



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina
Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis
Mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde**

SOLANGE DA SILVA MALFACINI

**ESTUDO SOBRE O PERCURSO TEMPORAL DA MULHER COM DIAGNÓSTICO
DE CÂNCER DE MAMA A PARTIR DOS REGISTROS DOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro,
Setembro de 2017**

SOLANGE DA SILVA MALFACINI

ESTUDO SOBRE O PERCURSO TEMPORAL DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA A PARTIR DOS REGISTROS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Kátia Gomes

Rio de Janeiro
2017

Malfacini, Solange da Silva

Estudo sobre o percurso temporal da mulher com diagnóstico de câncer de mama a partir dos registros dos sistemas de informação em saúde no município do Rio de Janeiro / Solange da Silva Malfacini. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2017.

102 p. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Kátia Gomes.

Dissertação (mestrado profissional) -- UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2017.

Referências: p. 85-91.

1. Neoplasias da Mama. 2. Serviços de Saúde da Mulher. 3. Serviços de Saúde / provisão & distribuição. 4. Assistência à Saúde. 5. Sistemas de Informação em Saúde. 6. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. I. Gomes, Maria Kátia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Medicina. IV. Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. V. Mestrado Profissional



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 8:30 horas do dia 18 de setembro de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em **Saúde Coletiva**, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na linha de Pesquisa: **Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologia na Atenção Primária à Saúde**. A dissertação intitulada “ Estudo sobre o Percurso Temporal da Mulher com Diagnóstico de Câncer de Mama a Partir dos Registros dos Sistemas de Informação em Saúde no Município do Rio de Janeiro” foi apresentada pela candidata Solange da Silva Malfacini, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Hesfa, sob registro nº115211549 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Maria Katia Gomes (CPF: 287.622 154-34), Lúcia Maria Soares de Azevedo (CPF: 667.261.907-00), Alcília Regina Navarro Dias de Souza (CPF:330.273.077-20), em sessão pública, no prédio do HESFA/Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Auditório, sito a Av. Presidente Vargas, 2863 - Cidade Nova, RJ. Após a exposição em sessão pública, com cerca de trinta minutos de duração, a candidata foi arguida oralmente. Os membros da banca, a seguir, deliberaram, considerando a dissertação APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

sem alterações. Aprovado na íntegra

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientador: *Maria Katia Gomes*

1º Examinador: *Lúcia Maria Soares de Azevedo*

2º Examinador: *Alcília Regina Navarro Dias de Souza*

Candidata: *Solange da Silva Malfacini*

Às mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, sem as quais este estudo não faria sentido.

Agradecimentos

Aos companheiros do plano superior, que me orientam e me conduzem na escolha dos melhores caminhos na trajetória da vida;

Aos meus pais, Luiz e Ritta, sem os quais eu não teria chegado até aqui;

À Dra. Maria Kátia Gomes, minha orientadora, pelos ensinamentos, pela parceria e amizade;

À Prof^a. Maria de Fátima Dias Gai, pela importante colaboração, pelo apoio e atenção;

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, especialmente os colegas Claudia Ramos, Alex Gomes, Vania Stiepanowez e Eliana Bittencourt, pela compreensão, parceria e responsabilidade nos momentos de minha ausência;

À estagiária Janessa Vieira, por sua disponibilidade e alegria;

Ao meu filho, Luiz Filipe, pela grande força e ajuda na superação das dificuldades e barreiras encontradas no caminho;

Aos professores e aos colegas de turma, em especial a minha amiga Sônia Aquilino, com quem compartilhei muitas horas de estudo;

À Prof^a Maria de Fátima Gonçalves Enes, pelo apoio e amizade;

À Dra Márcia Varrichio, que sempre me incentivou a transformar meus sonhos em realidade;

A minha sincera gratidão!

Resumo

O câncer de mama, no município do Rio de Janeiro, excluindo o câncer de pele não melanoma, é a neoplasia mais incidente e principal causa de mortes por câncer em mulheres. Seu controle requer otimização da oferta existente para rastreamento, investigação e tratamento. Apesar da expansão da Atenção Primária neste município, a mortalidade permanece elevada, sugerindo existência de barreiras de acesso. O objetivo deste estudo foi avaliar a trajetória das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, com câncer de mama, que chegaram ao sistema terciário a partir da atenção primária, em toda linha de cuidado, entre abril e setembro de 2015. Trata-se de estudo observacional, transversal. Foi identificado o tempo de cada etapa e possíveis pontos de bloqueio no fluxo, analisada a utilização da oferta de procedimentos para confirmação diagnóstica, estudada a trajetória de 122 mulheres, atendidas em unidades da atenção terciária, sendo 95 com lesão palpável e 27 com lesão impalpável. O percurso temporal revelou mediana de tempo de 227 dias para mulheres com lesão impalpável e 164 dias para aquelas com lesão palpável. Os maiores atrasos foram observados no acesso à atenção secundária para aquelas com lesão palpável-mediana de 138 dias, e à atenção terciária para o grupo com lesão impalpável-mediana de 105 dias. Foi analisada a adequação de 607 encaminhamentos para atenção secundária, com 36,8% dos agendamentos considerados adequados. Os resultados sugerem que os atrasos podem estar relacionados à escassez e má utilização de oferta de procedimentos disponíveis nesta linha de cuidado.

Palavras chave: Neoplasias da Mama, Serviços de Saúde da Mulher, Serviços de Saúde/provisão & distribuição, Assistência à saúde, Sistemas de Informação em Saúde, Pesquisa Sobre Serviços de Saúde.

Abstract

Breast cancer, in the municipality of Rio de Janeiro, excluding non-melanoma skin cancer, is the most incident neoplasm and the leading cause of cancer deaths in women. Its control requires optimization of the existing supply for tracking, research and treatment. Despite the expansion of Primary Care in this municipality, mortality remains high, suggesting access barriers. The objective of this study was to evaluate the trajectory of the women living in the city of Rio de Janeiro, with breast cancer, who arrived at the tertiary system from primary care, in every care line, between April and September 2015. It is of an observational, transversal study. The time of each step and possible blockage points in the flow was identified, the use of the offer of procedures for diagnostic confirmation was analyzed, studied the trajectory of 122 women attended in tertiary care units, 95 with palpable lesion and 27 with an impalpable lesion. The time course revealed a median time of 227 days for women with impalpable lesion and 164 days for those with palpable lesion. The greatest delays were observed in access to secondary care for those with palpable-median lesion of 138 days and tertiary care for the group with an impalpable-median lesion of 105 days. The adequacy of 607 referrals for secondary care was analyzed, 36.8% of the schedules considered adequate. The results suggest that the delays may be related to the shortage and poor use of available procedures available in this care line.

Keywords: Breast Neoplasms, Women's Health Services, Health Services/legislation & jurisprudence, Delivery of Health Care, Health Information Systems, Health Services Research.

Lista de abreviaturas e siglas

ABRAPAC	Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes de Câncer
AJCC	American Joint Committee on Cancer
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC/ONCO	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Oncologia
APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS	Breast Image Reporting and Data System
BRCA 1	Breast Cancer 1
BRCA 2	Breast Cancer 2
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CNES	Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
GM	Gabinete do Ministro
HE	Hematoxilina e eosina
IHQ	Imunohistoquímica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IRD	Instituto de Radioproteção e Dosimetria
KLINIKOS	Sistema de Gerenciamento Hospitalar
LN	Linfonodo
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAG	Punção por Agulha Grossa
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNQM	Política Nacional de Qualidade em Mamografia
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde
SDSDC RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SDM	Serviço de Diagnóstico Mamário
SER	Sistema Estadual de Regulação
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto Pela Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Sistema de Classificação dos Tumores Malignos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
USG	Ultra sonografia
WHO	World Health Organization
WONCA	World Health of Family Doctors

Lista de Quadros

Quadro 1	Orientação de conduta pós rastreamento mamográfico.....	28
Quadro 2	Estadiamento do Câncer de Mama - Classificação por Estádios.....	32
Quadro 3	Intervalos de tempo das etapas do Processo Suspeição-Investigação- Confirmação-Tratamento no Grupo A e no Grupo B.....	68
Quadro 4	Distribuição dos registros segundo os Intervalos de tempo entre os procedimentos realizados pelo Grupo A	69
Quadro 5	Distribuição dos registros segundo os Intervalos de tempo entre os procedimentos realizados pelo Grupo B	70

