueles que viabilizaram a sua execução:

A Deus, por dar-nos disponibilidade e capacidade criativa, essenciais à realização de qualquer trabalho desta natureza;

A minha mãe, Antônia, minha filha, Juliana, e meus irmãos, Adriana, Luciano, Rosana, Marcelo, Mateus e Lucas, que me incentivaram durante todo o período do curso;

A meu pai, que mesmo não estando presente fisicamente entre nós, certamente, vibra e torce por cada batalha vencida pelos seus filhos;

Ao meu esposo, José Raimundo, pelo apoio, incentivo, companheirismo e compreensão nos meus períodos de ausência na efetivação do curso e da dissertação;

À Prof. Dra. Maria Helena Barros de Oliveira, coordenadora e mentora, sem a qual este curso não teria se realizado;

À Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista, pelo apoio imprescindível à viabilização do curso, nas pessoas do Prefeito Dr. Guilherme Menezes e da gestora da Secretaria Municipal de Saúde e colega, Márcia Viviane de Araújo;

Ao meu orientador Prof. Dr. William Waissmann, pelas sábias intervenções e paciência conosco;

Aos Professores da banca, Dr. Luís Rogério Cosme e Dra. Daniela Arruda, pela importante contribuição ao trabalho;

Aos demais professores pela dedicação, carinho e entusiasmo demonstrados ao longo do curso;

Aos colegas de classe pela espontaneidade e alegria na troca de informações, transformadas numa convivência agradável, e pela permanente demonstração de amizade durante todo o curso, em especial a colega Maria Edy da Hora, que muito se empenhou neste processo;

Ao Instituto Conquistense de Oncologia/ICON que gentilmente abriu suas portas e nos apoiou para realização da pesquisa, nas pessoas de Dr. Klecius Aguiar, Dr. Leonardo Cunha, Dr. Renato Marinho e Enf. Ana Cecília Ferraz;

E, finalmente, aos Professores Dr. Antonio Carlos Braga Júnior e Dr. Ivan Vilas Bôas Souza, pela preciosa colaboração em algumas etapas deste trabalho.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio do câncer de mama em mulheres da Região Sudoeste da Bahia atendidas no SUS, à luz do direito à saúde garantido na Constituição e nas ações previstas na Política Nacional de Atenção Oncológica. O diagnóstico tardio da doença (estádio III e IV da classificação TNM) ocorreu em 47,8% dos casos matriculados em 2015 na Unacon de Vitória da Conquista em estágio III e IV, onde foi realizado um estudo descritivo, com inclusão de 30 mulheres em tratamento. Aplicado formulário semiestruturado. As variáveis foram comparadas pelo teste qui-quadrado de Pearson por simulação Monte Carlo, nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Os dados objetivos também foram analisados levando em consideração as falas das pacientes. A média de idade foi de 56 anos ( $\pm 11,5$ ), predominando mulheres de cor parda e negra (83,3%), casadas (50%), com baixo grau socioeconômico e de escolaridade (63,3%). Apenas 30% responderam já ter suas mamas examinadas numa UBS, associada à região de Itapetinga ( $p < 0,05$ ). Algumas pacientes relacionaram a falta do ECM ao descaso do profissional. 60% das mulheres nunca haviam feito a mamografia antes e dentre as que fizeram, houve associação com a faixa etária de 51-69 anos ( $p < 0,05$ ). Houve relatos de dificuldade de acesso. A maioria (80%) informou saber fazer o autoexame, independente de outras variáveis ( $p > 0,05$ ), no qual 70% tiveram como primeiro achado o nódulo na mama. A maioria (76,6%) teve acesso à primeira consulta em até 03 meses, havendo associação com a faixa etária entre 51-69 anos ( $p < 0,05$ ). 30% não tiveram o câncer reconhecido nesta consulta, a maioria na rede pública, com depoimentos contundentes. Apenas 16,7% fizeram seus exames diagnósticos exclusivamente pelo SUS, associação com a região de Vitória da Conquista ( $p < 0,05$ ), sendo a biópsia apontada como mais difícil. Referidos sentimentos na confirmação da doença. Neste estudo, os principais fatores do diagnóstico tardio do Ca de mama na região foram: tempo de realização da primeira consulta após a detecção do sinal/sintoma na mama; falta de reconhecimento da doença pelos profissionais de saúde na primeira consulta; e tempo entre a primeira consulta e a confirmação da doença. Esforços devem ser concentrados na educação permanente dos profissionais, na educação em saúde da população, na estruturação da rede especializada dos municípios e no desafio da organização da rede de atenção oncológica. A região tem potencial para diminuir a distância entre o texto legal de universalidade, integralidade, gratuidade e equidade e a realidade.

**Descritores:** Direito à Saúde. Diagnóstico Tardio. Câncer de Mama. Região Sudoeste.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the factors that contribute to delayed diagnosis of breast cancer in women of Bahia Southwest Region met in SUS, in the light of the right to health guaranteed in the Constitution and the actions foreseen in the National Oncological Care Policy. Late diagnosis of the disease (stage III and IV of the TNM classification) occurred in 47.8% of cases registered in 2015 in Vitória da Conquista Unacon stage III and IV, where a descriptive study was conducted with inclusion of 30 women treatment. Applied semistructured form. The variables were compared by chi-square test of Pearson by Monte Carlo simulation, a confidence level of 95% ( $\alpha = 0.05$ ). The objective data were also analyzed taking into consideration the testimonies of the patients. The average age was 56 years ( $\pm 11.5$ ), predominantly women of brown and black color (83.3%), married (50%), with low socioeconomic level and education (63.3%). Only 30% reported their breasts have already examined in UBS associated Itapetinga region ( $p < 0.05$ ). Some patients related to lack of ECM to disregard professional. 60% of women had never had a mammogram before and among those who did, was associated with the age group of 51-69 years ( $p < 0.05$ ). There were difficult access reports. Most (80%) reported knowing how to do self-examination, independent of other variables ( $p > 0.05$ ), in which 70% had first found the lump in the breast. Most (76.6%) had access to the first consultation up to 03 months, with association with the age group between 51-69 years ( $p < 0.05$ ). 30% had cancer recognized this consultation, the majority of the public with scathing statements. Only 16.7% made their diagnostic tests exclusively by SUS, association with Vitória da Conquista region ( $p < 0.05$ ), and the biopsy identified as difficult. Referred feelings in confirmation of the disease. In this study, the main factors of late diagnosis of breast Ca in the region were: time to perform the first consultation after the detection of sign / symptom in the breast; lack of recognition of the disease by health professionals at the first visit; and time between the first consultation and confirmation of the disease. Efforts should be concentrated on the continuing education of professionals in health education of the population, the structure of the specialized network of municipalities and challenge the organization of oncological care network. The region has the potential to bridge the gap between the legal text of universality, comprehensiveness, gratuity and fairness and reality.

**Keywords:** Right to Health Delayed Diagnosis. Breast cancer. Southwest Region.

## LISTA DE TABELAS

Tabela	1. Características sociodemográficas das pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC.....	34
Tabela	2. Conhecimento e prática do Autoexame das mamas em pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC.....	35
Tabela	3. Realização de exame clínico de rotina das mamas em UBS, em pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC.....	35
Tabela	4. Mamografias realizadas antes da doença nas pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC.....	36
Tabela	5. Primeiro sinal/sintoma/alteração na mama das pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon V/C (n=30).....	36
Tabela	6. Realização da primeira consulta após detecção da alteração na mama nas pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon VC.....	37
Tabela	7. Identificação do câncer de mama na primeira consulta, em pacientes com diagnóstico tardio atendidas na Unacon VC.....	38
Tabela	8. Realização de exames diagnósticos do câncer de mama nas pacientes atendidas na Unacon VC.....	39
Tabela	9. Tempo decorrido para o diagnóstico do câncer de mama nas pacientes atendidas na Unacon VC, a partir do primeiro sinal/sintoma detectado.....	40
Tabela	10. Valores de “p” do Teste Qui-Quadrado de Pearson por simulação Monte Carlo, com nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ), entre algumas variáveis das pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon VC.....	40

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

ACR	Colégio Americano de Radiologia
AB	Atenção Básica
AEM	Autoexame das mamas
AICR	Instituto Americano para Pesquisa do Câncer
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
BA	Bahia
BI-RADS	<i>Breast Image Reporting and Data System</i>
BRCA	<i>Breast cancer</i>
Ca	Câncer
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cm	Centímetro
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECM	Exame Clínico das Mamas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ErbB	Receptor de Fator de Crescimento Epidérmico
EUA	Estados Unidos da América
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HER-2	Receptor 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
HT	hormonioterapia
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer

MA	Maranhão
MAC	Média e alta complexidade
MC	Monte Carlo
MS	Ministério da Saúde
n	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Probabilidade
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAG	Punção Aspirativa por Agulha Grossa
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação pactuada e integrada
PSF	Programa Saúde da Família
QT	Quimioterapia
RH	Receptores Hormonais
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
RT	Radioterapia
s.p.	Sem página
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TNM	T: tumor, N: linfonodo, M: metástase
UBS	Unidade Básica de Saúde
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USG	Ultrassonografia
VC	Vitória da Conquista
WCRF	Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	OBJETIVO .....	16
1.1.1	Objetivo geral.....	16
1.1.2	Objetivos específicos.....	17
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
2.1	EPIDEMIOLOGIA.....	18
2.2	FATORES QUE INTERFEREM NO RISCO DO CÂNCER DE MAMA .....	19
2.3	PREVENÇÃO .....	21
2.4	DIAGNÓSTICO .....	23
2.4.1	Exame clínico .....	24
2.4.2	Diagnóstico das lesões palpáveis.....	24
2.4.3	Diagnóstico das lesões não palpáveis .....	25
2.4.4	Diagnóstico citopatológico .....	25
2.4.5	Diagnóstico histopatológico .....	25
2.4.6	Estadiamento.....	25
2.5	POLÍTICA NACIONAL .....	25
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	30
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	33
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
	<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR</b> .....	59
	<b>APÊNDICES</b> .....	60
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	61
	APÊNDICE B - Modelo de Formulário.....	63
	<b>ANEXO</b> .....	66
	ANEXO A - Aprovação do CEP.....	67

## 1 INTRODUÇÃO

As ações de prevenção, promoção e assistência à saúde em todos os níveis de atenção, de forma integral, universal, e equânime são direitos fundamentais do cidadão assegurados pela Constituição Federal, explícitos no Art. 196 (BRASIL, 1988). Traduzem, sem dúvida, um grande desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS) implantado em um país continental, com cerca de 200 milhões de habitantes, num contexto de demanda crescente e restrição orçamentária.

A garantia destas ações e do acesso do cidadão ao diagnóstico e tratamento adequados depende de uma rede de saúde regionalizada, hierarquizada e resolutiva em todos os níveis de assistência, especialmente para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas doenças constituem hoje o problema de saúde de maior magnitude no Brasil (BRASIL, 2013a) e correspondem a 72% das causas de morte (BRASIL, 2011a).

O fenômeno da diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescimento das doenças crônicas degenerativas é conhecido como “transição epidemiológica”. Ocorrido de forma completa nos países desenvolvidos, ricos e industrializados, chegou aos países em desenvolvimento na segunda metade do século XX, em especial (PAIM; ALMEIDA, 2014). Nestes, a transição se dá de forma complexa, pela superposição de patologias.

Concorre ainda para trazer as doenças crônico-degenerativas para o centro de atenção dentre os problemas de doença e morte no Brasil, a mudança do perfil demográfico da população brasileira, processo gradativo conhecido como “transição demográfica”. Este processo é decorrente, em especial, das reduções das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, o que contribui para um menor ingresso de jovens na população, os quais passam a ter maior sobrevivência, fenômeno conhecido como “envelhecimento” da população (MENDES et al., 2012).

A expansão das ações de promoção e prevenção através da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, associada à redução do tabagismo, pode ter contribuído para a redução de 20% da mortalidade por DCNT na última década, especialmente em relação às doenças do aparelho respiratório e circulatório. Entretanto, a mortalidade por câncer aumentou neste mesmo período (BRASIL, 2011a).

Dentre as DCNT, além das patologias do aparelho respiratório, circulatório e o diabetes mellitus, destaca-se o câncer (Ca), doença com grande sobrecarga emocional e econômica. Outrora considerado um problema dos países desenvolvidos, há aproximadamente quatro décadas a situação vem mudando e dentro de pouco tempo o câncer tende a se tornar,

também, principal causa de morbimortalidade em todos os continentes, independente do nível socioeconômico (INCA, 2014a; WHO/IARC, 2014).

Juntamente com o crescimento das DCNT, outro fenômeno se iniciou marcado pelos padrões dietéticos de altos teores de gordura saturada e carboidratos ultraprocessados e de baixo custo: a “transição nutricional” (PAIM; ALMEIDA, 2014). A exposição cada vez mais intensa aos fatores de risco do mundo moderno, a industrialização, as ocupações, os hábitos sociais, o tabagismo, a incidência de raios ultravioleta, dentre outros, também contribuíram fortemente para a importância epidemiológica e magnitude social que o câncer tem atualmente em todo o mundo (INCA, 2014a).

As mortes prematuras e desnecessárias causadas pelo câncer têm desastrosas consequências a famílias inteiras, principalmente quando quem adoece é a pessoa que detém a única fonte de renda do lar; em muitos casos os filhos menores veem-se obrigados a assumir o cuidado da casa, passando a levar suas vidas fora da rotina esperada para a idade (INCA, 2014a).

A mortalidade por câncer nos países desenvolvidos, a despeito do aumento da incidência, vem diminuindo, enquanto no Brasil tende à elevação, com 16,2% dos óbitos em 2009, tornando-se a segunda causa principal (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Excluído o câncer de pele não melanoma, o Ca de mama é o segundo mais comum do planeta e o mais frequente entre as mulheres, com estimativa de 1,67 milhões de novos casos diagnosticados em 2012 em todos os países, o que representa 25% de todos os cânceres, responsável por 522.000 óbitos (WHO/IARC, 2014). Nenhum outro tipo de câncer tem causado mais mortes entre as mulheres.

No Brasil, da mesma forma, o câncer de mama é o que ocupa o primeiro lugar de incidência entre as mulheres, excluindo os casos de pele não melanoma, com 57.120 registros e 17.820 óbitos por ano (INCA, 2014b), o que equivale a dizer que 49 mulheres morrem por dia no país vítimas desta doença!

Em todo o mundo, observa-se que as taxas de incidência do câncer são diferentes e proporcionais ao grau de desenvolvimento da região para o acesso aos métodos diagnósticos. Ou seja, a região mais desenvolvida tem maior incidência de câncer, porque se diagnostica mais, enquanto nas outras a doença pode nem ser descoberta, contribuindo para uma maior mortalidade precoce, muitas vezes sem diagnóstico. Não é diferente no Brasil, onde as maiores taxas são estimadas para as regiões Sudeste e Sul e as menores, para as regiões Nordeste e Norte (INCA, 2014b).

O câncer de mama possui bom prognóstico e é passível de 100% de cura quando

identificado em fase inicial, ou seja, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro e recebe tratamento adequado e oportuno (HOFF et al., 2013).

A divisão entre diagnóstico precoce e tardio do Ca de mama depende do estágio clínico (EC) inicial, segundo a classificação TNM<sup>1</sup> da International Union Against Cancer. Alguns autores utilizam o EC I e II para o diagnóstico precoce e o EC III e IV para o diagnóstico tardio (SILVA et al., 2013). Outros, entretanto, trabalham com o EC I para precoce e III, IV e V para tardio (REZENDE et al., 2009). Neste trabalho será considerado o EC I e IIa para detecção precoce e o EC IIb, III e IV para o diagnóstico tardio do câncer de mama, em conformidade com outros estudos (PINHEIRO et al., 2013; INCA, 2014b).

