

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

SUZANA BOSAK DOS SANTOS

**INVESTIGAÇÃO SOBRE INDICADORES DE TEMPOS ASSISTENCIAIS
PARA MULHERES COM IDADE \geq 40 ANOS, DIAGNOSTICADAS COM CANCER
DE MAMA EM UM HOSPITAL 100% SUS EM PORTO ALEGRE, NA
PERSPECTIVA DA LEI N° 12.732/2012**

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

SUZANA BOSAK DOS SANTOS

**INVESTIGAÇÃO SOBRE INDICADORES DE TEMPOS ASSISTENCIAIS
PARA MULHERES COM IDADE \geq 40 ANOS, DIAGNOSTICADAS COM CANCER
DE MAMA EM UM HOSPITAL 100% SUS EM PORTO ALEGRE, NA
PERSPECTIVA DA
LEI N° 12.732/2012**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre

2022

APRESENTAÇÃO

Como estudante do curso de Saúde Coletiva, meu interesse para desenvolver o tema deste trabalho é justificado por várias questões. Primeiro, por acreditar que a prevenção é possível para muitos casos, e que as campanhas preventivas no Sistema Único de Saúde (SUS), se bem conduzidas e direcionadas, podem ajudar muitas pessoas. E, segundo, por um conjunto de características pessoais, que faz com este tema seja presente na minha vida. Tenho 65 anos, casada, mãe de quatro filhas, e, sendo mulher e convivendo com outras mulheres, dividimos experiências sobre o que é ser mulher, e como enfrentar as doenças do corpo feminino, entre elas o câncer de mama.

O tema escolhido e o desenvolvimento deste trabalho me fez aprender muito, mas, ao mesmo tempo, percebo o quanto ainda sei pouco, e que muitas perguntas permanecem sem respostas, ou respostas sem muita certeza. Interagir com as pessoas da família sobre o câncer de mama foi muito interessante, observo que há muitas questões ainda sem respostas, apesar de haver duas pessoas na família do sexo feminino que estão em tratamento do câncer de mama. Sendo mãe de quatro mulheres, muito me preocupo com relação à saúde e levar minha pesquisa ao conhecimento das mulheres é algo de grande importância, pois, estarei alertando para que tenham cuidado com a saúde, procurando estar em dia com exames de rotina e também procurar ter mais informações sobre essa doença.

Ter escolhido esse tema para meu projeto, me fez ver a importância e o quanto é atual falar sobre essa doença que atinge milhares de pessoas não só no Brasil, como em todo o mundo. A revisão sobre o tema me faz perceber o quanto é necessário saber dos riscos. Faltam informações sobre os determinantes (há especulações, por exemplo, sobre questões alimentares, muitas sem evidências). As

evidências atuais são sobre o componente genético, o diagnóstico, e as condutas clínicas e cirúrgicas. Espero que este trabalho possa trazer informações relevantes sobre o tema e sobre o atendimento das mulheres com câncer de mama em relação aos tempos assistenciais, uma vez que há leis específicas sobre o tema.

RESUMO

Introdução: No Brasil, observa-se um aumento na mortalidade por câncer de mama, o que pode estar relacionado ao atraso no diagnóstico, atraso nos exames, falta nas consultas e demora nos encaminhamentos para proceder ao tratamento. **Objetivo:** Investigar indicadores assistenciais de tempo, pautados pela Lei nº 12.732/2012, para mulheres com idade ≥ 40 anos, diagnosticadas com câncer de mama em um hospital 100% SUS em Porto Alegre. **Metodologia:** Estudo longitudinal descritivo que utilizou um sistema de Registro Hospitalar do Câncer, com mulheres que tiveram sua primeira consulta entre 2012 a 2016. **Resultados:** As mulheres eram em sua maioria brancas (93,1%) e com escolaridade até o ensino fundamental completo (80,5%). Para 78,1% delas, o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias, e 21,9% tiveram tempo superior a 30 dias. Para 65,7% da amostra, o tempo entre diagnóstico e início de tratamento foi de até 60 dias, e 34,3% tiveram tempo superior a 60 dias. **Considerações finais:** Verifica-se que não foi possível cumprir os prazos de 30 e 60 dias entre procedimentos assistenciais para todas as mulheres atendidas no serviço. No entanto, apesar dos indicadores de tempo não estarem exatamente nos prazos determinados pela legislação, considera-se satisfatório o percentual de mulheres cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de 30 dias, e baixo o percentual de mulheres cujo tempo entre diagnóstico e início de tratamento foi de 60 dias.

Palavras-chave: câncer de mama; diagnóstico; prevenção; indicadores.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, there is an increase in mortality from breast cancer, which may be related to delay in diagnosis, delay in exams, lack of consultations, and delay in referrals to proceed with treatment. **Objective:** To investigate time assistance indicators, guided by Law No. 12,732/2012, for women aged ≥ 40 years diagnosed with breast cancer in a 100% SUS hospital in Porto Alegre. **Methodology:** Descriptive longitudinal study with data collected in the Hospital Cancer Registry system with women who had their first consultation between 2012 and 2016. **Results:** The women were primarily white (93.1%) and had completed elementary school (80.5%). For 78.1% of them, the time between the first consultation and the diagnosis was up to 30 days, and 21.9% had a time of more than 30 days. For 65.7% of the sample, the time between diagnosis and initiation of treatment was up to 60 days, and 34.3% had a time greater than 60 days. **Final considerations:** It was not possible to meet the deadlines of 30 and 60 days between care procedures for all women who attended the service. Despite the time indicators not being exactly within the deadlines determined by the legislation, the percentage of women whose time between the first consultation and the diagnosis of 30 days is considered satisfactory and the percentage of women whose time between diagnosis and initiation was 60 or more days were low.

Keywords: breast cancer; diagnosis; prevention; epidemiological indicators.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AJCC	American Joint Committee of Cancers
II	Instituto de Identificação Civil e Criminal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IV	Intravenosa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
RS	Resíduos Sólidos
SC	Seleção de Características
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Estadiamento tumor-nódulo-metástase
UNACON	Unidade em Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
US	Ultrassonografia Trans abdominal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Definição.....	12
3.2 Dados epidemiológicos do câncer de mama	13
3.4 Câncer de mama no Brasil.....	14
3.5 Diagnósticos e tratamento	15
3.6 Legislação.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Problema de pesquisa	18
4.2 Tipo de estudo	18
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	18
4.4 Variáveis	18
4.5 Manejo dos dados.....	19
4.6 Considerações éticas.....	19
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS E APÊNDICES.....	30
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	30
ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS	38
APÊNDICE 1 - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo. Também são utilizados na área outros termos como tumores malignos e neoplasias (OPAS, 2018). O câncer surge da transformação de células normais em células tumorais malignas (OMS, 2018). Essas células se desenvolvem além dos seus limites habituais e, podem invadir partes adjacentes do corpo, e se espalhar para outros órgãos, o que se dá o nome de metástase, que é a principal causa de morte por câncer (OPAS, 2018).