Lista de Tabelas

Tabela 1	População feminina residente no Município do Rio de Janeiro.....	59
Tabela 2	Agendamentos para Consulta em Ginecologia Mastologia em setembro 2015 segundo motivo da solicitação.....	71
Tabela 3	Distribuição dos resultados segundo intervalo entre o atendimento de primeiro contato e a Consulta em Ginecologia Mastologia.....	72

Lista de Figuras

Figura 1	Percurso da mulher na linha de cuidado do câncer de mama no município do Rio de Janeiro.....	63
Figura 2	Seleção da amostra para estudo da trajetória na linha de cuidado do câncer de mama.....	64
Figura 3	Medianas dos intervalos de tempo (dias): Grupo A – lesão impalpável.....	65
Figura 4	Medianas dos intervalos de tempo (dias): Grupo B – lesão palpável...	67

Sumário

	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	Câncer de mama – Conceito, Fatores de Risco, e Apresentação Clínica.....	21
2.2	Prevenção do câncer de mama	23
2.3	Confirmação diagnóstica do Câncer de Mama	27
2.4	Estadiamento clínico.....	30
2.5	Tratamento do Câncer de Mama	33
2.6	Políticas Públicas de Saúde e o controle do Câncer de Mama .	33
2.6.1	Plano de Ação Para Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama 2005-2007	34
2.6.2	Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)	36
2.6.3	Pacto Pela Saúde 2006.....	38
2.6.4	Portaria Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.....	38
2.6.5	Portaria Nº 779, de 31 de dezembro de 2008.....	39
2.6.6	Lei Nº 11.664 de 29 de abril de 2008	40
2.6.7	Pacto Pela Saúde 2009.....	40
2.6.8	Portaria Nº 2.012, de 23 de agosto de 2011.....	40
2.6.9	Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011 – 2022	41
2.6.10	Programa nacional de controle de Qualidade em Mamografia (PNQM)	41
2.3.11	Portaria MS/GM Nº 874 de 16 de maio de 2013: institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.....	41
2.6.12	Portaria MS/GM Nº 876 de maio de 2013.....	42
2.6.13	Portaria Nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013.....	42
2.6.14	Portaria Nº 189 de 31 de janeiro de 2014.....	42
2.7	Acesso à detecção precoce do câncer de mama	43
3	OBJETIVOS	52
3.1	Objetivo geral.....	52
3.2	Objetivos específicos.....	52
4	MÉTODO	53
4.1	Aspectos éticos	53
4.2	Delineamento do estudo	53
4..2.1	Estudo da trajetória na linha de cuidado do câncer de mama	53
4..2.2	Estudo da adequação da demanda para investigação diagnóstica do câncer de mama	57
4.3	Cenário do estudo	59
4.3.1	Linha de cuidado do câncer de mama no município do Rio de Janeiro	61
5	RESULTADOS	64
6	DISCUSSÃO	73
7	CONCLUSÕES	81

8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	83
9	PERSPECTIVAS FUTURAS.....	84
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
	ANEXOS	92
	Anexo A Pedido de Isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
	Anexo B Termo de Confidencialidade.....	93
	Anexo C Instrumento de Coleta de Dados 1	94
	Anexo D Instrumento de Coleta de Dados 2.....	100

APRESENTAÇÃO

Minha preocupação com a organização das ações de controle do câncer de mama faz parte de uma longa história, pessoal e profissional.

Graduada em medicina em 1986, estava concluindo a especialização em Obstetrícia, em 1988, quando minha mãe recebeu o diagnóstico de câncer de mama. Sua relação com a doença era antiga e assustadora, desde que, ainda criança, perdera a mãe com câncer de mama bilateral.

Durante seu tratamento, tive a oportunidade de conhecer excelentes profissionais, grupos de voluntariado, e belíssimos trabalhos de pessoas que se dedicavam ao conforto das pacientes sem possibilidades de cura. A aproximação com o câncer despertou meu interesse para a Mastologia, que era uma especialidade relativamente nova em nosso país.

Concluí a Residência Médica em Cirurgia Geral Oncológica, com concentração em Mastologia em 1991, e obtive o Título de Especialista em Mastologia pela Associação Médica Brasileira, sob nº 099 (99ª mastologista titulada no país). Passei a me dedicar intensamente à especialidade, atuando em unidade de atenção terciária. Paralelamente, trabalhava na atenção básica em um posto de saúde na zona oeste do Rio de Janeiro que, em 1997, passou a atuar como “Polo de Mama”, atendendo pacientes referenciadas das outras unidades da região que apresentavam qualquer alteração mamária.

No “Polo de Mama”, a falta de critérios de inclusão, de fluxo de referência e contra referência e de mecanismos de regulação levava à superlotação do serviço, longos tempos de espera e dificuldade de acesso à biópsia e ao tratamento, resultando em um expressivo percentual de mulheres que chegavam à atenção terciária com tumores avançados. Cirurgias mutiladoras altamente agressivas faziam parte da minha rotina no outro extremo da linha de cuidado, e eu tinha plena consciência de que os Polos de Mama não modificariam aquela realidade e, enquanto não houvesse um esforço governamental para a organização dos fluxos, as pacientes continuariam sua peregrinação, mudando de estadiamento e perdendo a chance de cura nas longas filas de espera para biópsia e início do tratamento.

Em 2003, após avaliação realizada pela SMS Rio, foram identificadas diversas fragilidades no modelo adotado para os “Polos de Mama”. Convocada pela gerência do câncer para discutir estes resultados, demonstrei minha insatisfação com o

modelo, minha inquietação com as dificuldades de acesso, e apresentei minhas sugestões de mudanças no processo. Sem que eu soubesse, a gerência já tinha elaborado um projeto para o controle do câncer de mama no município, que respondia a todos os meus questionamentos. Eu estava sendo apresentada a uma possibilidade de solução dos graves problemas que eu mesma havia apontado. Fui então convidada a participar da implementação deste novo projeto, com criação de polos resolutivos, voltados ao atendimento de mulheres com suspeita de câncer e estruturados para realização de biópsias, com fluxo estruturado e regulado entre os níveis de atenção.

Desafio aceito. Em 2004 partimos para a implantação do primeiro serviço, em Campo Grande, AP 5.2, capacitamos as equipes de saúde da família e os profissionais para atuação no novo Polo e monitoramos todo o processo durante um ano. Com resultados bastante satisfatórios, o modelo foi aprovado e expandido para todo o município, com criação de 10 “Polos de Diagnóstico Mamário” nos anos seguintes.

Neste processo, senti a necessidade de aprofundar o conhecimento teórico gerencial, o que me levou a fazer especialização em Gestão da Saúde e, posteriormente, em Saúde Pública. Colaborando com a equipe de gestão da SMS Rio desde 2004, assumi a Gerência da Área Técnica do Câncer em 2014, em plena fase de expansão da Atenção Primária no município.

As análises gerenciais me permitiram observar a grande evolução obtida nesta linha de cuidado no município do Rio de Janeiro desde a implantação do novo modelo em 2004, porém permanecia minha inquietação em função dos longos tempos de espera para início do tratamento, não obstante todo o esforço para a organização da atenção nesta linha de cuidado ao longo dos anos.

Reconhecendo o importante papel da Atenção Primária à Saúde neste processo, escolhi este tema para minha pesquisa de Mestrado, buscando uma melhor identificação e compreensão dos bloqueios existentes na trajetória das mulheres com câncer de mama, a fim de subsidiar propostas de aprimoramento dos fluxos existentes visando o aumento da eficiência e efetividade das nossas ações.

Minha mãe? Sim, está curada...mas para milhares de mulheres essa estória apenas começou.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública, é o tipo de câncer de maior incidência em mulheres no Brasil, excetuando-se pele não melanoma, apresentando diferenças regionais relacionadas a fatores ligados ao desenvolvimento local, com taxas de incidência e mortalidade mais altas nas regiões Sudeste e Sul e menores taxas nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2011a, 2012a, 2012b, 2014). De acordo com as estimativas do Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA), para o biênio 2016-2017 são esperados 57.960 casos novos de Câncer de mama feminina no Brasil, sendo 29.760 (51,35%) apenas na região sudeste, dos quais 8.020 (27%) no estado do Rio de Janeiro e 3.980 (13%) no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2015a).