Estudos brasileiros já demonstram algumas causas para o diagnóstico tardio do câncer de mama no país: seu caráter insidioso, com ausência de sintomas nas fases iniciais; o grande espaço de tempo entre o início da doença e a primeira consulta e desta consulta ao diagnóstico (REZENDE et al., 2009), em especial para a realização da biópsia de mama, exame que sela o diagnóstico da doença (TRUFELLI et al., 2008).

A dificuldade de acesso à consulta com especialistas (ginecologista e mastologista) também foi identificada como importante fator, assim como a ausência de protocolos clínicos e operacionais no sistema de saúde, comprometendo a assistência (o exame das mamas não é feito de rotina, por exemplo) e o fluxo ágil da paciente na rede (CANIDO et al., 2007).

Além disso, foi destacado também o sentimento de medo e desinformação presentes ainda em muitas mulheres, levando à demora na procura do serviço de saúde mesmo que já tenham percebido alguma alteração na mama (OSHIRO et al., 2014).

Da mesma forma, o câncer de mama vem sendo diagnosticado em estágio avançado numa parcela significativa de mulheres na Região Sudoeste da Bahia (BAHIA, 2012a), com todas as consequências citadas.

Com 73 Municípios e cerca de 1,7 milhões de habitantes (BAHIA, 2012b), a Região Sudoeste tem como referência para diagnóstico e tratamento do câncer do adulto o município pólo de Vitória da Conquista/BA, sede da única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon VC).

Durante o ano de 2014, 86% dos pacientes matriculados na Unacon VC foram

---

<sup>1</sup> Sistema desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), que permite classificar a evolução das neoplasias malignas para determinação do tratamento mais adequado e obter informações sobre o prognóstico e sobrevida dos doentes, conhecido como **Sistema TNM**, onde **T** é a avaliação do tumor primário (de T1 a T4), **N** é a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais (de N0 a N3) e **M** é a presença, ou não, de metástases à distância (de M0 a M1), cujas combinações definem os estádios de 0 a IV, sendo o II e o III subclassificados ainda em A e B (BRASIL, 2013b).

diagnosticados tardiamente, a saber, estádios III: 40,6% e IV: 45,3%<sup>2</sup> (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015).

Estima-se, entretanto, que este dado seja ainda maior, pois existe um percentual considerável de pacientes (11,7%) com estadiamento II que não foi classificado como grupo A ou B.

Considerando apenas as pacientes com câncer de mama, o diagnóstico tardio, apesar de alto, caiu para 51,4% (IIb: 3,7%, III: 38,3% e IV: 9,4%) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2015). Da mesma forma que outros tipos de câncer, existe um percentual considerável de pacientes com EC II (25,5%) que não foi classificado como grupo A e B, fazendo crer que o diagnóstico em estágio avançado do Ca de mama na região seja ainda maior.

Esta diferença a favor do câncer de mama para os outros tipos pode sugerir o efeito positivo das campanhas educativas e de rastreamento, cujo principal exemplo é o “Outubro Rosa”, movimento internacional voltado à conscientização da importância da detecção precoce, pelo quarto ano consecutivo (INCA, 2014b).

Outro dado interessante e que também pode sugerir o efeito positivo das campanhas de prevenção do câncer de mama é que entre as pacientes matriculadas no ano de 2014, 73,5% foram tratadas com finalidade adjuvante<sup>3</sup> e apenas 20,9%, paliativa. Para os demais tipos de câncer, o percentual de pacientes em tratamento paliativo de 53,4%<sup>4</sup> (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2016).

Também no ano de 2014, o câncer de mama ocupou o primeiro lugar de incidência dentre todos os outros da região atendidos na Unacon VC, com 40% dos casos (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2016), seguido bem abaixo pelo de próstata com 28%. Dentre os casos de mama, 69,3% ocorreram em mulheres acima de 50 anos de idade (BRASIL, 2016a).

---

<sup>2</sup> Nesta avaliação, foram excluídos os pacientes portadores de câncer dos órgãos hematopoiéticos, que representam 13% do total, por possuírem outro tipo de estadiamento que não o TNM, pois não formam massa tumoral. Este tipo de câncer se localiza nos órgãos que produzem os elementos figurados do sangue (leucócitos, hemácias e plaquetas), no processo conhecido como hematopoiese, a saber: a medula óssea, linfonodos (gânglios linfáticos), baço e fígado (HOFF et al., 2013).

<sup>3</sup> O tratamento adjuvante do câncer está indicado quando, após o tratamento cirúrgico considerado curativo, o doente não apresentar qualquer evidência da neoplasia maligna detectável tanto pelo exame físico quanto pelos exames complementares indicados para cada caso; entretanto, são ainda assim considerados pacientes de alto risco, face à capacidade de disseminação do seu tumor, mesmo já ressecado. O tratamento paliativo está indicado com a finalidade de amenizar os sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas não repercutirá, obrigatoriamente, sobre a sua sobrevivência (BRASIL, 2013b).

<sup>4</sup> Nesta avaliação não foi incluído o câncer de próstata, 2º lugar em incidência na região, pois seu tratamento somente é autorizado pelo SUS para os casos de alto risco, com finalidade paliativa apenas, conforme critérios definidos no anexo da Portaria nº 421/2010 SAS/MS (BRASIL, 2010b).

O papel da prevenção do câncer de mama nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento da doença nos estádios iniciais) é fundamental para que os índices de incidência e mortalidade possam ser reduzidos, e

[...] precisa adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A consequência serão mortes prematuras e desnecessárias (INCA, 2014b, p. 25).

Ações que visem à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de mama no âmbito da educação em saúde, da qualificação profissional, do investimento em arsenal diagnóstico etc. são previstas na Constituição e regulamentadas em legislações específicas do SUS, conforme será exposto no desenvolvimento deste estudo. Todas as tecnologias leves (cuidado) e duras (equipamentos) deveriam estar disponíveis para o diagnóstico do câncer de mama em estádios iniciais, com grandes chances de cura. Mas como a realidade do país mostrou-se diferente, necessário se faz pesquisar o porquê da ocorrência do diagnóstico da doença em fase tardia e o quanto funciona na prática a legislação específica, pois que se traduz em direitos do cidadão.

A Lei 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 5º, traz, dentre outras, a obrigação do Estado com “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990, Art. 5º, s.p.), o que depende fundamentalmente do esforço de gestores e trabalhadores da saúde na organização do sistema.

Este trabalho tem a expectativa de produzir informações que contribuam para o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama, a partir do embasamento e sensibilização dos gestores para a tomada de decisões.

## 1.1 OBJETIVO

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio do câncer de mama em mulheres da Região Sudoeste da Bahia, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), à luz do direito à saúde.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

1. Identificar o percentual de mulheres com diagnóstico tardio do câncer de mama, atendidas na Unacon de Vitória da Conquista/BA, pelo SUS, provenientes da Região Sudoeste do Estado;
2. Conhecer quais são os principais fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de mama nestas mulheres;
3. Evidenciar a legislação nacional que prevê as ações de atenção oncológica, em especial no que diz respeito à adequação temporal do atendimento e do diagnóstico do câncer de mama.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA

O projeto Globocan, o mais completo levantamento sobre o ônus global do câncer no mundo, divulgado pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou que no ano de 2012, em todo o planeta, ocorreram 14,1 milhões de casos novos, 8,2 milhões de mortes e 32,6 milhões de pessoas convivendo com o câncer. Foi avaliado neste mesmo ano que nos países em desenvolvimento aconteceu a metade (57% - 8 milhões) destes novos casos, quase dois terços das mortes (65% - 5,3 milhões) e a metade (48% - 32,6 milhões) de pessoas em convívio com o câncer nos primeiros 05 anos do diagnóstico. Verificou-se também que a incidência em homens é cerca de 25% maior do que em mulheres, com taxas de 205 e 165 por 100.000 habitantes, respectivamente (WHO; IARC, 2014).

Nos países desenvolvidos os tipos de câncer mais frequentes em homens foram próstata, pulmão, cólon e reto; entre as mulheres, mama, cólon e reto, e pulmão. Nos países em desenvolvimento foram pulmão, estômago e fígado na população masculina; mama, colo do útero e pulmão na população feminina (WHO; IARC, 2014).

Em todo o mundo, o câncer de mama é o que mais acomete as mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, com a estimativa de cerca de 1,67 milhões (25% do total) de casos novos diagnosticados na população feminina no ano de 2012. Sua incidência varia entre as diferentes regiões do mundo conforme o desenvolvimento de cada uma, ou seja, quanto mais desenvolvida for uma região, maior será o acesso das pacientes aos exames diagnósticos. Desta forma, as maiores taxas neste ano foram na Europa Ocidental (96/100 mil) e as menores, na África Central e na Ásia Oriental (27/100 mil) (INCA, 2014a).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014 (considerada válida também para 2015) reforça a magnitude do problema no país, sinalizando para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer/ano, incluindo pele não melanoma. Sem considerar este tipo de câncer, os tipos mais incidentes, por ordem decrescente, serão: próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral para o sexo masculino; mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide para o sexo feminino. No Estado da Bahia predominam próstata, mama feminina, colo de útero, pulmão, além de colo e reto, por ordem de incidência (INCA, 2014a).

Com base em projeções das taxas de incidência de câncer geradas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, o Ministério da Saúde (MS) apresentou a estimativa de que, em

2014, no Brasil, o número de casos novos de câncer de mama esperados para o país seria de 57.120, com um taxa estimada de 56/100.000 mulheres, assim distribuída, por região, conforme o desenvolvimento e acesso aos serviços de saúde: Sudeste (71,18/100.000), Sul (70,98/100.000) e Centro-Oeste (51,30/100.000); as menores taxas para os estados das regiões Nordeste (36,74/100.000) e Norte (21,29/100.000) (INCA, 2014a).

Nos últimos 40 anos a sobrevida dos pacientes com câncer de mama vem aumentando nos países desenvolvidos e, atualmente, é de 8% em cinco anos. Na Inglaterra, por exemplo, a sobrevida em um, cinco, dez e vinte anos é de 95,8, 85,1, 77 e 64%, respectivamente, enquanto que nos países em desenvolvimento permanece com valores entre 50 e 60%, inclusive no Brasil, onde as taxas de mortalidade continuam elevadas, muito provavelmente, devido ao diagnóstico tardio, que ocorre em estádios avançados da doença (INCA, 2014a).

## 2.2 FATORES QUE INTERFEREM NO RISCO DO CÂNCER DE MAMA

Existe consenso na literatura sobre alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama feminino, tais como: excesso de peso e obesidade, hábitos sedentários, tabagismo, consumo de álcool e exposição à radiação ionizante, todos relacionados aos hábitos de vida. Além destes, são conhecidos também fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (hormonal, ausência de amamentação), ao envelhecimento, à história familiar de câncer de mama (BRASIL, 2009) e à alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) (INCA, 2014a).

Os motivos externos, relacionados aos hábitos de vida, condicionam a maioria dos riscos relacionados ao câncer de mama em todo o mundo. Historicamente, as populações têm trocado as áreas rurais por cidades, tornando-se mais sedentárias e consumindo quantidades crescentes de alimentos industrializados e bebidas. O resultado deste comportamento foi o rápido aumento de peso, obesidade e doenças crônicas, como enfermidades cardiovasculares e câncer (BRASIL, 2009).

Observa-se ainda que se alguns fatores externos podem parecer óbvios, outros não, e nem por isso deixam de ser importantes, ao contrário, podem ser capazes de definir padrões de comportamento, tais como:

[...] cidades projetadas para o transporte motorizado, subsídios para a agricultura, falta de padrões adequados para as refeições escolares e questões mais abrangentes como a globalização da economia, mudanças climáticas e o impacto da recessão nos sistemas de alimentação [...] (WCRF/AICR, 2009, p. 2).

Estes padrões determinam o tipo de alimentação, a prática de atividade física, a composição corporal e até o aleitamento materno, e são divididos em três categoriais: ambientais, econômicas e sociais. Seus efeitos podem ser exercidos também no nível individual, influenciando o acesso, a disponibilidade e a aceitação de hábitos de vida saudáveis. Se trabalhados positivamente, podem diminuir o risco do câncer e outras doenças crônicas em até um quarto dos casos (BRASIL, 2009). Caso contrário, a carga do câncer está projetada para aumentar em todo o mundo.

Outros fatores de risco para o câncer de mama não são, em princípio, passíveis de mudança como, por exemplo, os que estão associados ao ciclo reprodutivo da mulher e os hereditários. A idade continua sendo um dos mais importantes, pois cerca de quatro em cada cinco casos da doença ocorrem após os 50 anos de idade (INCA, 2014a).

Por motivos ainda mal conhecidos, a mulher atual tem sua fase reprodutiva mais longa, pois as meninas iniciam a primeira menstruação ou menarca mais cedo, aos onze ou doze anos de idade, e encerram depois dos cinquenta, período conhecido como menopausa. Associado a isso, o pequeno número de filhos mantém as mulheres em sucessivos ciclos menstruais, que geram ação repetida de estrógeno e de progesterona sobre os tecidos mamários. O impacto desta ação é considerado um dos principais responsáveis pelo aumento no risco de desenvolver câncer de mama na mulher moderna (VARELLA, 2014).

Quanto aos fatores hereditários, a história familiar positiva para Ca de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) está associada ao aumento no risco de cerca de duas a três vezes para o desenvolvimento da neoplasia. Entretanto, nove em cada 10 casos ocorrem em mulheres sem história familiar, o que demonstra que a hereditariedade não é, necessariamente, determinante da doença (INCA, 2014a).

O Ministério da Saúde, através do Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004), elaborado pelo INCA em parceria com gestores do SUS, sociedades científicas e universidades, definiu grupos populacionais de mulheres com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Histórico familiar de pelo menos uma parente de primeiro grau com Ca de mama abaixo dos 50 anos de idade (mãe, irmã ou filha);
- Histórico familiar de pelo menos uma parente de primeiro grau com Ca de mama bilateral ou de ovário, em qualquer faixa etária;
- Histórico familiar de câncer de mama masculino;
- Diagnóstico histopatológico apresentando lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Alterações em alguns genes, por exemplo, BRCA<sup>5</sup>1<sup>6</sup> e BRCA2<sup>7</sup>, aumentam o risco de desenvolver Ca de mama, embora essas mutações sejam raras e contribuam para uma parcela mínima de casos (INCA, 2014a).

Um subtipo do câncer de mama pode ser identificado pela superexpressão do oncogene HER-2<sup>8</sup>, um tipo de receptor celular transmembrânico com domínios da tirosinquinase, ocorrendo em 15% a 20% dos casos de carcinoma mamário, associado a alto risco para recidiva e metástase cerebral (BRASIL, 2013c).

### 2.3 PREVENÇÃO

Considerando os fatores que interferem no risco de câncer de mama, descritos no tópico anterior, a melhor evidência mostra que políticas inteligentes em todos os níveis de atenção, incluindo as dimensões físico-ambiental, econômicas, sociais e individuais, têm a capacidade de reduzir o risco e obter sucesso. Pode até se dizer que, na maioria das vezes, o câncer pode ser evitado (BRASIL, 2009).

A magnitude da morbimortalidade do câncer preocupou todo o mundo e trouxe resultados positivos, que se traduzem pela produção de rico e extenso material sobre a prevenção da doença.

A prevenção primária do câncer de mama é campo de pesquisas e intervenções bastante promissor. Está relacionada ao controle dos fatores de risco modificáveis, ou seja, que podem sofrer interferências e dizem respeito ao estilo de vida. Evidências científicas demonstram que através da alimentação, nutrição, amamentação e atividade física é possível reduzir o risco de a mulher desenvolver a neoplasia em até 25% (BRASIL, 2009).

Já a prevenção secundária do câncer de mama diz respeito às ações realizadas para detecção da neoplasia em estágio inicial, facilitando o tratamento e contribuindo para um bom prognóstico (BRASIL, 2010a). Desta forma, as estratégias para detecção precoce são de fundamental importância, tanto o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas do câncer) quanto o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) (INCA, 2014a).