Essa doença afeta a todos, velhos e jovens, pobres e ricos, homens e mulheres, independentemente da faixa etária (GHONCHEH, 2015). O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, causando 9,6 milhões de mortes em 2018. Em nível global, uma em cada seis mortes estão relacionadas à doença. A maioria das mortes ocorre em países de baixa e média renda, sendo relacionado aos fatores de risco comportamentais e alimentares, alto índice de massa corpórea, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividades físicas, uso de álcool e tabagismo (OPAS, 2021), mas ainda com muita discussão na área temática.

O impacto econômico do câncer é significativo e está aumentando. O custo anual da doença em 2010 foi estimado em aproximadamente US\$ 1.16 trilhão (STEWART et al., 2014). Apenas um em cada cinco países de baixa e média renda têm os dados necessários para conduzir uma política, ao passo que 90% dos países de alta renda, relatam que os serviços de tratamento estão disponíveis (OPAS, 2018).

Entre 30% e 50% dos cânceres podem ser reduzidos e controlados por meio da implementação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de pacientes com a doença. Muitos cânceres têm uma alta chance de cura se detectado precocemente e tratado adequadamente (OMS, 2018). Entre as estratégias propostas pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para reduzir a incidência de câncer estão: organizar programas de rastreamento para detectar e tratar lesões pré-cancerosas, prevenir o câncer de colo do útero, além de detectar precocemente o câncer de mama (OPAS, 2013; OMS, 2017).

No Brasil, observa-se que o número de mortes com câncer de mama aumenta e o que pode estar relacionado com atraso do diagnóstico, atraso nos exames, falta nas consultas à demora nos encaminhamentos para proceder ao tratamento, isso vem atrasar os cuidados com a doença (INCA, 2019). No Brasil o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do país, sendo as taxas nas regiões do Sul e Sudeste as mais altas do país (INCA 2020). Uma alta incidência do câncer de mama é esperada após os 60 anos, uma vez que é descoberto usualmente entre mulheres de 40 a 60 anos de idade. Em mulheres jovens ele é raro, contudo, mais agressivo (INCA, 2009).

A relevância desse trabalho estará em mostrar que existe uma preconização de tempos em relação às condutas assistenciais em relação ao câncer de mama no Brasil, procurando reduzir a mortalidade pela doença (BRASIL, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar indicadores de tempos assistenciais pautados na Lei nº 12.732/2012 para mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em um hospital 100% SUS em Porto Alegre.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

- Descrever o percentual de mulheres cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de câncer de mama é de até 30 dias ou superior a este período.

- Descrever o percentual de mulheres cujo tempo entre o diagnóstico do câncer de mama e início de tratamento é de até 60 dias ou superior a este período.

- Contribuir para a análise sobre a efetivação da Lei Nº 12.732/2012 e a importância desta lei dentro das políticas públicas de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição

O câncer de mama é uma alteração mamária que se caracteriza geralmente pela presença de um nódulo e que tem um desenvolvimento aleatório, tendo um crescimento acelerado, invadindo os tecidos provocando metástase. É uma neoplasia maligna (GHOCHER, 2015). O câncer de mama é o segundo tipo de tumor maligno mais frequente em todo o mundo. Pode atingir tanto homens como mulheres, mas a incidência maior está no sexo feminino, na faixa etária acima de 35 anos de idade, mas hoje em dia vemos casos de mulheres mais jovens, fora dessa faixa etária que apresentam casos de câncer de mama (INCA, 2015).

As chances de cura e menos complicações são maiores quando a doença é detectada em seu estágio inicial. Dependendo das características do nódulo, será analisada a melhor forma para o tratamento, como a quimioterapia, radioterapia e cirurgia para a remoção do tumor, onde poderá ocorrer à remoção de parte da mama ou a mastectomia, esse procedimento dependerá do tamanho do nódulo, e mesmo assim poderá haver a necessidade de radioterapia e quimioterapia (SILVA et al., 2012; OPAS, 2018).

Exames clínicos e exames preventivos, como a mamografia, são essenciais para o diagnóstico, e importantes para o controle do aparecimento de nódulos ou outros sintomas do câncer de mama (MIGOWSKI et al., 2018) A prevenção do câncer de mama está dividida em primária e secundária. As ações primárias de prevenção objetivam diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos, ao prevenir a exposição aos fatores que levam ao seu desenvolvimento. As ações primárias envolvem hábitos saudáveis. A prevenção secundária tem por finalidade alterar o caso de doença uma vez que seu início biológico já aconteceu, por meio de intervenções que permitam sua detecção precoce e seu tratamento oportuno. Esses cuidados envolvem a realização de exames clínicos e exames de rastreamento, para que haja a possibilidade de diagnóstico precoce (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O câncer de mama tem acometido mulheres mais jovens com idade menor de 40 anos, no entanto, a maior incidência ocorre entre mulheres de 40 a 69 anos, devido à exposição ao hormônio estrógeno que está no ápice com a chegada nessa

faixa etária. Porém, a partir dos 50 anos, os riscos entram em uma curva ascendente (STEIN et al., 2009).

Diversos fatores de risco podem contribuir para o surgimento dessa doença, dentre elas estão: a obesidade, sedentarismo e o consumo de álcool. Também contribuem e têm maiores chances de desenvolver a doença: menarca muito cedo; menopausa com idade avançada; mulheres que não tiveram gravidez ou gravidez com idade mais avançada terão possibilidades de desenvolver o câncer de mama; mulheres com casos de câncer de mama na família e no caso parente de primeiro e segundo grau antes da menopausa. Apenas 5 a 10% dos casos são considerados hereditários ou familiares, outros são casuais, uso de hormônio estrógeno por longo tempo, tem relação como aumento da incidência, fatores estes aumentam o risco para o desenvolvimento do câncer de mama, principalmente na pós-menopausa (WALAVALKAR et al., 2018).

3.2 Dados epidemiológicos do câncer de mama

O câncer é uma das doenças mais temida por todos, sendo o câncer de mama que tem a segunda maior incidência, causando milhares de mortes (OPAS, 2018). Afeta tanto homens como mulheres, mas a maior incidência está no sexo feminino e vêm aumentando o número de casos ao longo do tempo. Essa neoplasia mamária é responsável por cerca de 20% de casos de câncer e 14% do total de mortes associadas às neoplasias entre as mulheres (OPAS, 2018).

As maiores taxas de incidência de câncer de mama e de mortalidade encontram-se na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Europa Ocidental, mesmo mulheres tendo acesso a consultas clínicas e tratamentos precisos em países desenvolvidos. As taxas de mortalidade podem refletir a ocorrência da doença, e também a disponibilidade precoce de detecção e tratamento (GHONCHEH, 2015; CORBEX et al., 2014).