A trajetória do câncer no Brasil mostra uma crescente preocupação com o controle do câncer de mama, o que de certa forma acompanha o aumento de incidência da doença no país e a evolução dos métodos de diagnóstico e tratamento. Contudo, a mortalidade decorrente do câncer de mama permanece em patamares elevados. Comparando as taxas de mortalidade brutas e ajustadas em relação à população mundial no ano de 2013 com o ano de 2003, observa-se no Brasil pequena elevação com discreta redução no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2012b).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de incidência da doença estão relacionadas ao envelhecimento populacional, e as taxas de mortalidade estão associadas ao momento do diagnóstico e acesso ao tratamento (WHO, 2008). Segundo a OMS, a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra voltada para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento) (WHO, 2008). As ações para diagnóstico precoce do câncer de mama compreendem o exame clínico das mamas na busca lesões clinicamente evidentes em estágio ainda inicial que devem ser investigadas através de exames de imagem. Para o rastreamento do câncer de mama, a mamografia é considerada padrão ouro, sendo capaz de detectar lesões sem manifestação clínica, portanto muito incipientes, e tem maior sensibilidade quando associada ao exame clínico das mamas (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011).

Além do acesso ao rastreamento, é fundamental garantir a continuidade do cuidado, permitindo o acesso à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início

do tratamento em tempo oportuno, o que só é possível com a estruturação de uma rede de serviços hierarquizada, com integração de todos os níveis da atenção, ligada a um sistema eficiente de regulação, facilitando a referência e contra referência de acordo com protocolos assistenciais devidamente validados, respeitando-se os prazos máximos recomendados pelo MS/INCA para espera pelos procedimentos.

Neste sentido, a Portaria MS/GM Nº 874 de 16 de maio de 2013 institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, propondo a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades da federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção, e estabelecendo o trabalho em rede (BRASIL, 2013a). Esta Portaria define, como competência da Atenção Básica, além das ações de promoção da saúde, rastreamento e diagnóstico precoce, a coordenação e manutenção do cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde, com registro das informações nos sistemas de informação vigente. Em maio de 2013, a Portaria MS/GM Nº 876 estabeleceu o prazo de 60 dias para início do tratamento dos pacientes com câncer, contados a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente (BRASIL, 2013b).

Em 2015, o Instituto Nacional do Câncer divulgou as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, recomendando a realização de rastreamento por mamografia bienal para mulheres entre 50 e 69 anos, por não existirem evidências científicas de que o rastreamento em outros grupos possa produzir maior benefício do que dano (INCA, 2015). O documento reforça o papel da Atenção Primária na detecção precoce, orientação quanto aos fatores de risco e proteção, e aponta para a necessidade de os profissionais estarem preparados para a identificação e encaminhamento para investigação diagnóstica dos casos suspeitos, atuando como primeiro nível na rede de atenção à saúde (INCA, 2015).

No município do Rio de Janeiro, o Programa de Controle do Câncer de Mama contempla a realização de rastreamento oportunístico pela atenção primária. A partir de 2004, o protocolo para rastreamento adotado pelo município segue as recomendações do MS/INCA, incluindo o exame clínico da mama anual para todas as mulheres a partir de 40 anos, exame clínico das mamas e mamografia a cada 2 anos para as mulheres de 50 a 69 anos e anual para as mulheres com risco elevado para câncer de mama a partir dos 35 anos, tendo como base o Documento de Consenso

para Controle do Câncer de Mama (SMSDC RJ, 2010). Foram definidas unidades de referência secundária para investigação e confirmação diagnóstica dos casos suspeitos, com encaminhamento a partir da atenção primária, e fluxo regulado pelo Sistema Nacional de Regulação do SUS (SISREG). Após confirmação diagnóstica, ou na impossibilidade de realização de biópsia em nível secundário, as pacientes retornam à unidade de atenção primária de onde são referenciadas para unidades terciárias. Até setembro de 2015 o fluxo para a atenção terciária era regulado através do SISREG, passando, a partir de outubro do mesmo ano, para o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Com fluxo organizado e definido desde 2004, e em franco processo de expansão da Atenção Primária através da implantação de equipes de Saúde da Família, esperava-se um aumento proporcional na realização de exames de rastreamento do câncer de mama e aumento do percentual de lesões detectadas precocemente, possibilitando a realização de tratamento menos invasivo e contribuindo para a redução da mortalidade pela doença. Contudo de acordo com os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS - SIA/SUS em 2011 foram realizadas 49.281 mamografias (das quais 36.476 foram de rastreamento), 35% a mais que em 2008, quando foram realizadas 36.468 mamografias não se podendo quantificar as de rastreamento, enquanto a ESF sofreu expansão de mais de 600% no mesmo período, quando a cobertura de saúde da família passou de 3,5% em 2008 para 26,5% em 2011 (SMSDC RJ, 2011), sugerindo que outros fatores possam ter interferido no acesso das mulheres à mamografia e ao tratamento do câncer de mama naquele período.

Quanto ao estadiamento da doença na primeira consulta na unidade hospitalar para tratamento da doença, de acordo com as informações disponíveis no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), no período de 2004 a 2013, o percentual de casos com tumores até 2cm (Estádio 0 e I) aumentou de 17% para 29%, o percentual de tumores maiores que 5cm (Estádio III) reduziu de 30% para 14%, porém o percentual de tumores entre 2 e 5cm (Estádio II) apresentou pequena redução de 36% para 33% e o percentual de tumores com metástase (Estádio IV) aumentou de 6% para 11% (BRASIL, 2016). Estes dados parecem incoerentes, porém sugerem que, apesar de estar havendo um aumento no diagnóstico de tumores iniciais, talvez ainda exista uma parcela de mulheres que só tenha acesso ao tratamento quando a doença está em fase avançada. Entretanto, sabemos da fragilidade das informações de estadiamento

a partir do RHC, devido ao sub registro pelas unidades hospitalares.

Desta forma, este estudo se justifica pela necessidade de identificar possíveis barreiras de acesso na linha de cuidado do câncer de mama, que possam estar contribuindo para o atraso no início do tratamento da doença.

Para tanto, propõe-se um estudo do percurso temporal da mulher com diagnóstico de câncer de mama no Município do Rio de Janeiro, analisando cada etapa da trajetória da mulher na linha de cuidado, a partir de dados obtidos dos Sistemas de Informação em Saúde, com a intenção de avaliar o fluxo, sugerir indicadores de avaliação e melhorias no processo, contribuindo para o diagnóstico precoce, com diminuição do estadiamento, o que acarretará diminuição do custo do tratamento, ganho de qualidade de vida e redução da mortalidade por câncer de mama neste município.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Câncer de mama – Conceito, Fatores de Risco, e Apresentação Clínica

O câncer de mama resulta de sucessivas mutações genéticas, hereditárias e ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos, e que podem levar a um desequilíbrio da proliferação celular onde o crescimento seja maior que a morte programada, levando ao surgimento do tumor. Considerado atualmente como um grupo heterogêneo de doenças de comportamentos distintos, o câncer da mama pode ser precedido por diferentes lesões precursoras, justificando as diferentes apresentações clínicas, morfológicas, com diferentes assinaturas genéticas e respostas terapêuticas distintas (BARROS; BUZAID, 2007).

Geralmente tem origem epitelial, tendo como tipo histológico mais comum o carcinoma ductal. O carcinoma lobular é relativamente frequente e tende à bilateralidade. Os carcinomas medulares, os mucinosos e os tubulares são menos frequentes e geralmente têm bom prognóstico. Com menor frequência pode ocorrer a formação de tumores de outras linhas como linfomas e sarcomas (FRANCO, 1997).

O processo de carcinogênese compreende os estágios de *iniciação*, onde os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; *promoção*, onde os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e de *progressão*, onde ocorre multiplicação descontrolada e irreversível da célula. Geralmente este processo ocorre lentamente podendo levar vários anos (FRANCO, 1997).