---

<sup>5</sup> Sigla em inglês para câncer de mama (breast cancer)

<sup>6</sup> BRCA1 (1 em cada cromossomo número 17).

<sup>7</sup> BRCA2 (1 em cada cromossomo número 13).

<sup>8</sup> Receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano.

O Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama no país (BRASIL, 2004) recomenda para a detecção precoce:

- Rastreamento pelo exame clínico das mamas (ECM), em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, a ser realizado anualmente. Este exame faz parte da consulta, na perspectiva do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser rotina em todos os atendimentos clínicos, independentemente da faixa etária. Segundo orientações do Ministério da Saúde, o ECM é uma importante alternativa para a detecção substancial de casos da neoplasia em situações onde a mamografia não é de fácil acesso para o rastreamento (BRASIL, 2010a).
- Rastreamento pela mamografia, para todas as mulheres entre 50 a 69 anos de idade com intervalo de, no máximo, dois anos;
- Exame clínico das mamas e mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade, para as mulheres que fazem parte de grupos populacionais com alto risco de desenvolver o Ca de mama;
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento para todas as mulheres cujos exames realizados apresentarem alterações.

Essas recomendações se baseiam em evidências científicas e estudos internacionais, adotadas em países cujas políticas públicas de rastreamento populacionais foram implementadas, tais como: Reino Unido, Holanda, Canadá e Austrália (BRASIL, 2010a).

De acordo com a Cochrane Collaboration (2014), uma rede mundial sem fins lucrativos que busca subsidiar as tomadas de decisão na área da saúde, os programas de rastreamento mamográfico resultam em benefícios para a população feminina de redução tanto da mortalidade quanto da morbidade pelo câncer de mama.

Durante o ano de 2014, em todo o país, foram realizadas cerca de 4,3 milhões de mamografias ao custo de R\$ 187 milhões (BRASIL, 2016b), num movimento crescente desde 2010, mas suficiente para cobrir apenas 30,7% das 14 milhões de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com indicação do rastreamento (IBGE, 2010). A região Sudeste (48%) lidera em quantidade de exames realizados no período, seguida da Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Na Bahia foram registradas 359.044 mamografias neste mesmo ano, sendo 62.359 (17%) na Região Sudoeste do estado. Vale a pena ressaltar que o procedimento mamografia bilateral para rastreamento, constante na Tabela Unificada do SUS, é financiado pelo Ministério da Saúde com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações

(FAEC)<sup>9</sup> (BRASIL, 2015a).

Quanto ao autoexame das mamas, não deve ser estimulado como método isolado para a detecção precoce do câncer de mama, evidências científicas comprovam que ele não é eficiente nem contribui para a redução da mortalidade pela doença. Estas mesmas evidências sugerem que o autoexame traz alguns aspectos negativos como o aumento do número de biópsias de lesões benignas. Além disso, os resultados falsamente positivos e falsamente negativos trazem consequências à mulher, como impacto psicológico negativo e sensação de falsa segurança, respectivamente (INCA, 2014b).

É fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta a possíveis alterações nas mamas para que busque prontamente o serviço de saúde em caso de anormalidades, onde deve ser acolhida para investigação. Por isso, as ações de educação em saúde devem incluir estas informações e o conhecimento do próprio corpo, como o autoexame das mamas (AEM).

Existe consenso de que a falta de acesso aos serviços de saúde é uma das mais importantes causas de progressão da doença e do diagnóstico tardio, responsável por elevadas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil. Com a expansão da cobertura da Atenção Primária em todo o país, porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora do cuidado, os profissionais de saúde devem “estar alertas” (*awareness*) aos sinais e sintomas mais frequentes no câncer de mama, seus principais fatores de risco e a idade de maior ocorrência. Ao lado de um exame clínico bem feito, reconhecer e encaminhar com segurança para investigação e tratamento as mulheres com resultados alterados são ações fundamentais de controle da doença. Essa estratégia de comunicação que o Ministério da Saúde vem ampliando nos últimos três anos preconiza também, como não poderia deixar de ser, a conscientização e sensibilização da população feminina (INCA, 2014b).

Para que este acesso seja rápido e facilitado, os serviços de média e alta complexidade devem estar adequados e estruturados em conformidade com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS (BRASIL, 2013d).

## 2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer de mama, conforme o Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004), de forma geral, fundamenta-se em:

---

<sup>9</sup> Recurso federal que financia ações emergenciais ou estratégicas, pagos aos municípios ou estados por produção, além do teto de média e alta complexidade (MAC) (BRASIL, 2014b).

### 2.4.1 Exame clínico

Na atenção integral à saúde da mulher o ECM é parte obrigatória da consulta clínica e/ou ginecológica. Fundamental para o diagnóstico do câncer, a partir do ECM é que devem ser solicitados os exames complementares. Para realizá-lo de forma adequada, os seguintes itens devem ser observados pelos profissionais de saúde: inspeção estática e dinâmica, e com a paciente em decúbito dorsal realizar a palpação das mamas e das axilas.

### 2.4.2 Diagnóstico das lesões palpáveis

A ultrassonografia (USG) é o método diagnóstico de imagem de eleição para avaliação das lesões palpáveis em mulheres abaixo de 35 anos. Naquelas pacientes com idade igual ou superior, a mamografia é o método de escolha, que pode ser complementada pela USG em três situações: no caso da paciente possuir nódulo sem expressão (seja porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia); ou nódulo regular ou levemente lobulado com suspeita de cisto; ou ainda, na ocorrência de densidade assimétrica difusa das mamas, podendo indicar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A USG complementar não deve ser solicitada nas lesões com densidade assimétrica focal, distorção da arquitetura, microcalcificações e categoria *Breast Image Reporting and Data System* (BI-RADS)<sup>10</sup> 2 a 5. Caso haja lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico por citologia (punção aspirativa por agulha fina [PAAF]) ou histológico (punção aspirativa por agulha grossa [PAG]) ou biópsia cirúrgica.

A PAAF e a PAG são procedimentos ambulatoriais, sendo a PAAF de baixo custo, fácil execução e dispensa o uso de anestesia. A PAG ou *core biopsy* é realizada sob anestesia local. Todos os procedimentos citados estão disponíveis na Tabela Unificada do SUS.

As lesões palpáveis podem ter imagem negativa na mamografia e USG, devendo-se prosseguir com a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica.

---

<sup>10</sup> BI-RADS é um acrônimo para *Breast Imaging-Reporting and Data System*, uma classificação padronizada em todo o mundo para os exames de mamografia e ultrassonografia, publicada pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), cuja segunda revisão foi feita em 2013. As categorias de avaliação do BI-RADS são: 0: Incompleto; 1: Negativo; 2: Achado(s) benigno(s); 3: Provavelmente benigno; 4: Suspeita de anormalidade; 5: Altamente sugestivo de malignidade; 6: Malignidade comprovada através de biópsia (ACR, 2015).

### **2.4.3 Diagnóstico das lesões não palpáveis**

A conduta nas lesões não palpáveis segue a proposta BI-RADS:

- a) Categoria BI-RADS 3 - realizar dois controles radiológicos com 06 meses de intervalo, seguidos de dois controles com intervalo de 01 ano;
- b) Categoria BI-RADS 4 e 5 - indicar estudo histopatológico, realizado por PAG ou biópsia cirúrgica. No caso de se optar pela biópsia, tratando-se de lesão não palpável, deve ser feita a marcação pré-cirúrgica guiada por Raio-X ou por USG. A PAG também pode ser guiada pelos citados exames. O acompanhamento posterior deve ser feito com 06 meses de intervalo, seguidos de dois controles com intervalo de 01 ano para os casos de BI-RADS 4. Para BI-RADS 5, caso o resultado do exame histopatológico seja benigno, é mandatário dar continuidade à investigação com biópsia cirúrgica.

### **2.4.4 Diagnóstico citopatológico**

Para avaliação das lesões mamárias, os critérios citológicos podem ser classificados em: padrão citológico benigno (negativo para malignidade) ou padrão citológico positivo para malignidade.

### **2.4.5 Diagnóstico histopatológico**

O laudo histopatológico deve embasar o adequado manejo clínico da paciente, no que diz respeito ao prognóstico e terapêutica, contendo todas as informações necessárias para tal.

### **2.4.6 Estadiamento**

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos (TNM), proposta pela UICC, descrita no primeiro tópico deste trabalho.

## **2.5 POLÍTICA NACIONAL**

A análise de alguns estudos relativos aos aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil é interessante para o entendimento da implantação (ou não - pois não fazer

também é uma decisão) de políticas públicas nos diferentes contextos históricos. Estas políticas se traduzem pelo perfil das instituições que as propuseram e executaram, assim como pela contribuição das pessoas que estavam à frente deste processo.

Como exemplo, no estudo realizado por Porto, Teixeira e Silva (2013) foram identificadas quatro fases históricas distintas: a primeira, anterior ao surgimento do SUS (1971 a 1989). A segunda, após a implantação do SUS (1990 a 2003), mas anterior ao Documento de Consenso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). A terceira, de intensificação das ações e programas públicos de controle do câncer de mama (2004 a 2011). E a quarta e última fase, a partir de 2013, portanto, em andamento, que corresponde a uma série de ações relacionadas à incorporação de qualidade para as atividades de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, incluindo ainda a implementação da rede de oncologia e qualificação dos recursos humanos.

O princípio da integralidade do SUS, garantido constitucionalmente, está previsto de forma contundente na legislação específica da política de atenção oncológica, uma vez que o paciente com câncer pode necessitar de várias modalidades de tratamento (quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e cirurgia, além dos cuidados paliativos), sucessivas e complementares, de forma que, para ser preservado o uso racional do recurso público, não faz sentido a distribuição de medicamentos apenas, sem a garantia de que o doente terá acesso aos outros tipos de tratamento de que necessita e que só são viáveis dentro de um hospital, com uma estrutura de serviços gerais e especializados, conforme protocolos científicos específicos (BRASIL, 2014a).

Por esta razão, a partir de Fevereiro/2008, por meio da Portaria SAS/MS nº 513, de 26 de setembro de 2007 (BRASIL, 2007), o Ministério da Saúde vedou a nova habilitação ou permanência das unidades isoladas para tratamento de quimio e radioterapia no país. Os hospitais, dependendo do seu grau de complexidade estrutural e funcional, passaram a ser habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde, com a responsabilidade que lhe cabe de estabelecer diretrizes nacionais, de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS, instituiu, através da Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013d), a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, cujo objetivo é a

redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013d, Art. 2º, s.p.).

Considerando a magnitude do câncer e o problema de saúde pública no qual ele se tornou, não faltaram motivos e respaldo legal, constantes na própria Portaria, a saber:

- O disposto na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que versa sobre o dever do Estado de garantir a saúde e que consiste:

na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, Art. 2º, § 1º, s.p.);

- O disposto no inciso II do art. 5º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que inclui, como um dos objetivos do SUS, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da referida lei;
- A Portaria nº 687 GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006);
- A Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010c);
- A Lei nº 12.401/2011, que altera a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) para “dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS” (Ementa) (BRASIL, 2011b);
- O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para “dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (Ementa) (BRASIL, 2011c);
- A Portaria nº 2.029 GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011e);
- A Portaria nº 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011 que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (Ementa) (BRASIL, 2011f);

- O Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que “dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e dá outras providências” (Ementa) (BRASIL, 2011d);
- A Lei nº 12.732/2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início” (Ementa) (BRASIL, 2012);
- A Portaria nº 252 GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a);
- A Portaria nº 876 GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei 12.732/2012 (BRASIL, 2013e);
- A Portaria nº 140 SAS/MS, 27 de fevereiro de 2014 (Ementa), que

redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2014a, s.p.).

Atualmente, ao lado da transição demográfica e epidemiológica, existe também uma “transição assistencial” caracterizada pelo aumento das ações e serviços ambulatoriais e das necessidades de clínica médica, clínica cirúrgica e de reabilitação (em decorrência do aumento da população adulta e idosa), ao tempo em que ocorre redução das internações pediátricas e obstétricas (MENDES et al., 2012).

No Brasil, na última década, o processo de mudanças na complexa assistência na rede pública de saúde foi caracterizado por quatro aspectos principais, na contramão da necessidade assistencial: grande diminuição no número de internações; aumento da assistência ambulatorial, especialmente de alta complexidade; aumento também na oferta de internações hospitalares de alta complexidade; e uma distribuição não racional da oferta dos leitos e das internações nas especialidades básicas, em relação à realidade da demanda dos usuários. Tal processo apresenta características de um movimento não planejado e uma distribuição não racional das internações nas especialidades de acordo à exigência da realidade, em favorecimento de outros interesses (MENDES et al., 2012).

Travassos et al. (2000) estudaram a desigualdade no uso de serviços de saúde pelas dimensões geográficas e sociais, tendo como fonte de dados o Sistema de Internações

Hospitalares (SIH) do SUS. Em que pese alguns dados positivos como o aumento da assistência de alta complexidade (também visto no estudo anterior), outros trazem consigo uma verdadeira “tragédia assistencial”, como é o caso da redução dos leitos e internações na clínica médica com estabilização no número de idosos internados num momento de crescimento da população adulta e idosa, que demanda mais e onerosos cuidados.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

A Região Sudoeste é uma das 09 regiões de saúde do estado da Bahia, definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BAHIA, 2012a). Subdivide-se em 04 regiões: Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista. Possuem no total 73 Municípios e cerca de 1,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010), tendo como referência para diagnóstico e tratamento do câncer do adulto o município de Vitória da Conquista (VC), pólo da região de saúde e sede da única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon).

A Unacon VC está localizada no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), unidade de natureza pública e gestão estadual, referência para urgência e trauma. Possui 205 leitos ativos e apenas 09 para a oncologia, sendo 05 cirúrgicos e 04 clínicos (BRASIL, 2015b).

Foi escolhido o serviço de quimioterapia/hormonioterapia para este estudo, por ser o mais organizado da Unacon VC. Terceirizado, de gestão privada, possui uma excelente estrutura física destinada ao SUS, com prontuários eletrônicos e facilidade em se conseguir informações complementares necessárias. Além disso, ao iniciar o tratamento, o diagnóstico de câncer já está confirmado e o estadiamento feito.

Foram analisados, exclusivamente, casos de câncer de mama cujo diagnóstico foi feito tardiamente. Neste trabalho, a intenção inicial foi considerar diagnóstico tardio aquele em que a possibilidade de cura é muito reduzida, caracterizado pelo diagnóstico inicial nos estágios IIb, III e IV (PINHEIRO et al., 2013; INCA, 2014b).

A partir de 15 de julho de 2015 até 18 de agosto de 2015, realizou-se a coleta de informações em campo. Os prontuários das mulheres que iriam ser assistidas no setor de quimioterapia/hormonioterapia, em um dado dia, eram analisados no mesmo dia, antes do início (consulta) ou durante o atendimento (quimioterapia). Objetivou-se verificar 04 (quatro) critérios de inclusão, a saber: a) ser mulher; b) município de residência pertencente à Região Sudoeste da Bahia; c) data de admissão no serviço de até 02 (dois) anos antes; d) estadiamento realizado por ocasião do diagnóstico da doença com estágios IIb, III ou IV, o que configura o diagnóstico tardio, com chances reduzidas de cura. Neste momento, verificava-se, também, se a própria paciente estava presente (as pacientes que fazem uso da hormonioterapia podem não comparecer ao serviço e alguém receber o medicamento para ela fazer uso em casa, pois sua apresentação é em comprimido). Qualquer destes critérios não sendo cumprido, o paciente foi excluído como caso.

Durante as visitas, as pacientes que cumpriam os critérios de inclusão, de acordo com

os prontuários, foram requisitadas a participar da pesquisa. Nenhuma convidada se recusou a colaborar.