As menores taxas de incidência se encontram na África e Ásia, incluindo a Índia. Fazendo uma relação com mulheres dos países ricos e países, nota-se que a mortalidade é menor nos países em desenvolvimento (NOGUEIRA et al., 2018). Nos países desenvolvidos há uma curva crescente em relação à incidência de câncer de mama, mas também se observa um declínio nos resultados com relação ao número de mortes causadas pelo câncer mamário, isso está relacionado à utilização dos

tratamentos eficientes, com o diagnóstico no início da doença e aos acessos aos tratamentos adequados (OPAS, 2018).

Com relação à sobrevida, pacientes diagnosticados com câncer mamário possuem em torno de cinco anos e esses dados são diferentes nos países: é superior a 80% na América do Norte e inferior a 40% nos países de baixa renda (NOGUEIRA et al, 2018; GHONCHEN,2015). Há uma diferença entre os grupos étnico-raciais nos Estados Unidos, os afro-americanos têm uma taxa de sobrevida do câncer de mama em cinco anos a menos, seguida por hispânicos (87%) brancos não hispânicos (88,6%) e mais altos em asiáticos (91,4%) (BANDERA, 2015). Um país rico como a China apresenta uma incidência de câncer de mama e uma taxa de mortalidade muito alta. Sua população representa um quinto da população mundial, têm 27% das mortes globais por câncer, considerado a principal causa de mortes nesse país (374,1 por 100.000 pessoas/ano) e os casos de câncer de mama entre as mulheres dobraram nos últimos 30 anos (YAO, 2016).

3.3 Câncer de mama no Brasil

No Brasil, observa-se o oposto dos casos, o número de mortes com câncer de mama aumenta, o que pode estar relacionado com atraso do diagnóstico, atraso nos exames, falta nas consultas e demora nos encaminhamentos para proceder no tratamento. Todas estas questões corroboram atrasos em relação os cuidados com a doença, comprometendo os resultados de um possível tratamento. O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2019) estabelece como a segunda causa principal de morte para as mulheres brasileiras a neoplasia mamária. No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do Brasil, e mostra que as taxas nas regiões Sul e Sudeste são as mais altas. Dados de 2021 demonstram uma incidência de 66.280 novos casos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres. Para cada ano do triênio 2020/2022, estima-se 66 mil novos casos (INCA 2020).

Na questão étnica, tanto nas mulheres brancas como nas mulheres negras, as taxas parecem similares, mas o índice de mortalidade do câncer de mama é maior entre as mulheres negras (SILVA, ARAUJO, CÂMARA, 2017). Entre os fatores explicativos para esta mortalidade podemos trazer: dificuldade de acesso à serviços de saúde, racismo estrutural das instituições públicas, desigualdade

socioeconômica, falta de acesso a informações, entre outros fatores que afetam o diagnóstico precoce da doença e o tratamento. Dessa forma a mulher negra tem um dos piores diagnósticos de câncer de mama, resultado de um diagnóstico onde a doença já se encontra em um estado muito avançado (NOGUEIRA, 2018).

Quanto à idade, a maior incidência de câncer de mama é após os 60 anos, contudo, ele é mais agressivo em mulheres jovens, pode-se dizer que é raro antes dos 35 anos, crescendo rapidamente e progressivamente com a idade, sendo descoberto, principalmente, entre os 40 e 60 anos (INCA 2009).

No estado do Rio Grande do Sul, a estimativa para 2020 é de 4.050 novos casos, sendo a taxa bruta de 69,50 e a taxa ajustada de 42,95, incidência por 100.000 mulheres. Para a capital Porto Alegre em 2020 é de 660 novos casos, sendo a taxa bruta de 81,82 e a taxa ajustada de 35,52 incidências para cada 100.000 mulheres (INCA, 2020).

Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, herdados ou estarem relacionados a maneira de viver, como hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Entre os fatores principais estão: ganho de peso pós-menopausa, que fará a produção de hormônios que estimulam a mama; o sedentarismo; uma alimentação rica em gordura e carboidratos, que poderão levar ao risco do câncer de mama e outros tipos de câncer; menarca precoce; menopausa tardia; uso de contraceptivos acima de dez anos; uso de alcoólico pesado; e fatores de exposição e radiação (BRASIL, 2018). O que não é claro na literatura, é em que medida, cada um desses fatores pode contribuir em maior ou menor grau, e como eles podem ser potencializados entre si.

Também se têm os fatores genéticos, um ou mais dos seguintes fatores têm um risco aumentado: família com casos de câncer de ovários na família, um ou mais casos de câncer de mama abaixo dos 50 anos, e familiar de primeiro grau com câncer de mama (BARBOSA, 2001).

3.4 Diagnóstico e tratamento

O autoexame das mamas pode ser feito pela mulher, palpando as mamas para detectar possíveis nódulos ou observado outros sintomas suspeitos nas mamas, contudo, ele não é mais recomendado como uma medida preventiva primordial. Geralmente quando a mulher no autoexame detecta um nódulo, a doença

já poderá estar em estágio avançado. A mamografia é o exame mais usado no rastreamento do câncer de mama.

A doença é confirmada após a biópsia, uma técnica que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou da lesão suspeita, por meio de punção ou se necessário uma pequena cirurgia. O material que foi extraído será encaminhado para análise pelo patologista para dar o parecer do diagnóstico (KOOISTRA et al.; 2011; PEREIRA, 2010).

Após o diagnóstico e o estadiamento, o profissional médico mastologista informará a paciente como será o tratamento, lembrando que o câncer de mama difere de mulher para mulher, sendo que existem subtipos de câncer de mama, alguns com receptores hormonais outros com receptores de agressividade e isso se faz necessário analisar caso a caso para que o médico mastologista possa definir o tratamento a ser indicado ao paciente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015). Os métodos disponíveis e específicos para o tratamento do câncer de mama são:

- Quimioterapia: poderá ser usada antes da cirurgia ou após a cirurgia, vai depender do tipo de tumor e do estadiamento da doença. Há efeitos colaterais em maior ou menor grau, e inclui queda do cabelo (alopecia), queda da imunidade após as sessões, cansaço, dor muscular (CORTAZAR et al., 2014; INCA, 2021).
- Cirurgias: objetiva a retirada do tumor, com esvaziamento das axilas ou biópsia da axila, vai depender do estadiamento tumoral. Tanto poderá ocorrer a mastectomia retirada de toda a mama ou preservar a pele da mama, ou retirada de parte da mama para que possa haver a recuperação estética (GIULIANO et al., 2011).
- Radioterapia: é um procedimento usado após a cirurgia, geralmente e nem toda a paciente será submetida à radioterapia. De acordo com o estadiamento e o método cirúrgico, a paciente poderá ficar livre dessa terapia. Efeitos colaterais incluem inchaço, sensação de peso na mama, alterações na pele na área que foi irradiada como vermelhidão leve, bolhas e descamação (CORTAZAR et al., 2004).
- Hormonioterapia: são medicamentos usados para bloquear os hormônios femininos, naqueles tumores com receptores hormonais para estrogênio e progesterona, essas terapias são usadas por um tempo pré-determinado de cinco ou dez anos. Efeitos colaterais podem ocorrer devido ao bloqueio hormonal, e esses efeitos poderão ser contornados com terapias adicionais, com monitoramento através do ginecologista e mastologista (INCA, 2017).