A hiperplasia ductal atípica, a neoplasia lobular não invasiva, o carcinoma ductal *in situ* e as alterações colunares são consideradas lesões precursoras conhecidas do carcinoma mamário. As neoplasias lobulares não invasivas são lesões que comprometem o lóbulo mamário, podendo estender-se ao ducto, e constituem achados de biópsias de mama. O carcinoma ductal *in situ* ou intraductal, desenvolve-se no interior do ducto mamário, sem romper a barreira da membrana basal. Geralmente assintomático, sua incidência tem aumentado em função do rastreamento mamográfico. De acordo com o volume nuclear, distribuição da cromatina e características dos nucléolos, pode ser classificado em baixo, alto grau, e grau intermediário, representando o grau de agressividade da lesão. O carcinoma invasivo desenvolve-se na unidade ductotubular terminal, transpassa a membrana basal desenvolvendo potencial de disseminação. Atualmente, aceita-se que alguns tumores

parecem já ter potencial de metastatização desde seu início, enquanto outros, por suas características biomoleculares, permanecerão na forma *in situ* (BARROS; BUZAID, 2007). Este é um dos fatores que têm levado ao questionamento sobre as ações de rastreamento do câncer de mama, já que muitas lesões detectadas na fase subclínica na verdade jamais evoluiriam, porém, uma vez diagnosticadas demandam uma ação terapêutica, que não é isenta de danos. Este ponto será discutido no tópico “detecção precoce”.

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Como doença de causa multifatorial, vários fatores estão implicados no aumento da prevalência, que vem sendo observada no mundo todo, dentre eles o envelhecimento populacional, as mudanças no padrão reprodutivo, hábitos de vida não saudáveis, obesidade e sedentarismo que, por sua vez, resultam das transformações globais observadas nas últimas décadas, com urbanização acelerada, novos modos de vida e padrões de consumo (SANTOS, 2014).

Dentre os fatores de risco conhecidos, destacam-se o antecedente pessoal de câncer de mama ou de lesões precursoras como a hiperplasia com atípica, e a história familiar de câncer de mama. Embora o câncer de mama hereditário seja responsável por apenas 5% a 10% dos casos, é importante assinalar que um familiar de primeiro grau aumenta o risco de câncer de mama de cerca de três vezes em relação à população em geral (BRASIL, 2002). A ocorrência familiar do câncer de mama está ligada a mutação nos genes BRCA 1 (Breast Cancer 1) e BRCA 2 (Breast Cancer 2), genes supressores tumorais que, quando mutados, têm a função de promover a estabilidade genômica por reparação da dupla fita do DNA quando lesado. Esta mutação confere um risco relativo de 10 a 30 vezes maior do que o normal, resultando na probabilidade de 85% de desenvolver câncer de mama ao longo da vida. Outros fatores de risco para o câncer de mama incluem exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, e fatores controláveis como consumo regular de bebida alcoólica, tabagismo, obesidade e inatividade física após a menopausa.

A taxa de mortalidade por câncer de mama na cidade do Rio de Janeiro aumentou de 20 óbitos por 100 mil mulheres, em 1980, para 26 óbitos por 100 mil mulheres, em 2001. No mesmo período, a taxa de mortalidade para todos os tipos de câncer na cidade do Rio de Janeiro variou de 105 óbitos por 100 mil mulheres, em 1980, para 125 óbitos por 100 mil mulheres, em 2001 (BRASIL, 2002). Na última década, as taxas de mortalidade por câncer de mama permaneceram relativamente estáveis. Comparando as taxas de mortalidade brutas e ajustadas em relação à população mundial no ano de 2013 com o ano de 2003, observa-se no Brasil pequena elevação com discreta redução no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2014a).

Clinicamente, o câncer de mama, pode se apresentar como nódulo na mama ou axila, ulceração da pele da mama ou do complexo areolopapilar, retração cutânea ou descarga papilar espontânea serosa ou sanguinolenta. Em sua fase inicial, geralmente é assintomático, sendo evidenciado apenas através de métodos de imagem, principalmente a mamografia, onde pode ser visibilizado sob a forma de nódulo, microcalcificações ou densidade assimétrica. A ultrassonografia (USG) tem papel importante na detecção de lesões nodulares iniciais em pacientes portadoras de mamas densas nas quais, em função da exiguidade do estroma adiposo, a sensibilidade da mamografia é bastante reduzida. A ressonância magnética apresenta grande sensibilidade para o diagnóstico de lesões iniciais, porém seu alto custo e a dificuldade de investigação de lesões não detectáveis pelos métodos de localização pré-cirúrgica disponíveis limitam sua utilização (FRANCO, 2012).

2.2 Prevenção do câncer de mama

O controle do câncer de mama requer um conjunto de ações intersetoriais, que vão desde a promoção da saúde à reabilitação incluindo, portanto, todos os níveis de prevenção.

As ações de prevenção primária incluem o acesso à informação controle dos fatores de risco evitáveis. A prática de atividade física, alimentação saudável, e controle do peso corporal podem prevenir até 28% dos casos de câncer de mama (BRASIL, 2012b), e devem ser estimulados em todos os níveis de atenção, mas principalmente na atenção básica.

Alternativas mais radicais de prevenção primária tais como hormonioterapia, castração cirúrgica e mastectomia profilática não se mostram cem por cento eficazes,

e embora possam ter indicações muito precisas, em um grupo pequeno de mulheres com risco muito elevado para a doença como em portadoras de BRCA1 /2 mutados, onde estes procedimentos reduzem em muito o risco de câncer, não existem evidências científicas de que tais medidas possam produzir mais benefícios do que danos para a população de risco habitual (BRASIL, 2012b).

De acordo com a organização mundial da saúde, as taxas de mortalidade por câncer de mama estão relacionadas ao diagnóstico tardio, sendo a prevenção secundária fundamental para o controle da doença. (WHO, 2002).

A prevenção secundária

[...] é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes no estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (BRASIL, 2010, p. 14).

Compreende, portanto, as ações de detecção precoce e tratamento em tempo oportuno.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra que corresponde a aplicação de teste ou exame para detecção da doença em pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis, o rastreamento (WHO, 2008).

Para o rastreamento do câncer de mama, a mamografia é considerada padrão ouro, sendo capaz de detectar lesões sem manifestação clínica, portanto muito incipientes, e tem maior sensibilidade quando associada ao exame clínico das mamas (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011).

Os programas de rastreamento podem ser de dois tipos: programas rastreamento oportunístico e programas de rastreamento organizado ou sistematizado. A diferença principal entre as duas modalidades é que no primeiro tipo o exame é oferecido ao usuário que procura a unidade de saúde para alguma outra finalidade, após avaliação do profissional de saúde quanto aos critérios de inclusão no programa, enquanto no segundo tipo o exame é ofertado como direito do cidadão, não havendo a necessidade de avaliação prévia e a inclusão no serviço de saúde só será feita se o resultado do exame for anormal. Os programas de rastreamento organizados são de abrangência populacional, e as pessoas são convidadas a participarem quando que completam idade, que geralmente é o principal critério para

inclusão, e são acompanhadas ao longo de toda sua duração (BRASIL, 2010).

Apesar de ser uma prática sedutora, pela possibilidade de detecção da doença em fase subclínica, com melhores possibilidades de tratamento, existem critérios bem estabelecidos para a implementação de programas de rastreamento, sendo fundamental a existência de evidências científicas de possível equilíbrio entre os benefícios e os danos associados, que deverão ser a base para definição do público alvo e da periodicidade para realização do exame proposto (SILVA; ASSIS, 2012).