A cada paciente foi aplicado formulário semiestruturado direcionado a algumas variáveis sociodemográficas e motivos pelos quais o diagnóstico do câncer de mama possa ter se dado tardiamente. O formulário foi elaborado de forma a permitir que a paciente refizesse o percurso na sua memória desde o primeiro momento e fornecesse as informações necessárias, com objetivo de conseguir detectar os pontos importantes no atraso do diagnóstico. Além disso, a inclusão de perguntas abertas complementaram as perguntas objetivas, em especial no que diz respeito às questões sociais e individuais, através da liberdade de manifestação de cada participante.

Para assegurar a adequação do formulário, foi realizado teste de face, oportunidade na qual o instrumento de pesquisa foi submetido à análise de especialistas do serviço, após a sua elaboração. Houve teste prévio com 04 pacientes com características similares às da amostra, mas que não fizeram parte desta, tendo em vista se pretender testar os procedimentos de aplicação, o vocabulário empregado nas questões e assegurar que as perguntas ou as observações estivessem adequadas às variáveis que se pretendeu medir (GIL, 2002).

Não se definiu a amostra aprioristicamente. A pesquisa tem caráter transversal, descritiva, quantitativa, com amostra não probabilística.

Todas as informantes foram devidamente esclarecidas verbalmente quanto aos objetivos do estudo, à preservação das suas identidades, aos riscos e benefícios da sua participação, assim como, foram respondidas todas as dúvidas que surgiram. Concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) juntamente com a pesquisadora, em duas vias, e receberam uma.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz, em conformidade com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 45971815.9.0000.5240, do parecer 1.152.639 (Anexo A).

Ao lado da livre manifestação das pacientes, procurou-se focalizar em dezesseis grupos de variáveis<sup>11</sup> de estudo, consideradas importantes para análise: idade; cor da pele; estado conjugal; escolaridade; profissão; renda familiar; residência; realização do autoexame, exame clínico das mamas e mamografia; tempo entre o início do sintoma/sinal/alteração na mama e a primeira consulta; acesso pelo SUS ou não aos exames diagnósticos; tempo para

---

<sup>11</sup>“Em estatística, uma variável é um “atributo mensurável que varia entre indivíduos” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 57).

providenciar os exames necessários; tempo para receber os resultados e retornar ao médico; enfim, tempo entre a suspeita e o conhecimento do diagnóstico final (histopatológico); e o sentimento em relação à confirmação da doença. Acrescenta-se o tempo entre o diagnóstico final e o início do tratamento, e acesso ao tratamento pelo SUS, como uma forma de avaliação complementar da rede pública de oncologia.

Foi testada associação estatística entre cada uma das variáveis independentes e as variáveis consideradas dependentes, listadas acima.

As análises estatísticas foram feitas utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) 20.0 - Inc., Chicago, Estados Unidos. O teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson foi utilizado para verificar a existência de associação ( $p \leq 0,05$ ) entre as diversas variáveis qualitativas do presente estudo, de forma binária. Quando, por questões numéricas, o teste não pôde ser realizado, recorreu-se ao Qui-Quadrado com a correção de Yates e, para os demais, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo (MARÔCO, 2003). Em todos os casos, foi considerado um nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

## 4 RESULTADOS

No ano de 2015, o estadiamento no momento do diagnóstico dos casos de câncer de mama feminina atendidos na Unacon VC teve a seguinte distribuição dentre as 647 pacientes: Estadiamento I – (112) 17,3%, Estadiamento II – (223) 34,5%, Estadiamento III – (237) 36,6%, Estadiamento IV – (11,6) 10,3%. III e IV totalizam, portanto, 48,2% (SMSVC, 2015).

Neste mesmo ano, a média mensal de pacientes atendidos no serviço para tratamento de quimio ou hormonioterapia foi de 368 (SMSVC, 2015). Destes, 146 eram portadores do câncer de mama. Foi observado nos prontuários que a maioria das pacientes diagnosticadas em estágio II não foram subclassificadas em IIa e IIb. Por isso, estes estágios foram excluídos da pesquisa, considerando-se apenas III e IV.

Foram analisados, ao todo, 76 (setenta e seis) prontuários. 46 (quarenta e seis) pacientes foram excluídas pelos seguintes motivos, por ordem de avaliação: sexo masculino (02); residentes em municípios de outras regiões (06); admitidos no serviço há mais de 24 meses (15); estágio I e II (17); pacientes não estavam presentes (06).

A idade das respondentes variou de 31 a 84 anos, com predominância da faixa etária entre 51 a 69 anos (53,3%), cor parda e negra (83,3%), mulheres casadas (50%), analfabetismo ou nível fundamental (63,3%), profissão do lar e lavradora (56,7%) e renda média familiar de 01 (56,7%) até 2 a 3 salários mínimos (40%) (Tabela 1).

Quatorze mulheres (46,6%) residiam na região de Vitória da Conquista (cujo município do mesmo nome é o pólo de todo o Sudoeste Bahiano), sendo as demais provenientes de cidades das outras 03 regiões de saúde: Itapetinga (20%), Brumado (16,7%) e Guanambi, a mais distante do pólo (16,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Faixa etária</b>		
➤ Até 50 anos	09	30,0
➤ De 51 a 69 anos	16	53,3
➤ Mais de 70 anos	05	16,7
<b>Cor</b>		
➤ Branca	05	16,7
➤ Negra	04	13,3
➤ Parda	21	70,0
<b>Estado Civil</b>		
➤ Casada ou vive com companheiro	15	50,0
➤ Nunca foi casada	08	26,7
➤ Separada/divorciada/Viúva	07	23,3
<b>Escolaridade</b>		
➤ Analfabeta	06	20,0
➤ Ensino Fundamental	13	43,3
➤ Ensino Médio/ Superior	11	36,7
<b>Profissão</b>		
➤ Do lar	09	30,0
➤ Lavradora	08	26,7
➤ Outras	13	43,3
<b>Renda Média</b>		
➤ Até 01 salário	17	56,7
➤ Até 2 a 3 salários	12	40,0
➤ Até 3 a 4 salários	01	3,3
<b>Origem</b>		
➤ Região de Brumado	05	16,7
➤ Região de Guanambi	05	16,7
➤ Região de Itapetinga	06	20,0
➤ Região de Vitória da Conquista	14	46,6

Fonte: dados da pesquisa

Conforme dados constantes nos prontuários, 80% das pacientes foram diagnosticadas em estágio III, sendo as demais (20%) no estágio IV.

A maioria já tinha ouvido falar do autoexame de mamas (AEM) (90%) e quase 80% afirmou saber fazê-lo. Destas, 95,2% responderam que realizavam o exame regularmente antes da doença. Perguntado sobre como faziam, mostravam falta de técnica sistematizada. Maiores detalhes, na Tabela 2.

**Tabela 2.** Conhecimento e prática do Autoexame das mamas em pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Estadiamento Clínico (n=30)</b>		
➤ III	24	80,0
➤ IV	06	20,0
<b>Já ouviu falar do autoexame (n=30)</b>		
➤ Sim	27	90,0
➤ Não	03	10,0
<b>Sabe fazer (n=27)</b>		
➤ Sim	21	77,8
➤ Não	06	22,2
<b>Onde Aprendeu (n=21)</b>		
➤ Hospital	02	9,5
➤ Meios de comunicação (TV/revista)	12	57,2
➤ UBS	07	33,3
<b>Fazia antes da doença (n=21)</b>		
➤ Sim	20	95,2
➤ Não	01	4,8
<b>Com que frequência (n=20)</b>		
➤ Diário	02	10,0
➤ Semanal	05	25,0
➤ Mensal	04	20,0
➤ Bi/trimestral	08	40,0
➤ Semestral	01	5,0

Fonte: dados da pesquisa

Perguntadas se algum profissional de saúde havia examinado suas mamas em consulta de rotina numa UBS antes da doença, 70% respondeu que não, conforme detalhado na Tabela 3. Quando a queixa na primeira consulta após o sinal/sintoma foi o problema nas mamas, as pacientes disseram que houve “descaso” na consulta pelo SUS através de alguns depoimentos contundentes, conforme descrito adiante. Em outros casos, porém, as pacientes não demonstraram estranheza com o fato.

**Tabela 3.** Realização de exame clínico de rotina das mamas em UBS, em pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Exame clínico de rotina na UBS (n=30)</b>		
➤ Sim	09	30,0
➤ Não	21	70,0
<b>Profissional (n=09)</b>		
➤ Enfermeiro	05	55,6
➤ Médico	04	44,4
<b>Faixa etária das pacientes que NUNCA tiveram suas mamas examinadas numa UBS (n=21)</b>		
➤ Até 40 anos	03	14,3
➤ Acima de 40 anos	18	85,7
<b>Faixa etária das pacientes que tiveram suas mamas examinadas numa UBS (n=09)</b>		
➤ Até 40 anos	02	22,2
➤ Acima de 40 anos	07	77,8

Fonte: dados da pesquisa

Antes do diagnóstico do câncer de mama, 60% das pacientes afirmaram nunca ter feito o exame de mamografia, mesmo estando 55,5% na faixa etária acima de 50 anos, quando é recomendado o rastreamento. Dentre as que realizaram, foi variável o número de exames. Destas, 58,3% fizeram o exame pelo SUS, cujo tempo de entrega do resultado ocorreu, na maior parte, de 01 a 03 meses (57,1%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Mamografias realizadas antes da doença nas pacientes com diagnóstico tardio do câncer de mama atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Pacientes que fizeram mamografia (n=30)</b>		
➤ Sim	12	40,0
➤ Não	18	60,0
<b>Mamografias feitas (n=12)</b>		
➤ 01	02	16,7
➤ 02	02	16,7
➤ 03	02	16,7
➤ 04	01	8,3
➤ Mais de 5	05	41,7
<b>Tempo antes da doença (n=12)</b>		
➤ Até 12 meses	03	24,9
➤ Mais de 1 ano	05	41,7
➤ Mais de 2 anos	04	33,4
<b>Mamografias feitas pelo SUS (n=12)</b>		
➤ Sim	07	58,3
➤ Não	05	41,7
<b>Tempo para o Laudo da Mamografia no SUS (n=07)</b>		
➤ Até 1 mês	02	28,6
➤ De 1 a 3 meses	04	57,1
➤ De 4 a 6 meses	01	14,3
<b>Pacientes que nunca fizeram mamografia (n=18)</b>		
➤ Até 49 anos	08	44,5
➤ Acima de 50 anos	10	55,5

Fonte: dados da pesquisa

O primeiro dado que chamou atenção da maioria de que havia um problema nas suas mamas foi o achado do nódulo (70%) no autoexame. Destas 21 mulheres, 15 (71,4%) nunca havia realizado a mamografia antes (Tabela 5).

**Tabela 5.** Primeiro sinal/sintoma/alteração na mama das pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon V/C (n = 30)

Variável	Frequência	%
Primeiro problema detectado na mama		
➤ Nódulo	6	20,0
➤ Dor	21	70,0
➤ Alteração na mamografia	3	10,0

Fonte: dados da pesquisa

Queixando-se da dificuldade de acesso ao exame no município, V.L.S.A., 56 anos, relatou que morou um período na Inglaterra e que recebia, regularmente, em sua residência, a

solicitação para realizar a mamografia de rastreamento, o que facilitava em muito que pudesse realizar o exame. Outras pacientes também apontaram que houve demora na realização da mamografia, após ser solicitada na primeira consulta com a suspeita da doença. A esta altura, elas já sabiam que a demora no resultado levaria ao atraso na confirmação da doença, implicando diretamente no retardo do início do tratamento.

Das 03 pacientes que apresentaram apenas alteração na mamografia, sem sinal ou sintoma, uma delas, A.B.S., de 56 anos, agente comunitária de saúde, fazia regularmente o exame e havia uma observação no laudo anterior para repeti-lo com 04 meses (provável BI-RADS III), mas a médica da UBS não teria achado necessário. A paciente A.B.S. acrescenta, ainda, que seu município a encaminhou, de início, para Salvador, e a médica que a atendeu num serviço especializado lhe culpou pelo ocorrido. Ela se defendeu dizendo que “confiou na médica da unidade”, que não repetiu o procedimento por isso e lamentou o tempo perdido.

Conforme demonstrado na Tabela 6, a partir da detecção do problema, a maioria das mulheres (76,6%) providenciou a primeira consulta com um profissional de saúde em até 03 meses. As demais acharam que “não era nada demais” até o tumor crescer.

**Tabela 6.** Realização da primeira consulta após detecção da alteração na mama nas pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Primeira consulta após detecção do problema</b>		
> Até 1 mês	19	63,3
> De 2 a 3 meses	04	13,3
> De 4 a 12 meses	05	16,7
> Mais de 12 meses	02	6,7
<b>Natureza do serviço de saúde</b>		
> Público	14	53,3
> Privado	16	46,7

Fonte: dados da pesquisa

Praticamente metade (53,3%) das mulheres procurou o serviço privado, justificando que seria “mais rápido” o acesso.

22 pacientes (73,3%) tiveram o câncer de mama reconhecido na primeira consulta, não havendo diferença se ocorreu no serviço público (50%) ou privado (50%). Este atendimento foi feito pelo profissional médico em 96,7% dos casos.

Dentre as 08 pacientes que não tiveram o câncer identificado na primeira consulta, 06 (75%) foram atendidas no serviço público - UBS (Tabela 7). Queixaram-se de que não foram examinadas pelo profissional de saúde e de que não receberam a devida atenção para que a doença fosse descoberta mais cedo:

L.G., 32 anos, admitida no serviço em cadeira de rodas, com metástases para coluna e cérebro, lamentou: “eu pedi ao médico para fazer ultrassom e mamografia, mas ele disse que não era nada e nem me examinou.” A princípio a paciente ficou indignada, voltou para conversar com o médico da UBS e mostrou a ele o laudo da biópsia. Ele se desculpou dizendo que nunca tinha visto um caso como este. A paciente disse ter se conformado com o passar do tempo.

Após a primeira consulta, na qual não houve suspeita do Ca, E.J.D.J. 31 anos de idade, engravidou, fez pré-natal, amamentou e os médicos “diziam que não era nada, só hormônio.” Da mesma forma que a paciente anterior, ela achou um absurdo quando soube da doença, lamentou o tempo perdido e também disse que se conformou.

Após 02 (dois) anos do achado do nódulo na mama direita, e depois de ter feito neste período várias consultas na UBS, além de especialistas, ginecologista e mastologista, M.R.J., 69 anos, desabafou: “eu disse a ele – sabe de quem foi a culpa doutor? De vocês médicos.” A paciente conversou bastante sobre isso, mais do que as outras duas. Ela trabalhava num hospital em São Paulo, na área de higienização, mas participou de algumas palestras sobre o câncer de mama, sendo mais bem informada. Ainda assim, parecia já estar conformada.

**Tabela 7.** Identificação do câncer de mama na primeira consulta, em pacientes com diagnóstico tardio atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Doença reconhecida na primeira consulta (n = 22)</b>		
➤ Público	11	50
➤ Privado	11	50
<b>Doença NÃO reconhecida na primeira consulta (n = 08)</b>		
➤ Público	06	75
➤ Privado	02	25
<b>Profissional que reconheceu</b>		
➤ Médico	29	96,7
➤ Enfermeiro	01	3,3

Fonte: dados da pesquisa

Após o reconhecimento da doença, apenas 05 pacientes (16,7%) realizaram seus exames diagnósticos exclusivamente pelo SUS, na rede municipal, todas residentes no município de Vitória da Conquista. 76,5% das pacientes afirmaram que os exames ficaram prontos no prazo de 01 a 03 meses. O acesso mais difícil foi para a biópsia e a tomografia (29,4%), seguidas da cintilografia (23,6%), conforme apresentado em detalhes na Tabela 8.

No grupo de 12 mulheres que conseguiram fazer os exames parcialmente pelo SUS, o acesso maior foi para a cintilografia (75%) e o menor para o exame anátomo-patológico, no

qual apenas 16,7% tiveram êxito.