3.5 Legislação

As ações de saúde relacionadas ao câncer no SUS tem uma estrutura bem estabelecida na política brasileira. A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012 que prevê 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer em pacientes no SUS. A questão é que não previa prazo para o diagnóstico. Foi acrescentado então o prazo máximo de 30 dias para a realização de exames para investigação da condição do paciente, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. Em maio de 2020, entrou em vigor a Lei nº 13.896 que exigiu que os exames para diagnóstico do câncer pelo SUS, devem ser realizados no prazo de 30 dias, após a primeira suspeita do médico. A observação é fundamentada no fato de que o tempo de identificação da doença impacta no tratamento e na chance de cura do paciente. Esse dispositivo alterou a Lei nº 12.732/2012.

Temos ainda a Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção Primária das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. Tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por essa doença, também diminuir a incidência de alguns tipos de câncer.

4 METODOLOGIA

4.1 Problema de pesquisa

Conforme Almeida Filho e Barreto (2013), na epidemiologia, um problema científico aparece quando doenças ou agravos de qualquer natureza acometem os seres humanos. A necessidade social de reconhecer, controlar e remover fatores ambientais, culturais, biológicos ou físico-químicos nocivos à saúde, implicando condições que promovam a saúde constitui a problemática própria da epidemiologia. Neste estudo, o problema de pesquisa foi conhecer o perfil de mulheres atendidas por câncer de mama em um hospital 100% SUS, e os possíveis diferentes intervalos de tempo entre a primeira consulta e o procedimento diagnóstico anatomopatológico e, da mesma forma, os intervalos de tempo entre o procedimento diagnóstico e o início do tratamento.

4.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo longitudinal descritivo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão que contemplam a amostra desse estudo foram: pacientes da rede pública de saúde, com diagnóstico novo de câncer em uma instituição 100% SUS, distribuídos por ano de primeira consulta, no período de 2012 a 2016. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo foram: (i) pacientes que apresentavam como diagnóstico principal tumor de pele; e (ii) pacientes em que não houve registro clínico de estadiamento na classificação no banco de dados.

4.4 Variáveis

Este trabalho empregou dados secundários, não envolvendo contato com pacientes do serviço de saúde em qualquer momento. As variáveis que foram utilizadas, todas presentes na ficha de coleta de dados do registro Nacional de Câncer do INCA, que foram as seguintes:

- Variáveis demográficas: sexo e data de nascimento (para cálculo da idade na data do diagnóstico), raça/cor da pele autodeclarada, e escolaridade (anos de estudos concluídos).

- Variáveis referentes à neoplasia: topografia, estadiamento, e data do diagnóstico.
- Variáveis de informação: ano.

4.5 Manejo dos dados

Os dados foram extraídos de planilhas no software MS Excel e posteriormente exportados para software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para as análises estatísticas. Foi empregada estatística descritiva para apresentar os resultados.

4.6 Considerações éticas

Este é um subprojeto de um estudo de maior amplitude já aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (**ANEXO 1**), cuja professora orientadora foi uma das autoras do projeto. É um estudo observacional, que utilizou dados já registrados de pacientes em um serviço de saúde pública de Porto Alegre e, portanto, o estudo não interferiu, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial prestada.

O estudo prevê a exposição dos pacientes a riscos mínimos. Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos por ser uma pesquisa com dados secundários em que foi necessário a identificação dos sujeitos na base de dados. O pesquisador principal autorizou a utilização dos dados para fins de trabalho de conclusão de curso (TCC), por estarem, os objetivos do TCC, englobados nos objetivos da pesquisa aprovada (**ANEXO 2**). O banco de dados disponibilizado não permitia a identificação das participantes da pesquisa. Ainda assim, a autora do TCC comprometeu-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos (**APÊNDICE 1**).

Em relação aos benefícios, cabe destacar, os benefícios indiretos aos pacientes do serviço, pois se trata de um estudo potencialmente relevante para a sociedade, ao descrever as características de um grupo acima de 60 anos e conhecer o percentual destas mulheres cujos tempos de atendimento encontra-se dentro do previsto na legislação vigente. Assim, entende-se que há um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, em que há reconhecidamente

dificuldades na continuidade do cuidado, e este trabalho pode contribuir apontando dados em não conformidade com a legislação (BRASIL, 2013).

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a descrição sociodemográfica das mulheres com idade \geq 40 anos, com câncer de mama, atendidas em um hospital público 100% SUS, em Porto Alegre.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de mulheres com idade \geq 40 anos, com câncer de mama, atendidas em um hospital público 100% SUS em Porto Alegre, 2012 a 2016.

Variável	N (%)*
Faixa etária (anos)	
40 - 49	188 (20%)
50 - 59	266 (28,2%)
60 - 69	254 (27,0%)
70 - 79	170 (18,0%)
80 ou +	64 (6,8%)
Raça-cor	
Branca	871 (93,1%)
Negra	65(6,9%)
Escolaridade	
Nenhum	100 (11,0%)
Ensino fundamental incompleto	94 (10,3%)
Ensino fundamental completo	539 (59,2%)
Ensino médio completo	177(19,5%)
Cidade de origem	
Porto Alegre	372 (39,5%)
Outras	570 (60,5%)
TOTAL	942

*Totais podem diferir por incompletude dos dados.

A tabela 2 apresenta características do processo saúde-adoecimento das mulheres com idade \geq 40 anos, com câncer de mama, atendidas em um hospital público 100% SUS em Porto Alegre.

Tabela 2 – Características do processo saúde-doença amostra de mulheres com idade \geq 40 anos, com câncer de mama, atendidas em um hospital público 100% SUS em Porto Alegre, 2012 a 2016.

Variável	N (%)*
Estadiamento	
0	32 (3,9%)
1	169 (20,7%)
2	369 (45,2%)
3	157 (19,2%)
4	90 (11,0%)
Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico	
Ate 30 dias	736 (78,1%)
Acima de 30 dias	206 (21,9%)
Tempo entre diagnóstico e início de tratamento	
Ate 60 dias	571 (65,7%)
Acima de 60 dias	298 (34,3%)
TOTAL	942

*Totais podem diferir por incompletude dos dados.

Nessa pesquisa foram incluídas 942 pacientes do sexo feminino, sendo 93,1% brancas. O predomínio foi de mulheres com idade entre 50 a 69 anos (55,2%) e com ensino fundamental incompleto (59,2%). O percentual de mulheres que residiam em Porto Alegre foi de 39,5%, sendo todas as demais oriundas de outras cidades. Em relação ao estadiamento, 3,9% encontrava-se no 0, 20,7% no 1, 45,2% encontravam-se no 2, 19,2% no 3 e 11% no 4. Quanto ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, para 78,1% foi de até 30 dias e para 21,9% foi superior. Quanto ao tempo entre o diagnóstico e início de tratamento, para 65,7% foi de até 60 dias, e para 34,3% foi superior.