O Ministério da Saúde no Brasil orienta que os programas de rastreamento atendam aos princípios clássicos publicados por Wilson e Jungner em 1968, aqui transcritos:

A doença deve representar um importante problema de saúde pública que seja relevante para a população, levando em consideração os conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade; a história natural da doença ou do problema clínico deve ser bem conhecida; deve existir estágio pré-clínico (assintomático) bem definido, durante o qual a doença possa ser diagnosticada; o benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico; os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático devem estar disponíveis, aceitáveis e confiáveis; o custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo; o rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático. (BRASIL, 2010, p.20-1):

No Brasil, o programa de rastreamento do câncer de mama é do tipo oportunístico, e estruturado a partir da Atenção Primária. Foi oficialmente através do Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, publicado em 2004, que recomendava o rastreamento mamográfico bienal para todas as mulheres entre 50 e 69 anos e anual para as mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos, além do exame clínico das mamas anual para todas as mulheres a partir dos 40 anos, com indicação de mamografia diagnóstica para investigação de possíveis achados clínicos (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011). O Documento de Consenso estabeleceu como de risco elevado mulheres com história familiar de câncer de mama em pelo menos um parente de primeiro grau, antes dos 50 anos; história familiar em pelo menos um parente de primeiro grau de câncer de mama bilateral ou de ovário, em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; ou com diagnóstico histológico de lesão mamária proliferativa com atipias ou neoplasia lobular *in situ*. Desde então, tais recomendações foram utilizadas para nortear as ações de rastreamento do câncer de

mama, apesar de não contar com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, que preconiza o rastreamento mamográfico anual para todas as mulheres a partir dos 40 anos.

Em 2015, após revisão sistemática da literatura científica sobre os benefícios e malefícios do rastreamento do câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer, como órgão normatizador do Ministério da Saúde no Brasil, divulgou as novas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, com recomendação favorável fraca para o rastreamento por mamografia com periodicidade bienal em mulheres entre 50 e 69 anos, e recomendação contrária ao rastreamento mamográfico fora desta faixa etária; ausência de recomendação para o exame clínico das mamas como forma de rastreamento, e recomendação contrária ao auto exame das mamas e a utilização de outros métodos de imagem para rastreamento do câncer de mama (INCA, 2015).

Os possíveis danos associados a realização do rastreamento mamográfico fora dessa faixa etária e periodicidade incluem os efeitos da exposição à radiação ionizante, o sobrediagnóstico e sobretratamento, ou seja, diagnóstico e tratamento de lesões indolentes que jamais evoluiriam, além do excesso de resultados falso positivos que levam a procedimentos invasivos para investigação diagnóstica com consequências emocionais, estéticas e possíveis complicações relacionadas ao próprio procedimento. Por outro lado, o possível aumento de sobrevida observado em mulheres jovens com diagnóstico de câncer em fase subclínica pode ser um viés decorrente do tempo de antecipação do diagnóstico (INCA, 2015).

Desta forma, as atuais recomendações para rastreamento do câncer de mama estão pautadas no princípio da prevenção quaternária, proposta em 1999 por Jamouille, médico de família e comunidade, e oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003, definida como “a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis” (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2013). Este é um dos princípios que devem orientar as ações para controle do câncer na Atenção Primária.

Cabe ressaltar que as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama são direcionadas a população de risco padrão, e a realização de rastreamento em casos especiais de mulheres com risco elevado, fora da faixa etária e periodicidade recomendadas pelas novas Diretrizes, deve ser uma decisão compartilhada entre a

equipe e a mulher, após esclarecimento sobre todos os desdobramentos possíveis.

Quanto ao diagnóstico precoce, o Ministério da Saúde recomenda a implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama (INCA, 2015), orientando para o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta que demandam avaliação por exame clínico e métodos de imagem.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde

As estratégias de diagnóstico precoce devem ser formadas pelo tripé: população alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde também alertas para sinais e sintomas suspeitos de câncer e capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado. (INCA, 2015, p. 73).

Portanto, as ações para diagnóstico precoce do câncer de mama incluem o exame clínico das mamas na busca de lesões clinicamente evidentes em estágio ainda inicial que devem ser investigadas através de exames de imagem, visando a confirmação diagnóstica e início do tratamento o mais precoce possível. Para tanto, é fundamental que a mulher esteja informada quanto aos sinais e sintomas iniciais da doença, e que as equipes estejam preparadas para a identificação e investigação de casos suspeitos.

2.3 Confirmação diagnóstica do Câncer de Mama

Diante do achado de uma lesão suspeita de câncer, seja por rastreamento ou por exame clínico, deve-se prosseguir a investigação para confirmação de malignidade e continuidade do cuidado. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) orienta que os resultados das mamografias realizadas no âmbito do SUS sejam classificados de acordo com o sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Date System*). O BI-RADS é um sistema de padronização do laudo mamográfico, criado em 1992 pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR). Sua 4ª versão, publicada em 2003, foi traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e tem sido utilizada para orientação da conduta pós rastreamento. Os resultados são estratificados em sete categorias, de acordo com o grau de suspeição e, como forma de facilitar a condução dos casos, a SMS-Rio elaborou e divulgou em seu *site* um quadro reunindo informações técnicas, e orientações para encaminhamento no

sistema, conforme recomendação preconizada para cada categoria BI-RADS (SMSDC-RJ, 2010), aqui reproduzido no Quadro 1.

Quadro 1 Orientação de conduta pós rastreamento mamográfico

(continua)

Categoria	Classificação	Achados mamográficos	Conduta	Orientação pós-rastreamento Mamográfico
1	NEGATIVA	Mamas Normais	Nova MM de acordo com a faixa etária	ECM em consulta de rotina
2	B	Benignos	Nova MM de acordo com a faixa etária	Agendar avaliação pelo Ginecologista
3	PB	Provavelmente Benignos	Nova MM semestral no primeiro ano, anual no 2º e 3º ano e depois de acordo com a faixa etária	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário
4	S	SUSPEITOS DE MALIGNIDADE	Biópsia e estudo histopatológico	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário
		4.A - Baixa Suspeição		
		4.B - Suspeição Intermediária		
		4.C - Suspeição Moderada		
5	AS	ALTAMENTE SUSPEITOS DE MALIGNIDADE	Biópsia e estudo histopatológico	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário

Quadro 1 Orientação de conduta pós rastreamento mamográfico

(conclusão)

Categoria	Classificação	Achados mamográficos	Conduta	Orientação pós-rastreamento Mamográfico
6	-	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir conduta proposta para o caso	Avaliar situação do tratamento. Caso não tenha iniciado, encaminhar ao Pólo de Diagnóstico Mamário.
0	AD	Incompletos	Avaliação adicional (outras incidências mamográficas, USG etc)	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário

Recomenda-se para investigação de lesões palpáveis o exame citopatológico de material obtido por punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou exame histopatológico de fragmentos obtidos através de punção por agulha grossa (PAG), também chamada *Core Biopsy* (BRASIL, 2004a).

A punção por agulha fina apresenta como vantagens o baixo custo, com necessidade apenas de uma seringa de 10 ml e agulha calibre entre 22 e 25 Gauge, além de estar associada a baixo risco de complicações, porém a acurácia do método depende da qualidade da amostra obtida e da experiência do patologista, variando de 75% a 90%. Em alguns países é recomendada como primeira linha na investigação de achados de *screening* ou para confirmação diagnóstica de lesões palpáveis, porém em nosso meio, em função das taxas de material inadequado resultantes de sua utilização por profissionais inexperientes, seu uso vem diminuindo gradativamente (FRANCO, 2012).

A punção por agulha grossa ou *core* biópsia consiste na retirada de material da lesão para estudo histopatológico, utilizando uma pistola acoplada a um conjunto de agulha-trocarte, que remove um fragmento do tumor após movimento sincronizado pós-disparo (FRANCO, 2012). Por apresentar alta precisão, este procedimento é amplamente utilizado, substituindo a biópsia cirúrgica na maioria dos casos. Embora seja um procedimento ambulatorial, apresenta maior custo e risco de acidentes quando comparado à PAAF, devendo ser realizado apenas por profissionais capacitados.

Para a investigação de lesões impalpáveis, o Documento de Consenso recomenda a realização de PAAF ou PAG guiadas por ultra-sonografia ou por mamografia (estereotaxia).

Os procedimentos mamários invasivos guiados por USG têm a preferência sempre que exequíveis, por terem menor custo e por permitirem a escolha do melhor trajeto da pele até a área de interesse, com maior rapidez e conforto para a paciente, além de serem isentos de radiação ionizante, de permitirem acesso a todas as áreas da mama com amostragem multidirecional e visualização em tempo real e completa da agulha. Contudo não estão indicados em mamas muito gordurosas, lesões menores que 4 mm, e nas microcalcificações por serem lesões inaparentes à USG (FRANCO, 2012).