**Tabela 8.** Realização de exames diagnósticos do câncer de mama nas pacientes atendidas na Unacon VC

Variável	Frequência	%
<b>Exames realizados pelo SUS (n = 30)</b>		
➤ Não	13	43,3
➤ Parcialmente	12	40,0
➤ Sim	05	16,7
<b>Pelo SUS, quanto tempo para realização dos exames (n = 17)</b>		
➤ Até 1 mês	01	5,9
➤ De 2 a 3 meses	13	76,5
➤ De 4 a 12 meses	02	11,8
➤ Mais de 12 meses	01	5,9
<b>Pelo SUS, que exame mais demorou a ser feito (n = 17)</b>		
➤ Tomografia	05	29,4
➤ Biópsia	05	29,4
➤ Cintilografia	04	23,6
➤ Ultrassom	03	17,6
<b>Exames feitos parcialmente pelo SUS (n = 12) – em caráter privado</b>		
➤ Anátomo-patológico	10	83,3
➤ Biópsia	09	75,0
➤ Mamografia	07	58,3
➤ Ultrassom	06	50,0
➤ Tomografia	04	33,3
➤ Cintilografia	03	25,0

Fonte: dados da pesquisa

Tanto na rede pública quanto privada, chamou atenção que a maioria das pacientes (83,3%) levou de 01 a 03 meses para receber o resultado do exame anátomo-patológico, que confirma o câncer. Para as demais, demorou de 04 a 06 meses. De posse deste resultado, as mulheres se empenharam em leva-lo ao seu médico em até 01 mês.

Ao receber a notícia de ser portadora do câncer de mama, o sentimento mais referido foi “choque” (30%), seguido de tranquilidade (26,7%), tristeza/ depressão (23,4%), desespero (16,7%) e medo (3,3%). Cada paciente falou mais sobre como se sentiram ao descobrir a doença, sua convivência com ela, sua reação, do apoio recebido da família e amigos, dos momentos de tristeza e de esperança.

N.A.F., 59 anos, procedente do município de Caetité, registrou: “aquela era uma noite fria e ficou mais fria ainda, senti muito frio, chorei muito até dormir”.

Na avaliação geral do presente estudo, o tempo entre o primeiro problema detectado na mama e o fechamento do diagnóstico do câncer ocorreu nos primeiros 06 meses para 70% das pacientes, muito longo (Tabela 09). Exceto as 06 mulheres cujos desfechos ultrapassaram os 12 meses.

**Tabela 09.** Tempo decorrido para o diagnóstico do câncer de mama nas pacientes atendidas na Unacon VC, a partir do primeiro sinal/sintoma detectado

Variável	Frequência	%
Até 1 mês	02	6,7
De 2 a 3 meses	07	23,3
De 4 a 12 meses	15	50,0
Mais de 12 meses	06	20,0

Fonte: dados da pesquisa

Procurou-se estudar, inicialmente, a associação das variáveis apresentadas nas tabelas anteriores. Foi testada associação entre as variáveis independentes e dependentes (Tabela 10).

**Tabela 10.** Valores de “p” do Teste Qui-Quadrado de Pearson por simulação Monte Carlo, com nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ), entre algumas variáveis das pacientes com diagnóstico tardio do câncer atendidas na Unacon VC

Variáveis dependentes	Variáveis independentes	p	Desfecho
Examinada por profissional UBS	vs Região	0,02	Itapetinga
Exames feitos pelo SUS		0,05	Vitória da Conquista
Exames feitos parcial pelo SUS		0,01	Vitória da Conquista
Tempo fazer exames pelo SUS		0,01	Vitória da Conquista
Tempo total entre sin/sint e diagnóstico		0,04	Vitória da Conquista
Fez mamografia antes do Ca	vs Idade	0,006	Acima de 50 anos
Tempo da 1ª consulta		0,02	Acima de 50 anos
Tempo para resultado AP		0,04	51 a 69 anos
Exames feitos parcial pelo SUS	vs Escolaridade	0,03	Nível Fundamental
Onde aprendeu a fazer o AEM	vs Estado Conjugal	0,03	UBS
Exames feitos parcial pelo SUS	vs Cor da Pele	0,007	Parda

As variáveis tomadas como dependentes tem relação direta com exames preventivos e diagnósticos clínicos, laboratoriais e de imagem, e de vários tempos entre realização, obtenção de resultado e incorporação de laudos ao protocolo geral do paciente (médico). São compreendidos como componentes potenciais de itinerários que levam ao diagnóstico tardio.

Teste do  $\chi^2$  de Pearson com e sem correção de Yates não apresentou resultados satisfatórios por deficiência numérica. Optou-se pelo  $\chi^2$  com simulação de Monte Carlo. As relações significativas (nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ )) são apresentadas abaixo:

Residir na região de Itapetinga se associou à paciente ter sido submetida ao exame clínico das mamas na UBS ( $p = 0,02$ ). Em todos os casos da amostra estudada (30%), o profissional que fez o ECM foi o enfermeiro.

Residir na região de Vitória da Conquista se associou a ter os exames realizados exclusiva ( $p = 0,05$ ) e parcialmente pelo SUS ( $p = 0,01$ ), ao menor tempo para realização dos exames pelo SUS ( $p = 0,01$ ) e ao menor tempo geral entre o primeiro sinal/sintoma e diagnóstico definitivo ( $p = 0,04$ ). Apesar de vários relatos acerca da dificuldade de acesso aos exames

diagnósticos pelo SUS e à demora em realizá-los, algumas pacientes tiveram êxito com certa facilidade, o que necessitaria uma melhor investigação deste fluxo operacional.

A idade acima de 50 anos parece ter influenciado a realização do exame de mamografia antes da doença ( $p = 0,006$ ), o menor tempo para realização da primeira consulta após o primeiro sinal/sintoma ( $p = 0,02$ ) e o menor tempo para receber resultado do AP ( $p = 0,02$ ).

As pacientes analfabetas não realizaram exames pelo SUS, nem de forma parcial. Todas as mulheres que realizaram exames exclusivamente pelo SUS possuíam o nível fundamental, e também a maioria que fez parcialmente. Associação significativa foi encontrada entre mulheres com ensino fundamental e terem feito exames parcialmente pelo SUS ( $p = 0,03$ ). Durante as falas das informantes, foi observado que tanto a explicação dada quanto a avaliação delas de cada etapa pesquisada, em menor ou maior grau, estavam diretamente relacionadas ao nível de escolaridade. Quanto maior o nível de instrução, mais informações eram fornecidas, e vice-versa. Mas, de uma maneira geral, todas que tiveram que pagar pelos exames realizados em caráter privado, falaram da dificuldade financeira, mesmo sem questionar o fato.

O estado conjugal “casada ou vivendo com companheiro” esteve associado apenas à variável de a mulher ter aprendido a fazer o autoexame na UBS ( $p = 0,03$ ). Renda (57% até 01 salário mínimo e 60% até 03 salários mínimos) e profissão não se associaram com qualquer variável dependente. Vale a pena registrar que as mulheres que informaram suas profissões diferentes de “do lar” e “lavradora”, correspondente a 40% (estudante, professora, agente de saúde, auxiliar de enfermagem, comerciante, faxineira e serviços gerais), por pouco não se associaram ao tempo geral menor para o diagnóstico ( $p = 0,006$ ).

Quanto à cor da pele, as pacientes que informaram cor da pele parda tiveram mais acesso aos exames parcialmente pelo SUS ( $p = 0,007$ ), o que talvez não seja significativo, pois a maioria referiu esta cor.

Por fim, apesar de não ser este o objeto do estudo, foi considerado importante para conhecimento e análise da rede pública de oncologia, registrar que a maioria do acesso ao primeiro tratamento da doença ocorreu dentro de 01 (60%) até 03 meses (30%) do diagnóstico final. A cirurgia foi a primeira indicação (53,3%), seguida da quimioterapia (43,3%). 100% das mulheres fizeram quimioterapia, com ou sem radioterapia, pelo SUS, na Unacon VC. No caso da cirurgia, necessária em 70% das pacientes, foi diferente: nenhuma (00,0%) fez no próprio Unacon VC, e 57,1% pagou para que fosse realizada em outro serviço. Todas as pacientes que tiveram que pagar pela cirurgia, sem exceção, relataram sua cota de sacrifício, mobilizando família e amigos.

## 5 DISCUSSÃO

A saúde é um direito fundamental no estado brasileiro, garantido constitucionalmente (BRASIL, 1988). A legislação do SUS que trata desta garantia e da regulamentação da prevenção e controle do câncer foi analisada neste trabalho (item 2.6), estando bem estabelecido o desenho da rede de saúde, os papéis dos 03 níveis de governo e o financiamento (BRASIL, 2013d), assim como a garantia do atendimento integral nos serviços especializados (BRASIL, 2014a), com todo suporte diagnóstico e terapêutico.

O presente estudo tem um pressuposto normativo, com necessária tradução fática: o direito à saúde é garantido em lei e isto inclui diagnosticar em tempo hábil o câncer de mama na Região Sudoeste da Bahia. O diagnóstico precoce aumenta as chances de sobrevivência, do direito à vida.

Considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente (HOFF et al., 2013), o câncer de mama tem sido responsável por mortes prematuras e desnecessárias entre as mulheres no Brasil. Uma das causas evidenciadas por vários estudos é o diagnóstico tardio, que compromete o prognóstico, impedindo até mesmo que a terapêutica adequada possa reverter o curso clínico da patologia (CANIDO et al., 2007; REZENDE et al., 2009; OSHIRO et al., 2014).

Pesquisa realizada através dos sistemas de informação em saúde (SMSVC; Datusus/Tabwin), confirmou a alta incidência da doença avançada nas pacientes em tratamento na Unacon de Vitória da Conquista. Não foi possível utilizar o Registro Hospitalar do Câncer (RHC) da unidade porque os dados disponíveis estavam atualizados somente até o ano de 2012.

Comparado com estudos brasileiros realizados em hospitais que atendem ao SUS, o percentual de estadiamento III e IV de 47,8% da Unacon VC é menor que o encontrado no Rio de Janeiro (60%) (REZENDE, 2009) e Espírito Santo (51,9%) (SILVA et al., 2013) e maior que Santa Catarina (35,7%) (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

No presente estudo, 70% das mulheres possuíam mais de 50 anos. Apesar de a idade ser um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2014a), esta variável foi associada a maior realização de mamografias, ao menor tempo entre o sinal/sintoma e a primeira consulta, e ao menor tempo para receber o resultado do exame anátomo-patológico, talvez pelas campanhas nacionais direcionadas a essa faixa etária.

Houve predominância da cor parda/negra (83,3%), que pode ser um reflexo da grande

miscigenação no Brasil, não sendo possível uma correlação étnica com o diagnóstico tardio do câncer de mama em função do número de pessoas selecionadas.

Entretanto, uma pesquisa norte-americana, de 1994, demonstrou que o risco de morrer de Ca de mama entre as mulheres negras é 2,2 maior do que entre as brancas, com destaque para o maior diagnóstico da doença em estágio avançado entre as negras (ELEY et al., 1994). Citando este mesmo estudo, outros autores associaram o diagnóstico tardio às desfavoráveis condições socioeconômicas dos grupos minoritários nos EUA, limitadoras do acesso aos cuidados de saúde (YANKASKAS; GILL, 2005).

Houve predominância de mulheres casadas ou vivendo com companheiro (50%). Esta variável não foi associada isoladamente ao diagnóstico tardio, apenas ao aprendizado do autoexame das mamas em UBS, o que pode sugerir um comparecimento maior destas pacientes à unidade e o cuidado com a saúde.

“Nunca ter sido casada” foi apontado por um trabalho norte-americano como preditor significativo para estágio avançado do câncer de mama quando diagnosticado (LANNIN et al., 1998). Da mesma forma, pesquisadores brasileiros apontaram a variável “mulher com parceiro” como associada à melhor adequação do conhecimento acerca da doença e à prática mais adequada do autoexame das mamas (AEM) (BRITO et al., 2010). Talvez o viver com parceiro turve a associação com filiação. Mulheres com filhos comparecem mais a unidades de saúde e têm mais chance de serem examinadas e de aprenderem técnicas de autoexame.

A maioria das mulheres possuía baixa escolaridade (63,3%) e baixa condição socioeconômica, sendo este o perfil dos usuários atendidos no hospital. O analfabetismo foi associado a não realização dos exames diagnósticos pelo SUS.

Ocorreu que as pacientes foram admitidas na Unacon VC apenas para o tratamento quimioterápico, pois as consultas e os exames diagnósticos não são garantidos, conforme registros de produção ambulatorial do SIA/SUS (BRASIL, 2016a), contrariando a legislação que versa sobre o funcionamento do serviço (Portaria nº 140 SAS/MS, 27 de fevereiro de 2014).

Desta forma, algumas mulheres conseguiram acesso pelo SUS em seus respectivos municípios e outras não. Dentre as pacientes que realizaram os exames diagnósticos no serviço privado, como foi o caso de todas as mulheres que se declararam analfabetas, a única justificativa dada pelas mulheres foi de que o acesso e os resultados seriam mais rápidos em relação ao serviço público. Talvez tenha acontecido também falta de informação sobre a rede pública de saúde ou por crença ou cultura não externada. O fato é que o direito à integralidade do cuidado, um dos pilares do SUS, não foi cumprido. O mesmo aconteceu com o tratamento

cirúrgico do câncer de mama: das 662 cirurgias realizadas pelo SUS na Bahia, com esta finalidade, apenas 07 ocorreram na região (BRASIL, 2016a).

A pesquisa norte-americana citada anteriormente (LANNIN et al., 1998) estudou 540 mulheres com Ca de mama, 94 (17%) em estágio TNM III/IV, e concluiu que os fatores socioeconômicos sozinhos não explicam o diagnóstico tardio da doença, mas sim, quando associados a crenças religiosas e atitudes culturais. Vale a pena ressaltar que este estudo americano demonstrou o percentual de 17% para os estágios III e IV na população analisada, enquanto no presente estudo foi cerca de 50%.

A doença pode ser vista como uma construção sociocultural, influenciando, inclusive, os comportamentos de prevenção em saúde (CESTARI, 2005). Foi interessante notar que não houve menção à palavra “câncer” por nenhuma paciente. Diversas interpretações são possíveis e não nos cabia inquirir as pacientes sobre tal fato no momento da entrevista, mas não é raro tal comportamento se associar ao estigma da doença, considerada tabu não raramente, inclusive o desconhecimento de que câncer pode ser curado e prevenido por hábitos de vida saudáveis e rastreamento adequado. Pacientes reforçaram a ideia da doença como punição (não fazia mal a ninguém, porque foi acontecer justo com ela), como não passível de prevenção, inexorável (quando tem que acontecer, acontecerá) e cujo tratamento era primariamente dependente da fé, de Deus (confiavam em Deus para um bom resultado terapêutico).

A renda média familiar e a profissão não foram associadas a nenhuma variável dependente no presente estudo. Mas no decorrer deste capítulo, as respondentes se referem várias vezes às questões financeiras. O ambiente de trabalho também foi apontado como o local de acesso às informações em saúde nas falas de agentes de saúde, auxiliar de enfermagem, faxineira de hospital e serviços gerais.

Quatorze mulheres residiam na região de Vitória da Conquista, sendo as demais provenientes de Brumado, Guanambi e Itapetinga. Houve associações entre o local de origem e algumas variáveis dependentes. Morar na região de Vitória da Conquista, pólo dos serviços de saúde, foi relacionado à realização dos exames pelo SUS, ao menor tempo de acesso a estes exames e também ao menor tempo geral para o diagnóstico. No que diz respeito ao exame clínico das mamas, residir em Itapetinga foi associado à realização do ECM na UBS. Em todos os casos positivos (30%), o profissional responsável foi o enfermeiro.

Vale a pena esclarecer que evidências científicas confirmam que o AEM não deve ser estimulado como método isolado para a detecção precoce do câncer de mama, pois ele não é eficiente nem contribui para a redução da mortalidade pela doença. Além disso, traz alguns

aspectos negativos como o aumento do número de biópsias de lesões benignas, impacto psicológico negativo com os resultados falso positivo e sensação equivocada de segurança com os resultados falso negativo (INCA, 2014b).