6 DISCUSSÃO

Realizamos nosso estudo em um hospital 100% SUS em Porto Alegre - RS, na perspectiva da Lei N°12.732/2012. Foi analisado o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, e entre o diagnóstico e o início do tratamento para o câncer de mama. A referida Lei preconiza que o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico deve ser de 30 dias, e o tempo entre diagnóstico e início do tratamento deve ser de 60 dias.

Das 942 mulheres com câncer de mama, 571 (65,7%) foram atendidas dentro do prazo de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. O estudo de Barros et al (2013) em um hospital público do Distrito Federal, mostrou que a partir da primeira detecção dos sintomas, em muito casos levou-se mais de 90 dias para iniciar o tratamento específico. Em relação a raça/cor, das 942 mulheres, 93,1% se autodeclararam brancas e 6,9% negras (pretas ou pardas). Na revisão de literatura, destacamos dois estudos. O estudo de Nogueira et al (2018), recrutou 563 mulheres com câncer de mama acompanhadas em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), em um município de Minas gerais que atende pacientes dos setores público e privado. As mulheres tinham entre 50 a 69 anos, e aquelas cuja raça/cor era negra, foram diagnosticadas em estadiamento mais avançado. Isso se deve provavelmente o menor acesso e/ou menos adesão ao rastreamento e ao diagnóstico precoce da doença. Rodrigues et al (2021) no Rio de Janeiro, também observaram em seus estudos que a raça/cor negra precisa ser considerada como um marcador social da doença. Estes estudos não ajudam a refletir sobre as desigualdades sociais, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde e aos exames de rastreamento, ou a ocorrência de diagnóstico tardio. São várias questões que não parecerem em nosso estudo, mas que não podemos desconsiderar que fazem parte deste tema. Assim, é importante discutirmos, justamente para o exercício da equidade, discutindo nas políticas públicas de saúde, como superar as desigualdades.

A faixa etária é uma questão importante no tema deste trabalho, pois sabemos que a incidência aumenta, na medida em que a idade das mulheres avança. Em nosso trabalho, foram analisadas mulheres a partir de 40 anos. Borges et al (2013) analisaram prontuários de pacientes atendidas em ambulatórios de

mastologia da unidade de saúde familiar e comunitária da Universidade do Vale do Itajaí em SC. De um total de 262 pacientes, 98% (258 mulheres) possuíam diagnóstico de câncer de mama. Um percentual de 34,74% dos casos encontra-se na faixa etária de 51 a 60 anos. Outros autores (Soares et al., 2012), em estudo realizado em dois centros de referência em Montes Claros - MG., com mulheres com câncer de mama, encontraram o predomínio de mulheres com mais de 50 anos (54,5%).

O estadiamento descreve aspectos do câncer, como localização, disseminação, e o quanto a doença está afetando as funções de outros órgãos. Conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e o prognóstico da paciente. O primeiro estágio é o estágio (Carcinoma *in situ*) e, em seguida, variam de estágio I a IV. Quanto maior o estágio, mais avançada a doença está. O sistema de estadiamento utilizado para o câncer de mama é o sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). O sistema AJCC mais recente usa sistemas de estadiamento clínico e patológico para o câncer de mama. O estágio patológico, também denominado estágio cirúrgico, é denominado pela análise da amostra do tecido removido durante a cirurgia. Se a cirurgia não for possível, o tumor recebe o estadiamento clínico, baseado nos resultados do exame físico, biópsia e exames de imagem. O estágio clínico é usado no planejamento do tratamento. No entanto, quando a doença está disseminada, o estágio clínico não tem a mesma previsão que o estágio patológico para prever o prognóstico da paciente (*American Cancer Society*, 2021). Em nosso estudo encontramos 32 mulheres que estavam no estadiamento 0 (3,9%), 169 mulheres no estadiamento I (20,7%), 369 mulheres no estadiamento II (45,2%), 157 mulheres no estadiamento III (19,2%) e 90 mulheres no estadiamento IV (19,2%). Podemos observar que 69,8% das mulheres estavam entre o estadiamento 0 e II, podemos dizer que é um bom indicador clínico porque mostra que as mulheres, de certa forma, estão conseguindo acessar o serviço de saúde no tempo esperado. No trabalho de Rodrigues et al (2021), realizado com 863 mulheres em um hospital de referência no Rio de Janeiro, atendidas pelo SUS, constatou-se que as mulheres da raça/cor preta apresentaram 63% mais chance de ter estadiamento II e III quando comparadas com as da raça/cor branca. Concluíram que as mulheres da raça/cor pretas são diagnosticadas com tumores mais avançados quando comparadas com as de

raça/cor branca. No trabalho de Lima e Silva (2020), em um estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro, com 199 mulheres hospitalizadas nas enfermarias clínicas, foi observado que no estadiamento inicial da primeira consulta especializada estavam 153 mulheres de 40 a 69 anos (76,8%) mulheres, mas que havia 107 mulheres que foram diagnosticadas no estadiamento III e 145 já estavam no estadiamento IV. Os autores discutiram que as mulheres estão chegando muito tarde aos ambulatórios e hospitais, representando um indicador ruim, pela ocorrência de diagnóstico tardio, em que as chances de cura são muito difíceis.

Durante a confecção do trabalho, houve uma alteração no tempo de realização dos exames após a suspeita do médico. Em maio de 2020, entrou em vigor a Lei nº 13.896, que exigiu que os exames para diagnóstico do câncer pelo SUS devem ser realizados no prazo de 30 dias, após a primeira suspeita do médico. A observação é fundamentada no fato de que o tempo de identificação da doença impacta no tratamento e na chance de cura do paciente e complementa a Lei nº 12.732. Sendo assim, acima desse período, podemos dizer que há algum risco de vida, já que diminui as chances de cura. Em nosso trabalho, das 942 mulheres analisadas, 206 mulheres (21,9%) estavam acima dos 30 dias, não sendo então um bom indicador assistencial. No trabalho de Pasqualini et al (2021) foi realizado um estudo com mulheres com câncer de mama atendidas em Serviço de Referência na Serra Catarinense - SC, com faixa etária de 50 a 59 anos. Foi observado que a maioria das pacientes recebeu o diagnóstico com mais de 30 dias da primeira consulta. No trabalho das autoras Medeiros et al (2015), que desenvolveram um estudo em hospitais do Brasil com mulheres com câncer de mama, cadastradas no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Brasil, foi observado um expressivo percentual com tempo entre o diagnóstico e início de tratamento em tempo menor ou igual há 60 dias. No trabalho das autoras Viana et al (2019) em estudo realizado em um hospital público em Belo Horizonte - MG, com 715 mulheres, observaram que a maioria das mulheres estava com intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento com até 60 dias, mas também observaram diferentes intervalos de tempo, com prejuízos para as mulheres e constataram-se também as desigualdades sociais que podem afetar a saúde dessas pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, investigamos questões assistenciais para as mulheres com diagnóstico de câncer de mama em um hospital 100% SUS em Porto Alegre. É importante contextualizar que utilizamos a Lei nº 12.732/2012 e sua complementar, como um marcador daquilo que seria esperado em termos de condutas e tempos assistenciais. Então, nosso foco foi analisar o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de câncer de mama, e entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama.