A biópsia de fragmentos apresenta acurácia de 87% a 96% (FRANCO, 2012), o que significa que em alguns casos há necessidade de retirada total da lesão para confirmação diagnóstica, através de biópsia cirúrgica. Para melhorar a qualidade do material retirado por biópsia percutânea, foi desenvolvida a técnica conhecida como “Mamotomia”, que consiste em biópsia percutânea a vácuo direcionada, assistida por estereotaxia digital ou por ultrassonografia em que a agulha é introduzida e mantida no local da lesão permitindo, com uma única punção, a retirada de fragmentos com dimensões maiores que os obtidos pela PAG. Este procedimento foi realizado pela primeira vez no Brasil em 1997, e atualmente tem sido amplamente utilizado principalmente na abordagem de lesões que se manifestam como microcalcificações e distorções da arquitetura (FRANCO, 2012).

2.4 Estadiamento clínico

Com a finalidade de facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento, permitindo a uniformização de condutas, melhor planejamento terapêutico e indicação prognóstica, foi desenvolvido por Pierre Denoix, na França, entre 1943 e 1952 o sistema TNM para classificação dos tumores malignos, hoje na sua 6ª edição pela União Internacional Contra o Câncer (BRASIL, 2004b), foi atualizada pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) em 2010 (EDGE *et al.*, 2010).

A Classificação TNM para Tumores malignos da mama aplica-se apenas a Carcinomas, considera três variáveis: T= Tamanho do tumor, N = linfonodos regionais e M = metástase a distância, onde:

- Tx - Tumor primário não pode ser avaliado
- T0 - Não há evidência de tumor primário
- TIS - Carcinoma *in situ*
 - Carcinoma ductal *in situ*
 - Carcinoma lobular *in situ*
 - Doença de Paget da papila sem tumor associado
- T1 - Tumor menor ou igual a 2cm
 - T1mic - Carcinoma microinvasor
 - T1a - Tumor maior que 0,1 cm e menor ou igual a 0,5 cm
 - T1b - Tumor maior que 0,5 cm e menor ou igual a 1 cm
 - T1c - Tumor maior que 1 cm e menor ou igual a 2 cm
- T2 - Tumor maior que 2 cm e menor igual a 5 cm
- T3 - Tumor maior que 5 cm
- T4 - Tumor de qualquer tamanho com extensão para:
 - T4a - Parede torácica
 - T4b - Edema ou ulceração da pele
 - T4c - 4 a + 4b
 - T4d - Carcinoma inflamatório
- Nx - Linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0 - Ausência de metástase para linfonodos regionais
- N1 - Metástase para linfonodos regionais axilares ipsilaterais móveis
- N2 - N2a - Metástase para linfonodos axilares coslescentes ou aderidos a estruturas adjacentes
 - N2b - Metástase clinicamente aparente na mamária interna na ausência de mestástase axilar
- N3 - N3a - Metástase para linfonodo infraclavicular
 - N3b - Metástase para linfonodos da mamária interna e axilar
 - N3c - Metástase para linfonodo supra-clavicular
- Mx - Metástase a distância não pode ser avaliada
- M0 - Ausência de metástase a distância
- M1 - Presença de metástase a distância

Quadro 2 Estadiamento do Câncer de Mama - Classificação por Estádios

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio 1	T1*	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Nota: *T1 inclui T1 mic.

Fonte: UICC, 2004 Apud Brasil, 2004b, p. 147-8.

Em sua última atualização pela AJCC (American Joint Committee on Cancer), em 2010 (EDGE *et al.*, 2010), foram feitas alterações considerando o status do linfonodo sentinela, ressaltando-se as seguintes categorias: pN0: sem metástase em LN regional identificada histologicamente; pN0(i-): com imuno-histoquímica (IHQ) negativa; pN0(i+): presença de células malignas não maiores que 0,2 mm, detectadas por hematoxilina e eosina (HE) ou IHQ, incluindo células tumorais isoladas; pN1: micrometástase ou metástase em um a três LNs axilares, e/ou em LN da mama interna detectado por LN sentinela; pN1mi: micrometástase > 0,2 mm e/ou mais que 200 células, mas não maior que 2 mm; pN1a: metástases em um a três LNs com pelo menos uma metástase > 2 mm; pN1b: metástase em LN da mama interna com micrometástase ou macrometástase detectada por LN sentinela, mas não clinicamente; pN1c: metástases em um a três LNs axilares e em LN da mama interna com micrometástase ou macrometástase detectada por LN sentinela, mas não clinicamente (por exame de imagem) (EDGE *et al.*, 2010).

2.5 Tratamento do Câncer de Mama

Apesar de ter muito bom prognóstico quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais, o diagnóstico tardio ainda é uma realidade em muitas regiões brasileiras (OSHIRO *et al.*, 2014). Estes casos exigem formas de tratamento mais agressivas, gerando transtornos psicossociais importantes, pela baixa de autoestima, redução da qualidade de vida, e interrupção das atividades laborais, além de maior risco de recorrência e de metástase à distância. (FRANCO, 2012).

As opções terapêuticas atuais para o Carcinoma Ductal Infiltrante incluem cirurgia complementada ou não por quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, podendo ser empregadas de forma isolada ou associada, variando a escolha em função de vários fatores tais como técnica cirúrgica utilizada, estadiamento clínico, tamanho do tumor, presença e grau de comprometimento linfonodal, grau nuclear, positividade para receptores hormonais de estrogênio e progesterona e idade da paciente, que possuem importante papel na avaliação prognóstica da doença (FRANCO, 2012).

As opções cirúrgicas variam desde tratamentos totalmente conservadores, com preservação da mama e conteúdo axilar quando se procede a pesquisa de linfonodo sentinela e este se mostra negativo para neoplasia, até cirurgias altamente radicais, com retirada de toda a mama, linfonodos axilares e interpeitorais e, algumas vezes, ressecção da musculatura peitoral. Em geral, os procedimentos cirúrgicos mais conservadores são indicados para os casos mais iniciais enquanto as cirurgias radicais são reservadas aos casos localmente avançados (FRANCO, 2012).

Todas as formas de tratamento são de alto custo, sendo este tanto maior quanto mais avançada a doença no momento do diagnóstico. Apesar do grande arsenal terapêutico disponível atualmente, o desenvolvimento de resistência a drogas quimioterápicas é ocorrência relativamente comum, limitando o sucesso do tratamento convencional.

2.6 Políticas Públicas de Saúde e o controle do Câncer de Mama

No Brasil, as primeiras iniciativas para propor o rastreamento do câncer em mulheres datam de 1984, quando da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), porém apenas em 2002 foram introduzidas ações para

controle do câncer de mama durante a fase de intensificação do Programa Viva Mulher, e em 2003 as recomendações para rastreamento a nível nacional foram acordadas e formalmente divulgadas através do Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, publicado em 2004, que recomendava o rastreamento mamográfico bienal para todas as mulheres entre 50 e 69 anos e anual para as mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011). Até então, o controle do câncer de mama era considerado competência apenas da atenção terciária, uma vez que as ações eram puramente assistenciais com foco na doença e seu tratamento. Diante de qualquer sintoma mamário, as mulheres procuravam diretamente os grandes hospitais onde tinham a possibilidade de diagnóstico e tratamento provocando um congestionamento na porta de entrada das unidades terciárias por uma demanda espontânea excessiva e desqualificada que, por si só, constituía uma barreira ao acesso. Muitas mulheres com a doença em fase clínica permaneciam meses aguardando atendimento para confirmação diagnóstica e tratamento, assistindo a inevitável evolução da doença na fila de espera.

Surgiram algumas iniciativas isoladas de organização da porta de entrada dessas unidades a partir da atenção primária, o que ficou consolidado a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), que tornou claro o papel da atenção primária como ordenadora do cuidado na assistência ao câncer. A portaria definiu as atribuições de cada nível de atenção, cabendo à atenção básica não apenas as atividades de promoção e prevenção primária, mas a responsabilidade pelo rastreamento e diagnóstico precoce, com identificação dos casos suspeitos e encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento, além do acompanhamento da mulher durante toda a sua trajetória, incluindo o apoio à terapêutica e aos cuidados paliativos. A expansão da atenção primária através da estratégia de saúde da família torna-se então fundamental para o controle do câncer de mama.