Ocorre que 70% das mulheres da pesquisa tiveram como achado primeiro um nódulo na mama ao autoexame. Não é possível saber se a sua detecção foi fácil ou acidental (sem a utilização de técnica adequada) ou de que tamanho o tumor se encontrava na primeira vez em que foi palpado.

De uma forma geral, o câncer de mama tem caráter insidioso nas fases iniciais, com ausência de sinais e sintomas que somente aparecem em estádios mais avançados, quando os nódulos já são palpáveis (HOFF et al., 2013). Entre as pacientes que responderam que o primeiro sintoma foi a dor (20%), talvez o tumor se encontrasse em tamanho avançado e elas não se deram conta.

O fato é que o nódulo talvez pudesse ter sido detectado precocemente se o exame clínico das mamas (ECM) fizesse parte da rotina das UBS, o que não foi o caso. 70% das pacientes da amostra responderam que nunca tiveram suas mamas examinadas numa UBS. Estas pacientes não se queixaram espontaneamente do atendimento. Mas a situação mudou quando a queixa principal na primeira consulta foi o problema na mama e mesmo assim o ECM não foi feito e nem a doença suspeitada. Nestes casos, as pacientes relataram que houve “descaso” na consulta pelo SUS. Os depoimentos foram contundentes. O diagnóstico tardio do câncer de mama foi diretamente relacionado à falta do reconhecimento das suas manifestações no estágio precoce pelos profissionais de saúde.

É possível que o fato de não fazer o ECM na unidade não seja apenas por descaso do profissional, mas também por falta de habilidade ou até mesmo de conhecimento da técnica para realiza-lo. Mais estudos aprofundados sobre o tema são necessários. De qualquer forma, técnica e habilidade são aprimoradas com o tempo de prática. O fato de realizar o ECM sistematicamente pode fazer com que a possibilidade do câncer de mama seja sempre lembrada.

Tal situação remete-nos a refletir sobre o cuidado em saúde, que tem na Atenção Primária a sua principal ordenadora, expresso pelos seguintes atributos da qualidade: foco no paciente, eficiência, efetividade, segurança, oportunidade e equidade (PAIM; ALMEIDA, 2014). A integralidade da assistência se expressa no cuidado e o cuidado, por sua vez, é a expressão do direito à saúde e da responsabilização pelo outro. É o acolher, o respeitar, o atender a pessoa em seu sofrimento, fruto de sua fragilidade social muitas vezes (PINHEIRO;

MATTOS, 2006). O foco no cuidado pode e deve ser incorporado às práticas das equipes de saúde e o SUS clama por isso.

Um estudo brasileiro sobre a influência da cultura nos hábitos de prevenção do câncer demonstrou que as atitudes do profissional de saúde em relação a este tipo de prevenção foram impactantes no comportamento dos pacientes analisados, em função da importância que os sujeitos deram a estas atitudes (CESTARI, 2005).

O ECM é recomendado como tecnologia de rastreamento a partir de 40 anos de idade e faz parte da consulta da mulher independentemente da faixa etária. É também uma importante alternativa para a detecção da neoplasia em localidades onde a mamografia não é de fácil acesso (BRASIL, 2010a), haja vista a oferta de mamografias no país durante o ano de 2014 ter sido suficiente para cobrir apenas 30,7% das 14 milhões de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (BRASIL, 2015b). Este desempenho contradiz o direito à saúde, à sua promoção e prevenção no SUS, garantidos na Carta Magna.

Apenas 10% das pacientes relataram como primeiro problema na mama alteração na mamografia, o que pode demonstrar a dificuldade de acesso deste exame na rede pública local. Outro dado a fortalecer tal interpretação é 60% das pacientes afirmaram nunca ter feito o procedimento. Pode-se especular alguns motivos: deficiência na oferta e/ou falta de ações de educação em saúde e/ou falta de busca ativa das pacientes de risco. E foi muito variável o número de exames entre as que o fizeram, o que tende a demonstrar o caráter pouco regular e sistematizado da oferta, provável reflexo da falta de planejamento das ações de saúde.

De qualquer forma, a idade acima de 50 anos foi associada à realização de rastreamento mamográfico antes do câncer de mama, provável reflexo das campanhas nacionais de prevenção da doença voltadas a essa faixa etária.

Além destas questões relacionadas à baixa oferta da mamografia, houve relato de uma paciente que havia realizado o exame há mais de 01 ano e, apesar da recomendação de repeti-lo em 04 meses (provável BI-RADS III), foi tranquilizada pela médica da UBS de que não precisava, perdendo a chance do diagnóstico precoce. A paciente tinha plena consciência disto e lamentou profundamente. Não foi um relato isolado da falta do cuidado dos profissionais de saúde da UBS. Isto requer investigação mais específica (ver adiante).

Auditoria realizada no Brasil, em 2011, pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS conhecida como “operação mamógrafo”, demonstrou que a quantidade de aparelhos disponível no país é adequada para a população alvo, mas existe baixa produtividade. Uma das causas apontadas foi a carência de mão de obra especializada para operar os equipamentos. (SNA, 2016). O procedimento mamografia bilateral para rastreamento,

constante na Tabela Unificada do SUS, é financiado pelo Ministério da Saúde com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações (FAEC)<sup>12</sup> (BRASIL, 2015c), ou seja, além do teto de média complexidade dos municípios e estados. As gestões dos três níveis de governo têm que se debruçar em como resolver estas questões.

Ocorre que o rastreamento mamográfico em mulheres de 50 a 69 anos é a técnica de excelência para redução da morbimortalidade pelo câncer de mama (COCHRANE COLLABORATION, 2014). As mulheres devem ser submetidas ao exame ainda sem nenhuma manifestação, pois já foi comprovado que os sinais e sintomas aparecem numa fase mais tardia. Além disso, as pacientes de alto risco e com queixas específicas devem receber cuidado diferenciado.

Desta forma, as práticas de saúde e de gestão dos sistemas de saúde para o diagnóstico precoce do câncer de mama devem ser repensadas para garantia do direito fundamental à saúde no país. O exemplo da Inglaterra, relatado por uma paciente, que recebia em sua residência, regularmente, naquele país, a solicitação para realizar a mamografia é uma demonstração de eficiência que pode ser seguido.

Chamou atenção o fato de que esta paciente que havia morado na Inglaterra foi a única que reclamou da dificuldade de acesso ao rastreamento mamográfico. As demais somente reclamaram quando houve demora na realização do exame após ser solicitado na primeira consulta com a suspeita da doença. Então a paciente citada tinha plena consciência da importância da mamografia de rastreamento para prevenção do câncer de mama porque ela foi educada para isso e sentiu a dificuldade do acesso local. As outras mulheres se importaram, mas com a mamografia solicitada para diagnóstico da doença porque é provável que não tenham recebido informações de educação em saúde.

A partir da detecção do problema, a maioria (76,6%) das pacientes providenciou a primeira consulta em até 03 meses, demonstrando preocupação com a doença. Entretanto, outras pacientes não valorizaram o problema: “não era nada demais”, até o tumor crescer. A falta de acesso à informação pode ser reflexo da baixa condição socioeconômica e de escolaridade, mas a equidade das informações em saúde demandam ajuste às diferentes populações para que as ações possam ser mais contundentes para a educação, promoção e prevenção.

---

<sup>12</sup> Recurso federal que financia ações emergenciais ou estratégicas, pagos aos municípios ou estados por produção, além do teto de média e alta complexidade (MAC) (BRASIL, 2014b).

Sentimentos de medo e desinformação, levando à demora na procura do serviço de saúde, mesmo quando já tinham percebido alguma alteração na mama, foram apontados como causa de diagnóstico tardio em estudo brasileiro recente (OSHIRO et al., 2014).

Entretanto, estudo norte-americano, que examinou o papel da mulher no atraso do diagnóstico do câncer de mama, observou que na maioria dos casos a responsabilidade foi dos serviços de saúde e do sistema e não das pacientes (CAPLAN et al., 1996). Realidades diferentes, em culturas diferentes poderiam explicar as diferenças?

No presente estudo, praticamente a metade (46,7%) das mulheres procurou o serviço público para realização da primeira consulta e a outra metade (53,3%), o serviço privado, nesta amostra com predomínio de mulheres com baixa condição socioeconômica. Perguntadas sobre o motivo desta escolha, a maioria, que optou pelo privado, forneceu sempre a mesma resposta: rapidez no acesso. É como se estas pessoas já tivessem a certeza de que o acesso ao serviço público seria difícil, em função de atendimentos/experiências anteriores.

Dentre as 08 pacientes que não tiveram a doença suspeitada na primeira consulta, 75% foram atendidas em UBS e 25% no serviço privado. O fato de terem sido “tranquilizadas” sobre o problema pelo não reconhecimento da doença pelo profissional médico, tanto na rede pública quanto privada, acabou por retardar o diagnóstico de câncer, feito já em estágio tardio.

Na realização dos exames para selar o diagnóstico e para realizar o estadiamento clínico, fundamentais para o início do tratamento adequado, os princípios de integralidade e da equidade do SUS foram desrespeitados de forma flagrante. Apenas 05 pacientes (16,7%) realizaram seus exames diagnósticos exclusivamente pelo SUS, na região de Vitória da Conquista, contra 11 no geral que fizeram a primeira consulta no serviço público. Entre as demais, 40% os fizeram tanto pelo SUS quanto na rede privada, a depender do acesso ou não a determinado exame (também associada à região de Vitória da Conquista), e 43% fizeram todos em caráter particular. Lembrando que a assistência integral, tanto do diagnóstico quanto do tratamento, é prevista em legislação específica (BRASIL, 2014a).

Perguntadas sobre os motivos da não realização dos exames diagnósticos pelo SUS, as pacientes disseram que não conseguiram fazê-los apesar da tentativa de acesso na rede pública ou preferiram pagar para ter o resultado mais rápido. Da mesma forma que ocorreu para custear a primeira consulta, as pacientes se valeram de parentes e amigos que se dividiram para ajudar no pagamento das despesas. Uma paciente, inclusive, fez a quimioterapia prévia, mas não conseguiu custear a cirurgia no prazo máximo recomendado de até 30 dias e seu tumor teria evoluído, tornando-se inoperável, sendo a paciente direcionada para o tratamento de quimioterapia paliativa.

A biópsia e o exame anatomopatológico, fundamentais para selar o diagnóstico do câncer, foram apontados como os exames mais inacessíveis pelo SUS. Em outro estudo brasileiro, mais amplo sobre o assunto, a biópsia de mama foi apontada como o exame mais difícil de realizar na rede pública (TRUFELLI et al., 2008). Então, ampliar a oferta de mamografia somente não terá impacto na redução do diagnóstico tardio do câncer de mama, se outras medidas não forem tomadas em relação às demais fragilidades do sistema.

Vale a pena registrar, também, que a imunohistoquímica, conjunto de técnicas realizadas no anátomo-patológico com vistas ao planejamento individual do tratamento - a depender da expressão de receptores hormonais - foi feita por todas as 30 pacientes, em caráter particular, em São Paulo, por não estar disponível na região e não haver garantia da realização pelo SUS.

No presente estudo procurou-se também investigar o tempo de realização dos resultados dos exames pelo SUS como possível fator colaborador para o diagnóstico tardio da doença, tanto entre as mulheres que os fizeram exclusivamente quanto parcialmente pelo SUS. Este tempo muito foi longo: até 03 meses em 82,4% dos casos, chegando a 01 ano em 11,8% e mais de 01 ano em 5,9%. O tempo menor foi associado à região de Vitória da Conquista, possivelmente, por concentrar no município pólo os recursos tecnológicos para isso.

Para efeito de comparação de como tempo gasto para realização dos exames no sudoeste baiano foi longo, estudo nos EUA investigou o porquê de a confirmação diagnóstica acontecer em 04 semanas e não antes (CAPLAN et al., 1996). Prioridade e equidade, pilares do processo de regulação da assistência no sistema público de saúde não aconteceu na região, aparentemente.

Depois de realizada a biópsia, perguntadas sobre qual foi o tempo levado para receber o resultado (anátomo-patológico), a maioria das mulheres respondeu de 01 a 03 meses (83,3%). Foi um desempenho ruim e que contribuiu para estender o tempo no percurso para o diagnóstico, que merece uma análise mais criteriosa. De posse deste resultado, todas as pacientes se empenharam em levá-lo para conhecimento do seu médico em até 01 mês.

Ao receber a notícia de ser portadora do câncer de mama, o sentimento mais referido foi “choque” (30%), seguido de tranquilidade (26,7%), tristeza/depressão (23,4%), desespero (16,7%) e medo (3,3%). Houve relatos de desalento sim, mas também de superação, demonstrando a capacidade de resiliência destas mulheres. Todas, sem exceção, sentiam-se gratas pelo tratamento que estavam recebendo do SUS naquele momento.

O tempo geral do primeiro sinal/sintoma à confirmação da doença foi o somatório do tempo gasto em cada etapa, e foi longo na maioria dos casos: acima de 04 meses em 70% da amostra, considerando que o tamanho do tumor é fundamental para o tratamento e o prognóstico. A região de Vitória da Conquista também foi associada ao menor tempo geral para o diagnóstico do câncer de mama.

Estudos brasileiros chegaram à conclusão de que o tempo mais longo ocorreu entre a mamografia e realização da biópsia (TRUFELLI et al., 2008; REZENDE et al., 2009).

A cirurgia de mama faz parte do tripé para o tratamento do câncer e foi inacessível à maioria das pacientes com indicação, ao contrário da quimio e radioterapia, feitos 100% pelo SUS. Estaria nos valores de ressarcimento praticados na Tabela Unificada do SUS a definição do acesso aos procedimentos? Merece um estudo aprofundado.

Na região existe a Unacon de referência, habilitada dentro dos critérios exigidos em legislação específica, que prevê a integralidade da assistência: porta de entrada, exames diagnósticos, internações clínicas e cirúrgicas (BRASIL, 2014a). Por isso, os serviços isolados de quimio e radioterapia foram abolidos no Brasil (BRASIL, 2007), expandindo Unacons e Cacons. E, apesar disso, as pacientes não foram referenciadas a esta unidade para a consulta com especialista e realização dos exames diagnósticos.

Este referenciamento somente aconteceu para realização do tratamento quimioterápico, sinalizando que a lógica da assistência não mudou, as Unacons não trouxeram a integralidade prevista: continuam funcionando como serviço isolado. Neste contexto, merece destaque que as unidades de alta complexidade em oncologia, sozinhas, não conseguirão atender à crescente demanda sem a estruturação e apoio da rede de média complexidade dos estados e municípios. Se a legislação é coerente e o financiamento existe, mesmo que longe do ideal, as práticas de gestão precisam ser revistas e o investimento dirigido às ações prioritárias.

Em que pese o subfinanciamento do SUS dificultar a organização da oferta com qualidade, de acordo com as necessidades e os direitos da população, não explica simplesmente esta grande dificuldade de acesso, especialmente para o diagnóstico do câncer de mama que deveria ser prioridade na alocação dos recursos, em se tratando do mais incidente na região (40%) (SMSVC, 2015). Os gastos com saúde devem ser encarados pelos gestores como investimento em cidadania e no prolongamento da vida, direito de todos os brasileiros (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Considerando as condições socioeconômicas destas mulheres, que pagaram pelas consultas e exames diagnósticos à custa do sacrifício financeiro de suas famílias e amigos, a

dificuldade de acesso ao SUS pode ter sido um fator agravante para o diagnóstico tardio do câncer de mama na medida em que: a) as ações referentes à promoção e prevenção da atenção primária à saúde deixaram a desejar, observado na falta de informação adequada, de um exame clínico bem feito, de realização da mamografia de rastreamento e na falta da busca ativa (os agentes comunitários de saúde cumprem papel importante de capilaridade na comunidade, através de suas visitas mensais, e deveriam ser melhor orientados e capacitados pela equipe de saúde quanto ao AEM e exame preventivo anual); b) as ações de proteção e recuperação da saúde falharam no que diz respeito ao acesso à primeira consulta, ao reconhecimento dos primeiros sinais/sintomas da doença, ao acesso à consulta de retaguarda e aos exames diagnósticos.