Evidenciamos que para 78,1% das mulheres, o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias, e para 65,7%, o tempo entre diagnóstico e início de tratamento, levou até 60 dias. Ou seja, em uma linha de tempo no sentido sequencial do que seria esperado de condutas assistenciais, o indicador piorou. Muitas são as hipóteses que possam levar ao atraso no tratamento do câncer de mama, não só responsabilidade da mulher como também a falta de integração de todos os níveis de atenção e de interlocução entre os serviços e profissionais envolvidos no percurso das mulheres com câncer de mama.

Assim, listamos algumas recomendações que poderiam melhorar este cenário. Recomendamos o fortalecimento do sistema de vigilância do câncer, um sistema de busca ativa das mulheres, campanhas que possam atingir mulheres em condições de desigualdades sociais e, sobretudo, a continuidade destes levantamentos de dados em relação aos tempos, para que se possa documentar e acompanhar as melhorias assistenciais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. Understanding Your Diagnosis. **After Diagnosis: A guide for Patients and Family**. p. 8-13, 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ASSIS, M.; SANTOS, R. O. M. dos; MIGOWSKI A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. Tema Livre. **Physis**. 30(01) 23 Set 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/50103-73312020300119>. Acesso em: 16 nov 2021.

BANDERA, E. V. et al. Racial and Ethnic Disparities in the impact of Obesity on Breast Cancer Risk and Survival: A Global Perspective. American Society for Nutrition. **AdvNutr**, v. 6, n. 6, 803-19. 2015. Acesso em: 20 mar 2022.

BARCELOS, M.R.; CHALUPOWSKI M.N.; REBBEEK T.R.; FACCHINI L.A. Diretrizes de rastreamento do câncer de mama com práticas personalizadas e baseadas em risco: estamos preparados? **Femina**. 2020; 48(11):685-698. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140186/femina-2020-4811-685-698.pdf>. Acesso em: 10 nov 2021.

BARROS, Â. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. (2013). Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2013;35(10):458-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/rRCxF4VC8d8mLDgMdMG3bVv/>. Acesso em: 21 mar 2022.

BORGES, G. (2013) – Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Vol. 9, nº 33. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/33/artigo1.pdf>. Acesso em: 21 mar 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Ciências, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em saúde – Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama: relatório de recomendação nº 160. Brasília: CONITEC, 2015. Acesso em: 20 mar 2022.

BRASIL. LEI nº 12.732/2012 - Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm. Acesso em: 19 mar 2022.

BRASIL. LEI nº 12.732/2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm Acesso em: 10 nov 2021.

BRASIL. LEI nº 13.896/2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/13896.htm. Acesso em 18 nov 2021.

BRASIL. LEI nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá

outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
Acesso em: 10 nov 2021.

Câmara de Porto Alegre (RS). Disponível em:
<https://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/mulheres-alertam-para-mortalidade-por-cancer-de-mama-no-rs>. Acesso: em 10 nov 2021.

CESTARI, Maria Elisa Wotzarek. ZAGO, Márcia Maria. - A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. Ensaio. **Rev. Bras. Enferm.** 58(2). 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200018> Acesso em: 22 nov 2021.

COELHO, Aline et al. 2018. Predisposição hereditária ao câncer de mama sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão de literatura. DOI: 10.21877/2448-3877.201800615. Acesso em 30 nov 2021.

Ghoncheh M; Mirzaei, M.; Salehiniya, H. Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship with the Human Development Index (HDI) in the World in 2012. **Asian Pac J Cancer Prev.** 2015;16(18):8439-43. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.18.8439. Acesso em: 10 nov 2021.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - Disponível em:
<https://www.ghc.com.br/default.asp?odMenu=institucional&idSubMenu=1>. Acesso em 12 nov 2021.

GUERRA et al. Inequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990 – 2017. **Population Health Metrics**, 2020, 18 (Supp/1): 8. Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/r12963-020-00212-5>. Acesso em: 10 nov 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>. Acesso em: 10 nov 2021.

LIMA, E. O. L; SILVA, M. M. da. Perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer mamário localmente avançado ou metástase 2020. DOI: 10.5902/2179769240000. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40000/html>. Acesso em: 18 mar 2022.

MEDEIROS, G. C.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S.; THULER, L. C. S. Análise Dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 31(6) Jun 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00048514> Acesso em: 10 nov 2021.

MIGOWSKI, A.; STEIN, A.; FERREIRA, C.; FERREIRA, D. P.; NADANOVSKY, P. Diretrizes para detecção precoce do cancer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. – Espaço Temático: Câncer de Mama no Brasil. **Cad.Saúde Pública** 34(6) 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311XOO116317>. Acesso em: 20 mar 2022.

NOGUEIRA, M.C. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. **Cad.Saúde Pública**, v.34, n.9, e00211717, 2018. Acesso em 10 nov 2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde): International Agency for research on cancer. Press release, n.263, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde - Folha informativa - Câncer Brasil, 2018.

RODRIGUES, G. M.; CARMO, C. N. do; BERGMANN, A.; MATTOS, I. E. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1590/SO104-12902021200813>. Acesso em: 19 mar 2022.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. Uma análise de câncer de mama no Brasil. **Ciê n Saúde Coletiva** 20(10) Out 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.20822014>. Acesso em: 10 nov 2021.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/vkwMGcTSY3sWZmJYVpXCQ7L/> Acesso em: 10 nov 2021.

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referencia do Norte de Minas Gerais - **Rev Bras Epidemiol**;15(3):595-604, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2012.v15n3/595-604>. Acesso em: 23 fev 2022.

Trufelli, D. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Médica Bras** [online]. v. 54, n. 1, pp. 72-76. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100024>. Acesso em: 23 fev 2022.

VIANA, A.L.L.; CABRAL, L.; GATTI, C.; CARALE, M.L. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. 2019. Disponível

em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n2/613-622/> Acesso em: 23 fev 2022

VOLLBRECHT, B. 2011. Disponível em: <https://camarapoa.re.gov.br/noticias/medica-explica-razoes-para-alto-indice-de-cancer-de-mama>. Acesso em: 23 fev 2022.

YAO, N. et al. Patterns of câncer screening, incidence and treatment disparities in Clina: protocol for a population-based study. **BMJ Open** v.6,e 012028. 2016.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: variáveis sociodemográficas e clínicas e tempos para diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, mama e pulmão: coorte retrospectiva em hospital público de referência no Sul do Brasil, 2012-2016

Pesquisador: PAULO RICARDO BOBEK

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35038820.9.3001.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.221.449

Apresentação do Projeto:

O câncer é um crescimento descontrolado das células em qualquer parte do corpo e é um dos problemas de saúde mais importantes do mundo, um obstáculo para o progresso e o bem-estar das sociedades e afeta a todos: velhos e jovens, pobres e ricos, homens e mulheres (GHONCHEH, 2015).