Serão abordadas aqui as principais normativas publicadas desde então.

2.6.1 Plano de Ação Para Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama 2005-2007

Em novembro de 2005, foi publicado o Plano de Ação para Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama 2005-2007 (BRASIL, 2004c), elaborado por um grupo de trabalho com a finalidade de rever a estruturas das estratégias do Programa Viva

Mulher procurando novos meios para alcançar os objetivos propostos de redução das taxas de incidência do câncer de colo do útero e redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama. A elaboração deste documento foi um desdobramento da Oficina Nacional MS/INCA ocorrida em dezembro 2004, tomando como base as propostas e os debates daquele evento. No Plano de Ação foram definidas de seis “Diretrizes Estratégicas”:

1. Aumento da Cobertura da População alvo - pela maior captação de mulheres na faixa etária preconizada, a partir da atenção básica, considerando a expansão da ESF e sensibilização da população feminina pelas organizações da comunidade no caso das unidades de modelo tradicional; aumento da cobertura de mamografia, com proposta de aumento progressivo do teto financeiro da média complexidade, iniciando com aumento de 25% no primeiro ano, associado a implantação do Programa de Controle de Qualidade da Mamografia, organização e habilitação de Polos Secundários de Mama capazes de conduzir a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer e o tratamento das doenças benignas da mama; adequação da alta complexidade ao perfil epidemiológico da população de referência e organização da rede de atenção oncológica;
2. Garantia da Qualidade – implantação progressiva do “Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia”, com base em critérios a serem definidos em parceria pela ANVISA, pelo Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD), pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e pelo INCA (BRASIL, 2004c, p. 18);
3. Fortalecimento do Sistema de Informação – com a proposta de desenvolvimento do Sistema de Informações do Câncer da Mama (SISMAMA), a ser realizado por uma parceria INCA/DRAC/DATASUS;
4. Desenvolvimento de Capacitações –
[...] estruturação de um Programa de Capacitação para a Atenção Oncológica, envolvendo desde a educação popular até os profissionais de saúde, (...) com a construção de uma Rede de Educação para a Atenção Oncológica de forma coerente e articulada com a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS (BRASIL, 2004c, p. 19);
5. Desenvolvimento de Pesquisas envolvendo as ações de diagnóstico e tratamento do câncer de mama;

6. Mobilização Social – desenvolvimento de estratégias de comunicação com “mobilização dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada” (BRASIL, 2004c, p. 20).

Foi definida a meta de diminuição da mortalidade por câncer de mama em 30% após oito anos de ofertado o rastreamento populacional dentro das Recomendações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama. Para auxiliar os gestores no planejamento das ações, o Plano propõe ainda parâmetros para realização de procedimentos diagnósticos e apresenta estimativas de custos para cada diretriz (BRASIL, 2004c).

2.6.2 Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)

A Política Nacional de Atenção Oncológica vigente em nosso país foi instituída através da Portaria Ministerial N° 2439 de 08 de dezembro de 2005. Esta Portaria estabelece que a Atenção Oncológica seja:

organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios”, permitindo o desenvolvimento de “estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2005, p. 1);

A organização de uma linha de cuidados perpassando todos os níveis de atenção e de atendimento; a constituição de Redes hierarquizadas de Atenção Oncológica, com fluxos de referência e contra referência formalmente pactuados nos Planos Estaduais de Saúde, a fim de garantir acesso e atendimento integral; definição de critérios técnicos adequados para o funcionamento, avaliação e mecanismos de monitoramento dos serviços que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica; a ampliação da cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil; além de contribuir para o desenvolvimento de processos de avaliação das ações permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das

informações, promover o intercâmbio com outros subsistemas de informação, qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde, fomentar a formação e a especialização de recursos humanos e incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

A Política Nacional de Atenção Oncológica tem como componentes fundamentais a promoção e vigilância em saúde, a atenção básica, a média complexidade, a alta complexidade, os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, o Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama, a regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo, um sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação e as diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle, a avaliação tecnológica, a educação permanente e capacitação das equipes de saúde, e a pesquisa sobre o câncer.

Ao definir as atribuições de cada nível de atenção, a Portaria estabelece que a atenção oncológica deva ser instituída na ótica da integralidade do cuidado, quebrando o conceito puramente assistencial que levava à centralização da responsabilidade pelas ações nas unidades de maior densidade tecnológica, passando a ter como foco não apenas a doença, mas o indivíduo, a coletividade e os condicionantes sociais. Em consonância com as diretrizes do SUS, a PNAO propõe a conformação de uma rede hierarquizada tendo a atenção primária como porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado, com a responsabilidade, além das ações de promoção da saúde, de identificação e captação dos casos suspeitos, com inserção no sistema e encaminhamento para a atenção secundária onde, sempre que possível, deverá ser feita a confirmação diagnóstica, ficando a atenção terciária com a responsabilidade pelo diagnóstico dos casos que necessitem de recursos além daqueles disponíveis na atenção secundária, e tratamento dos casos confirmados. Para garantir a continuidade do cuidado, é necessária a existência e fluxos formalmente pactuados e regulados, com monitoramento contínuo de todas as etapas do processo (BRASIL, 2005).

2.6.3 Pacto Pela Saúde 2006

Em 2006, reconhecendo a necessidade de mudança no modelo de gestão do SUS para melhor adequação às necessidades da população, o Ministério da Saúde instituiu, através da portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto Pela Saúde, que trouxe um novo conceito de gestão do Sistema, ao definir que os gestores do SUS passariam a assumir o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE, baseado nos princípios constitucionais do SUS, enfatizando as necessidades de saúde da população, com definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, tem como um de seus objetivos, contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas pelas três esferas de governo, reforçando o SUS como política de Estado, e defendendo seus princípios constitucionais. Esta política fortalece a participação da comunidade, e tem foco central o financiamento da saúde.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, tornando claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006), reforçando a necessidade de regionalização e descentralização do SUS, aponta para a territorialização, estruturando regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; enfatiza, dentre outros, a Programação Pactuada e Integrada, a Regulação, a Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este documento teve a concordância dos gestores SUS e foi assinado pelo Ministro de Estado da Saúde, pelo Presidente do CONASS e pelo Presidente do CONASEMS (BRASIL, 2006).

Desde então, estados e municípios passaram a trabalhar com objetivos e metas definidos pelas prioridades da população, com resultados avaliados através de indicadores definidos pelo SISPACTO (BRASIL, 2006).

2.6.4 Portaria Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008

A Portaria Ministerial Nº 325 de 21 de fevereiro de 2008 estabeleceu, em ser

Art. 1º, como uma das prioridades do Pacto Pela Vida para 2008, o controle do câncer de colo de útero e de mama, tendo como objetivos ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população-alvo e implantar o Sistema Nacional de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), com identificação do usuário, integrando-o ao Sistema de Informação do câncer do colo do útero - SISCOLO (BRASIL, 2008a), ambos desenvolvidos e gerenciados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

2.6.5 Portaria Nº 779, de 31 de dezembro de 2008

Em dezembro de 2008, o Ministério da Saúde definiu através da Portaria nº 779, como sistema oficial de informação dos procedimentos relacionados ao rastreamento e confirmação diagnóstica do câncer de mama, o SISMAMA.

O SISMAMA consiste em um subsistema do SIA-SUS que permite o processamento de dados informatizados referentes aos exames mamográficos, citológicos, histopatológicos, além de permitir a inserção de dados de seguimento.

O Sistema possui dois módulos operacionais, o módulo Prestador de Serviço e o módulo Coordenação Municipal. O primeiro destina-se aos serviços de mamografia e aos laboratórios de anatomopatologia, que recebem as informações clínicas em formulários padronizados preenchidos pelos profissionais da atenção primária no momento da consulta e solicitação dos exames, realizam os procedimentos solicitados, inserem no Sistema as informações recebidas e os resultados dos exames processados e ao final do mês geram dois arquivos, um BPA-I magnético, com dados para faturamento, e um "exporta dados", com informações sobre o usuário, incluindo dados dos exames, cuja importação constitui a base primária para alimentação do módulo Coordenação Municipal.