Pode-se deduzir que a fragmentação da rede de saúde é grande, apesar de regionalizada e hierarquizada. Na vigência de uma doença com grande sobrecarga emocional e econômica como o câncer, o direito à saúde teria que ser garantido.

A consulta com mastologista, por exemplo, fundamental para confirmação diagnóstica, tem baixa oferta na região. No CNES da unidade de referência em oncologia, consta apenas 01 (uma) mastologista (BRASIL, 2015d). Na Região Sudoeste, em 2015, foram realizadas 6.361 consultas com mastologista, sendo 2.861 (45%) no município de Vitória da Conquista (BRASIL, 2015a), para uma população total de 1,7 milhões de habitantes, quando o esperado seria, pelo menos 27.000 (BRASIL, 2002).

Além disso, ficou claro que a conduta dos profissionais de saúde não é padronizada, o que implica em condutas variadas frente à detecção precoce do câncer de mama. Esta situação também foi confirmada por outro estudo brasileiro sobre o mesmo tema (CANIDO et al., 2007), em que pese os inúmeros protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas emitidos pelo Ministério da Saúde para todas as áreas de atenção. Esta política tem que ser revista, pois não está alcançando a ponta do sistema: a assistência direta à população.

Vale a pena um estudo aprofundado sobre o assunto, desde o compromisso da gestão com a educação permanente em saúde à responsabilidade das escolas de formação para com as habilidades técnicas, ética e compromisso social dos egressos para o mercado de trabalho do SUS, possuidor hoje de cerca de 03 milhões de trabalhadores (BRASIL, 2015e).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico tardio do câncer de mama - que compromete substancialmente o prognóstico da doença - na Região Sudoeste da Bahia, assim como no Brasil, é realizado em estágio avançado na maioria dos casos. Na Unacon de Vitória da Conquista, único centro de referência local para tratamento pelo SUS, 47,8% das mulheres matriculadas no ano de 2015 foram diagnosticadas em estadiamentos avançados III e IV. É o tipo de câncer mais incidente na região, representado 40% dos casos (SMSVC, 2015).

Nesta pesquisa, sugere-se que os principais fatores determinantes do diagnóstico tardio do câncer de mama no sudoeste baiano são tempo de realização da primeira consulta após a detecção do sinal/sintoma na mama; falta de reconhecimento da doença pelos profissionais de saúde na primeira consulta; e tempo entre a primeira consulta e a confirmação da doença.

Merece destaque, neste contexto, a dificuldade de acesso pelo SUS às consultas especializadas (ginecologia/mastologia) na rede de saúde (retaguarda importante para a atenção primária) e dos exames de mamografia, biópsia e anátomo-patológico, associados ao atraso nos resultados. O tratamento cirúrgico na rede pública da região sudoeste também se mostrou praticamente inexistente.

É provável que e a fragilidade das ações de prevenção, proteção e promoção à saúde na atenção primária, da educação permanente em serviço e da fragmentação da rede de saúde tenham contribuído para o incremento dos citados fatores.

O direito à saúde garantido na Carta Magna e a extensa legislação do SUS que regulamenta as ações para garantia deste direito, através da Política Nacional de Atenção Oncológica, parece não ter o esperado impacto na ponta do sistema, com consequente efeito negativo na população dependente do SUS que padece do câncer.

Existe uma multiplicidade de questões que se relacionam ao complexo processo de estruturação do sistema de saúde no país. A responsabilidade de organizar a atenção oncológica impõe aos gestores da saúde o desafio de articulação com os outros setores do governo e da sociedade para garantia da viabilidade das ações (PAIM; ALMEIDA, 2014). Os mais variados e ricos estudos no assunto podem fornecer subsídios para sua melhor compreensão, assim como da utilização dos diferentes recursos humanos, financeiros e tecnológicos, a partir do entendimento de que a efetivação das políticas e das ações de saúde não ocorre num “vácuo”; pelo contrário, ela é fruto de um grande esforço e contribuição de instituições e atores que podem e devem ser acumulativas a cada novo contexto político (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Esforços e investimentos devem ser concentrados com objetivo de diminuir a distância entre o texto legal do SUS de universalidade, integralidade, gratuidade e equidade do sistema e a realidade encontrada. Em que medida o subfinanciamento do sistema público brasileiro contribui para esta distância? Difícil mensurar, mas, de qualquer forma, a complexidade do SUS leva a crer que esta questão é multifatorial.

O diagnóstico tardio do câncer de mama no SUS pode e deve ser superado com ações voltadas à informação da população e à educação permanente dos trabalhadores do SUS, com foco na conscientização da sua corresponsabilidade neste processo. Além disso, investimentos nas ações de rastreamento, no incremento da oferta das consultas especializadas e nos procedimentos diagnósticos básicos, associados à organização do fluxo de acesso, certamente impactarão de forma muito positiva na garantia do direito fundamental à saúde às cidadãs brasileiras.

Depende, fundamentalmente, do fomento a estas ações pelo nível federal e estadual de gestão, associado ao incremento financeiro nos procedimentos de média complexidade para que as gestões locais tenham fôlego para as implementações necessárias. A rede de saúde pública do sudoeste baiano tem potencial para isso.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). **BIRADS**. Disponível em: <<http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PDF/QualitySafety/Resources/BIRADS/01Mammography/02BIRADS Mammography Reporting.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Programação. **Plano Diretor de Regionalização 2012**. 2012a. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BAHIA. Comissões Intergestores Bipartite. **Resolução nº 275 CIB/BA**, 15 de agosto de 2012. “Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.” (Ementa). 2012b.

BRASIL. **Constituição Federal**. Sessão II, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080**, 19 de setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (Ementa). 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama**. Documento de Consenso. abr. 2004. 33p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 687**, 30 de março de 2006. “Aprova a Política de Promoção à Saúde.” (Ementa). 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 513 SAS/MS**, de 26 de setembro de 2007. “Estabelecer que sejam mantidas, até a competência fevereiro de 2008, as habilitações de Serviços Isolados de Radioterapia e Quimioterapia.” (Art. 8º). 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Sumário Executivo. **Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil**. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 16p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: MS, 2010a. 95p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº 29).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 421**, 25 de agosto de 2010. “Define bases técnicas para autorização de quimioterapia/hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata.” (Ementa). 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**, 30 de dezembro de 2010. “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022**. 2011a. 145p.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.401**, 28 de abril de 2011. “Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.” (Ementa). 2011b.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508**, 28 de junho de 2011. “Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.” (Ementa). 2011c.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.646**, de 21 de dezembro de 2011. “Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.” (Ementa). 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.029**, 24 de agosto de 2011. “Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488 GM/MS**, 21 de outubro de 2011. “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).” (Ementa). 2011f.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.732**, 22 de novembro de 2012. “Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.” (Ementa). 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 252 GM/MS**, 19 de fevereiro de 2013. “Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas de Oncologia SIA/SUS**. 14. ed. Brasília: MS, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 70 SAS/MS**, 30 de janeiro de 2013, Anexo. “Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado.” (Ementa). 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 874 GM/MS**, de 16 de maio de 2013. “Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.” (Ementa). 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 876 GM/MS**, de 16 de maio de 2013. “Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2013e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 140 SAS/MS**, 27 de fevereiro de 2014. “Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção

especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2014a.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. 2014b. Disponível em: <[http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/common/arquivos/Glossario\\_Portal\\_Transparencia.pdf](http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/common/arquivos/Glossario_Portal_Transparencia.pdf)>. Acesso em novembro/2014>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tabela Unificada do SUS**. Grupo 02, Subgrupo 04, Forma de Organização 03, Procedimento 0204030188. 2015a. Disponível em: <[sigtap.datasus.gov.br](http://sigtap.datasus.gov.br)>. Acesso em: 13 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Informática no SUS. 2015b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=2933302402076](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2933302402076)>. Acesso em: 08 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do SUS. 2016a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do SUS. 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qaba.def>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. G. O.; AMORIM, A. M. M. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 5, p. 241-246, maio 2010.

CANIDO, R. E.; CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; MARTINS, A. A. Avaliação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino e de Mama no Município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 375-383, jul./set. 2007.

COCHRANE COLLABORATION. Disponível em: <[www.cochrane.org/&prev=search](http://www.cochrane.org/&prev=search)>. Acesso em: nov. 2014.

ELEY, J. W.; HILL, H. A.; CHEN, V. W.; AUSTIN, D. F.; WESLEY, M. N.; MUSS, H. B.; GREENBERG, R. S.; COATES, R. J.; CORREA, P.; REDMOND, C. K. Racial differences in survival from breast cancer. **Results of the National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study. JAMA**, v. 28, n. 12, p. 947-54, Sep. 1994.

FONTANELLA, B. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos da pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. 114p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

HOFF, P. M. G; KATZ, A; CHAMMAS, R; O. FILHO, V.; NOVIS, Y. S. **Tratado de oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013. 2829p. v. 02.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\_Demografico\_2010/Resultados\_do\_Universo/tabelas\_pdf/tab1.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Ações e programas no Brasil** - controle do câncer de mama. Disponível: <www.inc.gov.br>. Acesso em: 14 nov. 2014a.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. 122p.

LANNIN, D. R.; MATHEWS, H. F.; MITCHELL, J.; SWANSON M.S.; SWANSON F. H.; EDWARDS M. S. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. **JAMA**, v. 10, n. 22, p. 1801-7, Jun. 1998.

MENDES, A. C. G; SÁ, D. A; MIRANDA G. M. D; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

OSHIRO, M. L.; BERGMANN, A.; SILVA, R. G.; COSTA, K. C.; TRAVAIM, I. E. B.; SILVA, G. B.; THULER, L. C. S. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 15-23, 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. **Saúde coletiva** – teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.

PINHEIRO, A. B.; LAUTER, D. S.; MEDEIROS, G. C.; CARDOZO, I. R.; MENEZES, L. M.; SOUZA, R. M. B.; ABRAHÃO, K.; ABRAHÃO, L.; BERGMANN, A.; THULER, L. C. S. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 320p. ISBN 85-89737-24-1.

PORTO, M. A. T; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos Históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.

REZENDE, M. C. R.; KOCK, H. A.; FIGUEIREDO, J. A.; THULER, L. C. S. Causas do Diagnóstico Tardio no Câncer de Mama. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, jun. 2009.

SILVA, P. F.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; VIANA, K. C. G. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em

hospital de referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B. B.; FRAILE, N. M. P.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. R.; RIECHELMANN, R. K.; KALIKS, R.; GILGLIO, A. D. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 54, n. 1, p. 72-6, 2008.

VARELLA, D. **O risco do câncer de mama**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-mama/o-risco-do-cancer-de-mama/>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Arquivos do SISAPAC, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Fact sheets cancer**. 2014. Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx?cancer=breast](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=breast)>. Acesso em: 15 set. 2014.

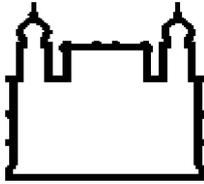
YANKASKAS, B. C.; GILL, K. S. Diagnostic mammography performance and race: outcomes in Black and White women. **Cancer**, v. 104, n. 12, p. 2671-81, 2005.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ABRIL, F. G. M.; DÍAZ, J. M. O.; AMAYA, G. H. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). **Invest Educ Enferm**, v. 30, n. 1, p. 18-27, mar. 15, 2012.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 055**, de 24 de fevereiro de 1999. “Institui o Tratamento Fora do Domicílio/TFD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 1999.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.101**, 12 de junho de 2002. “Estabelece Parâmetros Assistenciais no SUS.” (Ementa). 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963 GM/MS**, de 27 de maio de 2013. Gabinete do Ministro. “Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Ementa). 2013f.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. BRASÍLIA, 15., 2015. Documento Orientador de apoio aos debates**. MS, 2015c. 31p. p.12.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/auditoria/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- MALRÔCO, J. P. **Análise Estatística com utilização do SPSS**. Lisboa: Sílabo, 2003. 824p.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2009. 108p.
- THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. E. S. Estadiamento inicial dos Casos de Câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 27, n. 11, p. 656-661, 2005.
- WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **National cancer control programmes**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>>. Acesso em: 28 set. 2015.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**O Direito de Viver e o Diagnóstico Tardio do Câncer de Mama, em Vitória da Conquista, Bahia**”, desenvolvida por **Rita de Cássia Natividade Ataíde**, aluna de Mestrado em Direito e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do **Professor Dr. William Waissmann**.

O objetivo principal do estudo é conhecer os motivos pelos quais o câncer de mama, em muitos casos, é descoberto/diagnosticado com atraso na Região Sudoeste da Bahia.

Você está sendo convidada a participar porque estamos desenvolvendo a pesquisa baseada na opinião e experiência de mulheres em tratamento. O objetivo é colaborar para que sejam encontrados meios de descobrir a doença mais cedo e ter melhores resultados.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, e você pode muito bem decidir se quer ou não participar, bem como deixar de participar a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não concordar em participar ou desistir, mas reafirmo que sua entrevista é muito importante para o sucesso da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, ou seja, tudo que for dito aqui será mantido sob sigilo.

Não haverá divulgação de dados que permitam identificação dos indivíduos. Todas as informações só serão divulgadas de forma conjunta e o material será guardado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou depois, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato que constam neste Termo.

A sua participação consistirá em responder às perguntas de um roteiro à pesquisadora, que anotará suas respostas; sendo a entrevista também gravada, caso você concorde e permita.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 (quarenta) minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais (computador, DVD), mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e o seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos 05 (cinco) anos, conforme Resolução nº 466/2012 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de fornecer informações importantes sobre o caminho feito por você até descobrir o câncer de mama, que contribuirão para que sejam levantadas sugestões aos gestores da saúde no sentido de diminuir

o tempo gasto para atendimento e diagnóstico, o que beneficiará outras mulheres que virão a ter a doença.

Caso você se sinta desconfortável para responder alguma pergunta, o que é possível e natural que aconteça, pois serão lembrados momentos relacionados ao descobrimento da doença, você terá todo o tempo para pensar ou refazer a sua resposta.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados no final do curso de Mestrado, através de uma dissertação, para uma banca examinadora e o público participante, podendo até mesmo serem divulgados e publicados em revistas científicas, sem, porém, que haja identificação de indivíduos, sendo os dados tratados em conjunto.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora, devendo todas as páginas serem rubricadas pelas duas partes, com as assinaturas por extenso na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”. Contatos:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210  
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Você concorda e permite a gravação da sua entrevista? ( )Sim ( )Não

---

Nome e Assinatura da Pesquisadora

**Contato com a pesquisadora responsável: Rita de Cássia Natividade Ataíde, aluna de Mestrado em Direito e Saúde da ENSP/FIOCRUZ - Tel: (77) 8811 7075 E-mail: rita.cna@hotmail.com**

Vitória da Conquista, de de 2015

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Assinatura da participante da pesquisa

Nome do participante:

**APÊNDICE B - Modelo de Formulário****PESQUISA: CÂNCER DE MAMA****FORMULÁRIO - Registro nº \_\_\_\_\_****01. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome completo:

Prontuário:

Idade: \_\_\_\_\_

Tel: (77)

Município:

Cor: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela

Estado conjugal: ( ) nunca foi casada ( ) casada ou vive com companheiro(a)

( ) separada/divorciada ( ) viúva

Profissão ou principal ocupação:

**02. ESCOLARIDADE (Você estudou? Até quando?):**

( ) Analf. Fund. ( ) comp. ( ) incomp. Médio ( ) comp. ( ) incomp. Superior ( ) comp.

( ) incomp.

**03. RENDA FAMILIAR (Qual o valor da renda mensal de sua família?):**

( ) até 1 salário ( ) de 2 a 3 ( ) de 3 a 4 ( ) de 4 a 5 ( ) mais de 5 salários

**04. QUAL FOI O SEU PRIMEIRO PROBLEMA NA MAMA?**

( ) Sintoma – Qual?