As Doenças Não Transmissíveis (DNTs) são a principal causa de morte no mundo, responsáveis por 71% dos 57 milhões de mortes e causaram 75% das mortes prematuras em pessoas dos 30 aos 69 anos em 2016; neste grupo de doenças, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar (17,9 milhões de mortes, 31% das mortes globais), seguidas pelas neoplasias (9 milhões de mortes, 16% das mortes). Câncer de pulmão, próstata, colorretal, estômago e fígado são os tipos mais comuns de câncer em homens; mama, colorretal, pulmão, colo do útero e de tireoide são os mais comuns entre as mulheres. As evidências atuais estimam que entre 30% e 50% das mortes por câncer poderiam ser evitadas modificando ou evitando os principais fatores de risco (tabaco, álcool, obesidade e sedentarismo) (OMS, 2018).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) faz estimativas todos os anos de taxas de incidência de câncer, segundo sexo e localização primária, para as capitais, estados e o país. As estimativas projetaram para 2014 as seguintes cinco maiores taxas brutas de incidência de câncer/100.000 habitantes no Brasil (INCA, 2014): a) em homens: Próstata (70,42); Traqueia/Brônquio/Pulmão

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

(16,79); Cólon e Reto (15,44); Estômago (13,19) e Cavidade Oral (11,54); b) em mulheres: Mama feminina (56,09); Cólon e Reto (17,24); Colo do útero (15,33); Traqueia/Brônquio/Pulmão (10,75) e Glândula Tireoide (7,91).

As estimativas do INCA para Porto Alegre e o Estado do Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, apontam que as neoplasias de próstata e traqueia/brônquio/pulmão foram as mais incidentes no RS entre os homens (105,7 e 46,43 casos/100 mil habitantes, respectivamente), a de mama e traqueia/brônquio/pulmão nas mulheres (87,72 e 28,5 casos/100 mil habitantes, respectivamente).

Justificativa do projeto: As Doenças Não Transmissíveis (DNTs) são a principal causa de morte no mundo, neste grupo de doenças, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias. Análise da OPAS relata que mais de 90% dos países de alta renda disponibilizam serviços de tratamento para câncer em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda. Agravando mais essa situação, apenas 20% dos países de baixa e média renda têm informações necessárias para a condução adequada na política de atenção à saúde para o câncer. As estimativas do INCA, para o Rio Grande do Sul e Porto Alegre, apontam que as neoplasias de próstata e traqueia/brônquio/pulmão são as mais incidentes em homens e as de mama e traqueia/brônquio/pulmão em mulheres. A relação entre o tempo da consulta e o procedimento diagnóstico de câncer, assim como o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, e possíveis fatores de associação, nos prazos apontados na legislação brasileira, ainda é uma questão pouco avaliada. Este estudo busca contribuir no preenchimento desta lacuna no estado do RS. Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa): Trata-se de uma coorte retrospectiva. A população deste estudo é composta de pacientes com suspeita ou com diagnóstico de câncer confirmado que acessaram os hospitais do GHC para tratamento. Os critérios de inclusão são os pacientes da rede pública de saúde que consultaram no Hospital Conceição ou Hospital Criança Conceição e são suspeitos de

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

serem portadores de câncer ou já com diagnóstico confirmado, distribuídos por ano de atendimento na ocorrência de primeira consulta no serviço, no período de 2012-2016, presentes no banco de dados do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Conceição/Hospital Criança Conceição. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: pacientes em que não houve registro clínico de estadiamento na classificação TNM no banco de dados e pacientes residentes fora do estado do RS.

Esta pesquisa empregará dados secundários. As variáveis a serem utilizadas serão as seguintes:

1. Variáveis demográficas: sexo, data de nascimento (para cálculo da idade na data do diagnóstico), raça/cor da pele, estado civil, escolaridade (anos de estudos concluídos) e ocupação/profissão;
2. Variáveis referentes à neoplasia: topografia; morfologia; meio de diagnóstico; extensão da doença; lateralidade; estadiamento; TNM; metástase a distância; e data do diagnóstico.
3. Variáveis de informação: ano, fonte notificadora, data da coleta.
4. Variáveis de seguimento: data do óbito, tipo de óbito, status vital e data do último contato.

Será empregada estatística descritiva. A análise bivariada será feita por testes não-paramétricos para a comparação das médias, dada a assimetria das variáveis dependentes (tempo) e pelo teste do qui-quadrado para a comparação de proporções. A investigação da mortalidade empregará a análise de regressão de Cox, com curvas de probabilidade de sobrevivência. As medidas de tempo serão tabuladas em dias e são as seguintes:

1. tempo até diagnóstico: tempo inicial é a data da primeira consulta no serviço até tempo final, que é a data do exame diagnóstico anatomopatológico;
2. tempo até tratamento: tempo inicial é a data do exame diagnóstico anatomopatológico até tempo final, que é a data da realização do primeiro procedimento terapêutico.

Orçamento e fontes de financiamento: O orçamento do estudo, incluindo materiais de consumo e permanentes, compreende um total de R\$ 3.206,00. fonte de financiamento: o autor.

Confidencialidade e questão ética (responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais): O projeto será submetido à apreciação do

CEP do GHC. O estudo utilizará dados secundários, registrados de pacientes em um serviço de

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

saúde pública de Porto Alegre, o estudo não interferirá, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial atualmente prestada a cada paciente. O estudo prevê a exposição dos pacientes a riscos mínimos. Será solicitado ao CEP a dispensa do TCLE. Os autores comprometem-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, preservando integralmente o anonimato dos indivíduos e garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos.

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): não se aplica (o estudo utilizará dados secundários).
Local da pesquisa: Esta pesquisa empregará dados secundários. A fonte de dados para este estudo é o Núcleo de Epidemiologia do Hospital Conceição, responsável pelas informações epidemiológicas do Hospital Conceição e Hospital Criança Conceição.

Hipótese:

Neste estudo, o problema de pesquisa funda-se na existência ou não de associações entre fatores sociodemográficos, estadiamento clínico do câncer, letalidade, mortalidade e os possíveis diferentes intervalos de tempo entre a consulta e o procedimento diagnóstico anatomopatológico e, após, entre o procedimento diagnóstico e o início do tratamento.

Metodologia de Análise de Dados:

Este trabalho empregará dados secundários, não envolvendo contato com pacientes do serviço de saúde em qualquer momento. As variáveis a serem utilizadas, todas presentes na ficha de coleta de dados do Registro Nacional de Câncer do INCA (INCA, 2012 – em anexo), serão as seguintes:

1. Variáveis demográficas: sexo, data de nascimento (para cálculo da idade na data do diagnóstico), raça/cor da pele, estado civil, escolaridade (anos de estudos concluídos) e ocupação/profissão;
2. Variáveis referentes à neoplasia: topografia; morfologia; meio de diagnóstico; extensão da doença; lateralidade; estadiamento; TNM; metástase a distância; e data do diagnóstico.
3. Variáveis de informação: ano, fonte notificadora, data da coleta.
4. Variáveis de seguimento: data do óbito, tipo de óbito, status vital e data do último contato.