( ) Sinal – Qual?

( ) Alteração no exame de palpação feito por um profissional de saúde

( ) Alteração na mamografia ( ) Alteração no ultrassom

**05. QUANTO TEMPO LEVOU ATÉ A PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2a

**Por quê?****06. QUANTO TEMPO LEVOU ATÉ A CONSULTA?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2a

**Por quê?****07. QUAL FOI O PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE VOCÊ PROCUROU?**

( ) público ( ) privado

**Por que esta escolha?****A doença foi reconhecida pelo profissional de saúde:** ( ) sim ( ) não**Se SIM, o que foi feito?****Se SIM, qual foi o profissional de saúde?** ( ) médico ( ) enfermeiro

( ) outro. Qual:

**OBS: perguntar caso o item 07 seja NÃO:**

**08. QUAL FOI O SERVIÇO DE SAÚDE QUE SUSPEITOU DA DOENÇA:**

( ) público ( ) privado

**Qual foi o profissional de saúde?** ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) Outro. Qual:

**O que foi feito?**

**09. VOCÊ PROCUROU O SUS PARA REALIZAR OS SEUS EXAMES NECESSÁRIOS? E ONDE, EXATAMENTE?**

**10. OS SEUS EXAMES FORAM PROVIDENCIADOS PELO SUS?**

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial

**Se SIM: Quanto tempo levou?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2a

**Se NÃO: Como conseguiu fazer?**

**Se PARCIAL, quais sim e quais não?**

( ) mamografia ( ) USG ( ) biópsia ( ) anátomo-patológico ( ) cintilografia

**11. OS SEUS EXAMES FORAM FEITOS EM SEU MUNICÍPIO DE ORIGEM?**

( ) Sim ( ) Não

**Se NÃO: teve dificuldade para realizá-los em outro município?** ( ) Sim ( ) Não

**Por quê?**

**Que tipo de exame mais demorou para ser feito?**

( ) mamografia ( ) USG ( ) biópsia ( ) anátomo-patológico ( ) cintilografia

**12. QUANTO TEMPO DEPOIS DA BIÓPSIA VOCÊ FOI PEGAR O RESULTADO (DO EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO)?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2a

**13. DEPOIS DE PEGAR ESTE RESULTADO, VOCÊ LEVOU QUANTO TEMPO PARA MOSTRAR AO SEU MÉDICO?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2a

**14. QUAL O TEMPO ENTRE A SUSPEITA DA DOENÇA E O CONHECIMENTO DO RESULTADO (DIAGNÓSTICO FINAL/HISTOPATOLÓGICO)?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2ª

**15. QUAL O TEMPO ENTRE O CONHECIMENTO DO RESULTADO E O INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO?**

( ) até 1 mês ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 6 ( ) de 7 a 12 ( ) mais de 1a ( ) mais de 2ª

**Qual foi o primeiro tratamento?** ( ) QT ( ) RT ( ) Cirurgia

**16. VOCÊ FEZ CIRURGIA NA MAMA?** ( ) Sim ( ) Não

**Se SIM – Foi na Unacon?** ( ) Sim ( ) Não

**Se NÃO - Foi em Vitória da Conquista?** ( ) Sim ( ) Não **Pelo SUS?** ( ) Sim ( ) Não

**17. COMO VOCÊ SE SENTIU AO RECEBER A CONFIRMAÇÃO DA DOENÇA?**

**18. VOCÊ JÁ OUVIU FALAR NO AUTOEXAME DAS MAMAS?**

Sim       Não

Se **SIM**: Sabe como fazer?  sim  não

Se **SIM**: Onde aprendeu?

Costumava fazer antes do início da doença?  sim  não

Com que frequência?  Diário  Semanal  Mensal  Anual

**19. NAS CONSULTAS QUE VOCÊ JÁ FEZ NUMA UNIDADE DE SAÚDE, ALGUM  
PROFISSIONAL EXAMINOU SUAS MAMAS?**

sim       não

Se **sim**:

Qual foi o profissional de saúde?  médico       enfermeiro

**ANEXO**

## ANEXO A - Aprovação do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Direito de Viver e o Diagnóstico Tardio do Câncer na Região Sudoeste da Bahia.

**Pesquisador:** RITA DE CASSIA NATIVIDADE ATAIDE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 45971815.9.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.152.639

**Data da Relatoria:** 01/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto do curso de mestrado profissional de direito em saúde, intitulado "O direito de viver e o diagnóstico tardio do câncer de mama na região sudoeste da Bahia", e proposto por Rita de Cássia Natividade Ataide, sob orientação de William Waissmann. Possui financiamento próprio, orçado em R\$2.454,00, apresentado no PB-Informações Básicas do Projeto.

Resumo do projeto: No Brasil, o câncer de mama ocupa o 1º lugar entre as mulheres, excluindo os casos de pele não melanoma, com 57.120 casos e 17.820 óbitos por ano (INCA, 2014), o que equivale a dizer que 49 mulheres morrem por dia no país vítimas desta doença! Não é diferente na Região Sudoeste da Bahia. Com 73 Municípios e cerca de 1,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010), a citada região tem como referência para diagnóstico e tratamento do câncer do adulto o município de Vitória da Conquista/BA, sede da única Unidade de Atendimento Integral ao Paciente com Câncer (Unacon) e pólo da região de saúde. A Unacon está localizada no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), unidade de natureza pública e gestão estadual. Foi escolhido o serviço de quimioterapia para este estudo, por ser o mais organizado da Unacon com prontuários eletrônicos, estadiamento de todas as pacientes e facilidade em se conseguir informações complementares necessárias. Além disso, ao iniciar o tratamento com quimioterapia, o diagnóstico já foi

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

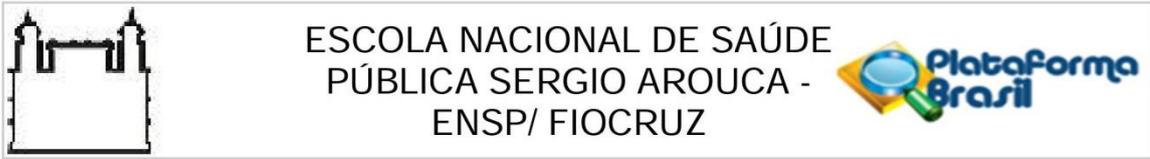
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

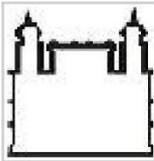
**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.152.639

confirmado. Este projeto é um estudo qualitativo, descritivo e com estudo de campo. De modo a atender aos objetivos de pesquisa propostos, no estudo de campo será aplicada uma entrevista semiestruturada às pacientes em tratamento quimioterápico na Unacon acerca dos motivos pelos quais o diagnóstico do câncer de mama se deu em estadiamento avançado (IIB, III e IV da Classificação TNM). Obrigatoriamente, as pacientes devem ser provenientes de Vitória da Conquista e dos demais municípios da Região Sudoeste da Bahia, e apenas desta. Será necessário também o acesso aos prontuários para verificação do estadiamento de cada paciente que será entrevistada. Em local que garante a privacidade e evita o constrangimento, através de contato direto individual, as entrevistas com as pacientes serão realizadas pela pesquisadora, independentemente da idade e da forma de encaminhamento, mas todas em início de tratamento, nos primeiros 06 meses, tanto para não comprometer o tamanho da amostra, quanto para não sofrer viés de memória do percurso na rede de saúde. As informantes da pesquisa serão devidamente esclarecidas verbalmente quanto aos objetivos do estudo, à preservação das suas identidades (o que constitui uma questão de alta relevância ética), aos riscos e benefícios da sua participação, assim como serão respondidas todas as dúvidas que porventura surgirem. Concordando em participar, assinarão o TCLE juntamente com a pesquisadora em duas vias, e receberá uma via. Em seguida será realizada a entrevista, sem amostra pré-definida, que consistirá no preenchimento de um formulário semiestruturado. As entrevistas serão realizadas até o ponto de saturação das respostas. Serão utilizados nove grupos de variáveis de estudo, consideradas importantes para análise do diagnóstico tardio do câncer de mama: identificação da paciente; Escolaridade; renda familiar; tempo entre o início do sintoma/sinal na mama ou da alteração dos exames de rastreamento e a suspeita da doença pelo serviço de saúde; tempo para providenciar os exames necessários; tempo entre a suspeita e o conhecimento do diagnóstico final (histopatológico); tempo entre o diagnóstico final e o início do tratamento; sentimento em relação à doença; autoexame das mamas. O formulário foi elaborado de forma a permitir que a paciente refaça o percurso na sua memória desde o primeiro momento e forneça as informações necessárias, com objetivo de conseguir detectar os pontos que implicam no atraso do diagnóstico. Para assegurar a adequação do instrumento da pesquisa, foi realizado teste de face, quando o questionário foi submetido à análise de especialistas com posterior revisão. Teste piloto será feito com aplicação do questionário a algumas pacientes com características similares às da amostra, mas sem fazer parte desta, com vista à: desenvolver os procedimentos de aplicação, testar o vocabulário empregado nas questões e assegurar que as perguntas ou as observações a serem feitas sejam adequadas.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



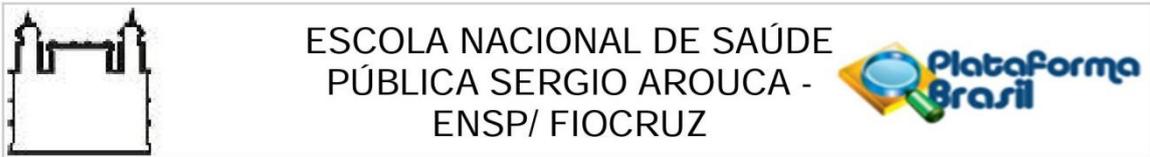
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.152.639

Desenho de Estudo: Este projeto é um estudo qualitativo, descritivo e com estudo de campo. De modo a atender aos objetivos de pesquisa propostos, no estudo de campo será aplicada uma entrevista semiestruturada às pacientes em tratamento quimioterápico na Unacon/VC acerca dos motivos pelos quais o diagnóstico do câncer de mama se deu em estadiamento avançado (IIB, III e IV da Classificação TNM). Obrigatoriamente, as pacientes devem ser provenientes de Vitória da Conquista e dos demais municípios da Região Sudoeste da Bahia, e apenas desta. Será necessário também o acesso aos prontuários para verificação do estadiamento de cada paciente que será entrevistada. As entrevistas com as pacientes serão realizadas pela pesquisadora, independentemente da idade e da forma de encaminhamento, mas todas em início de tratamento, nos primeiros 06 meses, tanto para não comprometer o tamanho da amostra, quanto para não sofrer viés de memória do percurso na rede de saúde. Em local que garante a privacidade e evita o constrangimento, através de contato direto individual, as informantes da pesquisa serão devidamente esclarecidas verbalmente quanto aos objetivos do estudo, à preservação das suas identidades (o que constitui uma questão de alta relevância ética), aos riscos e benefícios da sua participação, assim como serão respondidas todas as dúvidas que porventura surgirem. Concordando em participar, assinarão o TCLE juntamente com a pesquisadora em duas vias, e receberá uma via. Em seguida será realizada a entrevista, sem amostra pré-definida, que consistirá no preenchimento de um formulário semiestruturado. As entrevistas serão realizadas até o ponto de saturação das respostas. Serão utilizados nove grupos de variáveis de estudo, consideradas importantes para análise do diagnóstico tardio do câncer de mama: identificação da paciente escolaridade; renda familiar; tempo entre o início do sintoma/sinal na mama ou da alteração dos exames de rastreamento e a suspeita da doença pelo serviço de saúde; tempo para providenciar os exames necessários; tempo entre a suspeita e o conhecimento do diagnóstico final (histopatológico); tempo entre o diagnóstico final e o início do tratamento; sentimento em relação à doença; autoexame das mamas. O formulário foi elaborado de forma a permitir que a paciente refaça o percurso na sua memória desde o primeiro momento e forneça as informações necessárias, com objetivo de conseguir detectar os pontos que implicam no atraso do diagnóstico. Para assegurar a adequação do instrumento da pesquisa, foi realizado teste de face, quando o questionário foi submetido à análise de especialistas com posterior revisão. Teste piloto será feito com aplicação do questionário a algumas pacientes com características similares às da amostra, mas sem fazer parte desta, com vista à: desenvolver os procedimentos de aplicação, testar o vocabulário empregado nas questões e assegurar que as perguntas ou as observações a serem

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.152.639

feitas sejam adequadas às variáveis que se pretende medir. A depender das observações de pacientes e pesquisadores, modificações poderão ser realizadas objetivando a melhoria da abordagem.

Tamanho Amostral: 50 indivíduos.

**Critério de Inclusão:** pacientes em tratamento quimioterápico na Unacon/VC, as quais o diagnóstico do câncer de mama se deu em estadiamento avançado (IIB, III e IV da Classificação TNM). Obrigatoriamente, as pacientes devem ser provenientes de Vitória da Conquista e dos demais municípios da Região Sudoeste da Bahia, e apenas desta.

**Critério de Exclusão:** Não declarado.

**Cronograma:** presente no PB – Informações Básicas do Projeto.

**Objetivo da Pesquisa:**

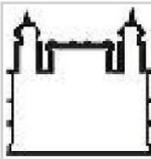
**Objetivo Primário:** Analisar os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio do câncer de mama em mulheres da Região Sudoeste da Bahia, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

**Objetivo Secundário:** 1. Identificar o percentual de mulheres com diagnóstico tardio do câncer de mama, atendidas na Unacon de Vitória da Conquista/BA, pelo SUS, provenientes da Região Sudoeste do Estado; 2. Conhecer quais são as principais causas relacionadas ao diagnóstico tardio do câncer de mama nestas mulheres; 3. Evidenciar a legislação nacional que prevê as ações de atenção oncológica, em especial no que diz respeito à adequação temporal do atendimento e do diagnóstico do câncer de mama.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, a autora refere que "ao relembrar momentos relacionados ao descobrimento da doença, a paciente pode se sentir desconfortável para responder alguma pergunta, o que é possível e natural que aconteça, mas ela terá todo o tempo para pensar ou refazer a sua resposta. As questões foram cuidadosamente formuladas de modo a não provocar sentimento de culpa na paciente pelo atraso no diagnóstico".

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.152.639

Sobre os benefícios, a proponente indica que "O benefício da entrevista com pacientes nesta pesquisa é o de fornecer informações importantes sobre o seu percurso na rede de saúde até descobrir o câncer de mama, o que contribuirá para que sejam levantadas sugestões aos gestores da saúde no sentido de diminuir o tempo gasto, e beneficiar tantas outras mulheres que virão a ter a doença".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto claro e objetivo, com elementos suficientes para apreciação deste comitê de ética em pesquisa. O estudo proposto possui relevância para um melhor entendimento sobre o diagnóstico tardio de câncer de mama em mulheres e reflexões sobre possíveis mecanismos de intervenção.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Dentre os documentos estão incluídos:

- PB-informações básicas do projeto e formulário de submissão de projetos da Plataforma Brasil/CONEP/CNS;
- Folha de rosto, devidamente preenchida e assinada pela proponente;
- Projeto de mestrado na íntegra, pós defesa de qualificação;
- Questionário instrumento de coleta;
- Declaração de anuência da instituição coparticipante (Hospital Geral de Vitória da Conquista)
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido a ser aplicado para coleta de dados.

**Recomendações:**

No caso de alguma possível participante não ter 18 anos completos será necessário excluí-la da amostra ou elaborar um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para ser submetido ao CEP, via emenda na Plataforma Brasil, antecipadamente.

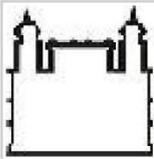
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.152.639

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

\* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).

\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

\* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

RIO DE JANEIRO, 17 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Carla Lourenço Tavares de Andrade**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)