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

As variáveis serão descritas no software MS Excel® e posteriormente analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®).

Será empregada estatística descritiva para apresentar os resultados obtidos conforme a verificação de distribuição de variáveis. As variáveis

numéricas serão descritas por medida de tendência central e dispersão. Variáveis com distribuição normal serão apresentadas por média e desviopadrão e as variáveis assimétricas serão apresentadas por mediana e intervalo interquartilico. A análise bivariada será feita por testes nãoparamétricos para a comparação das médias, dada a assimetria das variáveis dependentes (tempo) e pelo teste do qui-quadrado para a comparação de proporções. A investigação da mortalidade empregará a análise de regressão de Cox, com curvas de probabilidade de

sobrevivência. Em todas as análises estatísticas será utilizado o nível de significância de 5%.

As medidas de tempo serão tabuladas em dias e são as seguintes:

1. tempo até diagnóstico: tempo inicial é a data da primeira consulta no serviço até tempo final, que é a data do exame diagnóstico anátomopatológico;
2. tempo até tratamento: tempo inicial é a data do exame diagnóstico anátomo-patológico até tempo final, que é a data da realização do primeiro procedimento terapêutico

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os tempos entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o início do tratamento e possíveis fatores associados em pacientes com neoplasias selecionadas atendidos em um hospital público, no período de 2012-2016.

Objetivo Secundário:

- a) Descrever os intervalos de tempo entre primeira consulta, data da confirmação anatomopatológica do tumor e o início do tratamento da neoplasia;
- b) Identificar a associação entre fatores sociodemográficos, clínicos e o tempo entre primeira consulta e o diagnóstico, e entre este e o início de tratamento;
- c) Investigar a letalidade nos três tipos de neoplasias selecionados: mama, próstata e pulmão.

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo prevê a exposição dos pacientes a riscos mínimos. Trata-se de um estudo observacional, que utilizará dados registrados de pacientes em um serviço de saúde pública de Porto Alegre; o estudo não interferirá, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial atualmente prestada a cada paciente. Os autores comprometem-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, preservando integralmente o anonimato dos indivíduos e garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos. Será criada uma cópia do banco de dados original, excluindo os dados que permitam a identificação individual de cada caso.

Benefícios:

Pode haver benefícios indiretos aos usuários do serviço na eventual qualificação da assistência, pois se trata de um estudo potencialmente relevante para a sociedade, ao pesquisar fatores relacionados a um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência. Problema em que há reconhecidamente dificuldades na continuidade do cuidado e que podem impactar sobre a mortalidade dos indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresentado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito à Qualificação de Mestrado acadêmico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Temos apresentados e avaliados e de acordo.

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599322.pdf

TERMO_DE_ANUENCIA_RAFAEL_RIBEIRO_GHC.pdf

relacao_dos_integrantes_da_pesquisa.pdf

termo_de_compromisso_entrega_relatorio.pdf

termo_de_referencia_da_pesquisa_ghc.pdf

Lattes_Luciana_Barcellos_Teixeira.pdf

Lattes_Ivana_Rosangela_Santos_Varella.pdf

Lattes_Ronaldo_Bordin.pdf

Lattes_Paulo_Ricardo_Bobek.pdf

Projeto_Pesquisa_Bobek.doc

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado de acordo com as normativas éticas em pesquisa e Resolução CNS/466-12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599322.pdf	24/07/2020 16:34:02		Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_ANUENCIA_RAFAEL_RIBEIRO_GHC.pdf	24/07/2020 16:30:29	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Email_pesquisador_para_CEPHCPA.pdf	16/07/2020 13:32:39	Marcia Mocellin Raymundo	Aceito
Outros	relacao_dos_integrantes_da_pesquisa.pdf	10/07/2020 13:57:12	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Registro_COMPESQ_UFRGS_Projeto_39415.pdf	08/07/2020 16:59:31	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Parecer_COMPESQ_UFRGS.pdf	08/07/2020 16:58:50	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	termo_de_referencia_da_pesquisa_ghc.pdf	08/07/2020 16:51:50	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_entrega_relatorio.pdf	08/07/2020 16:50:43	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Lattes_Luciana_Barcellos_Teixeira.pdf	08/07/2020 16:38:16	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Lattes_Ivana_Rosangela_Santos_Varella.pdf	08/07/2020 16:37:45	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Lattes_Ronaldo_Bordin.pdf	08/07/2020 16:37:04	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Outros	Lattes_Paulo_Ricardo_Bobek.pdf	08/07/2020 16:36:49	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Bobek.doc	08/07/2020 16:24:11	PAULO RICARDO BOBEK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

PORTO ALEGRE, 18 de Agosto de 2020

Assinado por:

Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS**

Eu, **Paulo Ricardo Bobek**, autorizo a estudante **SUZANA BOSAK DOS SANTOS**, orientada pela Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira, a desenvolver seu trabalho de conclusão de curso da Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, intitulado "INVESTIGAÇÃO SOBRE INDICADORES DE TEMPOS ASSISTENCIAIS PARA MULHERES COM IDADE \geq 40 ANOS, DIAGNOSTICADAS COM CANCER DE MAMA EM UM HOSPITAL 100% SUS EM PORTO ALEGRE, NA PERSPECTIVA DA LEI N° 12.732/2012", a partir do banco de dados do estudo intitulado "Variáveis sociodemográficas e clínicas e tempos para diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, mama e pulmão: coorte retrospectiva em hospital público de referência no Sul do Brasil, 2012-2016", no qual sou o pesquisador responsável.

O referido estudo está aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora das Graças – Porto Alegre - RS, parecer n° 4.221.449, CAAE n° 35038820.9.3001.5530. A estudante foi informada sobre a legislação pertinente no que tange aos aspectos regulatórios de pesquisa, e recebeu o banco de dados com variáveis que não permitem a identificação das participantes.

Porto Alegre, 07 de fevereiro de 2022.

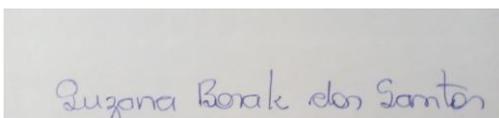


Paulo Ricardo Bobek

APÊNDICE 1 – Termo de compromisso para utilização de dados

A pesquisadora estudante do presente projeto se compromete a preservar a privacidade das usuárias que realizaram atendimentos relacionados ao câncer de mama, e estão cadastradas no banco de dados do serviço de saúde onde foi conduzido este estudo. Declara ainda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Porto Alegre, 30 de novembro de 2021.



Suzana Bosak dos Santos
Graduanda em Saúde Coletiva - UFRGS



Prof. Dr. Luciana Barcellos Teixeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Registro UFRGS: 003.579
SIAPE: 1.462.333

Luciana Barcellos Teixeira
Docente na Graduação em Saúde Coletiva – UFRGS