O módulo Coordenação Municipal, destinado ao gestor do programa nos municípios, permite a visualização dos procedimentos realizados desde a solicitação do exame de rastreamento até o exame histopatológico, possibilitando o seguimento dos casos alterados pela associação dos dados disponíveis no sistema e pela inserção de dados obtidos através de busca ativa. Desta forma, o SISMAMA contribui para o gerenciamento do programa em todas as suas etapas, fornecendo informações que auxiliam o gestor no monitoramento do processo, e no planejamento das

intervenções necessárias.

As Coordenações Estaduais recebem, consolidam e transferem para o DATASUS as informações exportadas pelas Coordenações Municipais. Cabe ao DATASUS a alimentação da Base Nacional cujos relatórios são periodicamente divulgados no site do INCA (BRASIL, 2008b).

2.6.6 Lei Nº 11.664 de 29 de abril de 2008

A Lei nº 11.664, art.2º, III, determinou que O Sistema Único de Saúde – SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve assegurar o direito à realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos.

Sancionada pelo então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 29 de abril de 2008, entrou em vigor um ano após sua publicação (BRASIL, 2008c).

2.6.7 Pacto Pela Saúde 2009

Através da Portaria Nº 48 de 12 de janeiro de 2009, o Ministério da Saúde determinou para o ano de 2009, a manutenção das Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde definidos no Anexo da Portaria Nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 observadas, dentre outras, as alterações nos indicadores do grupo 06 referentes ao controle do câncer de mama:

06.a União: Proporção de estados e municípios capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).

06.b Estados: Proporção de municípios com serviços de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).

06.c Municípios: Proporção de serviços (SUS e credenciados) de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).
(BRASIL, 2009a, 2009b)

2.6.8 Portaria Nº 2.012, de 23 de agosto de 2011

Em agosto de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 2.012 que estabeleceu a aplicação de recursos adicionais no valor de R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais) anuais, adicionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), para o custeio de Mamografia Bilateral para Rastreamento do

câncer de mama, acrescentando a necessidade de registro no SISMSAMA de toda a produção de mamografia de rastreamento, fortalecendo assim as ações de controle da doença (BRASIL, 2011b).

2.6.9 Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011 – 2022

Elaborado pelo Ministério da Saúde visando preparar o Brasil para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis nos próximos dez anos, o *Plano* aponta como determinantes sociais para as DCNT as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, e os fatores de risco modificáveis, aborda os quatro grupos principais de doenças – circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, e “define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.” (BRASIL, 2011c, p. 14)

Dentre as ações do Eixo III – Cuidado Integral, o plano propõe:

Fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres de colo do útero e de mama; garantir acesso ao exame preventivo e à mamografia de rastreamento de qualidade a todas as mulheres nas faixas etárias de periodicidade preconizadas, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades; (...) garantir avaliação diagnóstica dos casos de mamografia com resultado anormal e garantir tratamento adequado aos casos de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama ou diagnóstico de lesões benignas. (BRASIL, 2011c, p. 86).

2.6.10 Programa nacional de controle de Qualidade em Mamografia (PNQM)

Instituído através da PORTARIA Nº 531, de 26 de março de 2012 (BRASIL, 2012c), devendo ser adotado em todos os serviços que realizam mamografia, públicos ou privados, definindo parâmetros e indicadores para monitoramento dos resultados dos exames, a fim de garantir a qualidade dos mesmos.

2.3.11 Portaria MS/GM Nº 874 de 16 de maio de 2013: institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS

Esta Portaria propõe a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades da federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção, e estabelecendo o trabalho em rede (BRASIL, 2013a). Define, como competência da Atenção Básica, além das ações de promoção da saúde, rastreamento e diagnóstico precoce, a coordenação e manutenção do cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde, com registro das informações nos sistemas de informação vigente.

2.6.12 Portaria MS/GM Nº 876 de maio de 2013

Estabelece o prazo de 60 dias para início do tratamento dos pacientes com câncer, contados a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

2.6.13 Portaria Nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013

“Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, com o propósito de substituir o SISCOLO e o SISMAMA, com maior abrangência que estes, tendo por finalidade “permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas” (BRASIL, 2013c, p. 1). A portaria prevê sua implementação no âmbito do SUS devendo ser utilizado também pelos serviços de saúde privados. Contudo, em função da grande instabilidade do sistema, ainda não foi possível sua plena utilização, coexistindo atualmente os três sistemas de informação.

2.6.14 Portaria Nº 189 de 31 de janeiro de 2014

“Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação” (BRASIL, 2014).

Os Serviços de Diagnóstico Mamário de que trata esta Portaria, foram propostos com a finalidade de fortalecer as ações de diagnóstico precoce do câncer de mama, e podem integrar a linha de cuidado do câncer de mama. Trata-se de

serviços ambulatoriais estruturados para realização de procedimentos para investigação e confirmação diagnóstica do câncer de mama, com previsão de habilitação solicitada pela respectiva Secretaria de Saúde. Para tanto, devem contar com equipe e estrutura compatível com os procedimentos a serem realizados, e apresentar produção mínima também estabelecida por esta normativa.

Para viabilizar a implantação destes serviços, a Portaria prevê incentivo de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) a serem aplicados em adequação da infraestrutura do serviço necessária a execução dos procedimentos.

2.7 Acesso à detecção precoce do câncer de mama

Ao regulamentar o Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8080 de 1990 definiu como diretrizes o acesso universal, a integralidade da atenção e a equidade do acesso, grande desafio para os gestores do sistema.

Segundo Donabedian (1972), acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde. A disponibilidade do serviço ou dos recursos por si só não garante o acesso, uma vez que o ingresso no sistema e sua efetiva utilização dependem de vários outros fatores relacionados ao sistema e à própria população. Para este autor, é o uso dos serviços de saúde que concretizam o acesso e não sua existência simplesmente (DONABEDIAN, 1972).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 2904).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) considera que a Atenção Primária dentro de uma Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) concretiza um dos elementos essenciais no serviço de saúde, como cobertura e acesso universal, o primeiro contato, a atenção integral de saúde apropriada, a orientação familiar e comunitária, a ação intersetorial, melhor organização e gestão. A RISS melhora a acessibilidade, reduz a fragmentação do cuidado, otimiza a infraestrutura e os serviços, reduzindo os custos e melhorando a eficiência do sistema (ORGANIZACIÓN

PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é o nível do sistema de saúde onde ocorre o primeiro contato do paciente, é a entrada para todas as novas necessidades e problemas. A atenção primária é voltada para a pessoa e não para a enfermidade, coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. Compartilha com outros níveis características como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, prevenção, tratamento e reabilitação e trabalho em equipe. Para Starfield, atenção primária é uma abordagem que forma a base para e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Para Travassos e Martins (2004) o acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Pelo lado da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos à acessibilidade geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado). Pelo lado da demanda, o principal determinante de uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde. A necessidade percebida, ou seja, a identificação de um problema pelo usuário é o motor mais importante da demanda e se sobrepõe, normalmente, a outras considerações de ordem demográfica e social. A característica demográfica mais importante na determinação do consumo de ações e atividades de saúde é a idade, fator profundamente relacionado ao estado de saúde, enquanto entre os aspectos sociais podem ser citadas as questões de gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social. Todos esses fatores influenciam o modo e a quantidade de consumo de serviços de saúde, no âmbito populacional (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pereira *et al.* (2011) realizaram estudo com objetivo de avaliar as

características organizacionais e de desempenho de uma Unidade Básica de Saúde tradicional a partir da percepção do usuário, utilizando como ferramenta o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) validado para o Brasil. Os resultados foram derivados de uma tese de Livre Docência que incluiu uma população de usuários adultos e acompanhantes de crianças ou incapacitados de responder, sendo um total de 14 unidades de saúde, que prestam serviços de atenção básica à população, sendo 10 no modelo Equipe de Saúde da Família e 4 no modelo tradicional, de onde o autor selecionou uma das unidades estudadas, localizada em um município do interior de São Paulo. Na unidade selecionada, o questionário foi aplicado a 55 usuários. Para o atributo acesso, os principais problemas encontrados na visão dos usuários foram a “não abertura da UBS nos finais de semana (1,5%), indisponibilidade de telefone quando a UBS está fechada (2,6%), não obter consulta com menos de 24 horas (15,5%) e tempo de espera na recepção maior que 30 minutos (20,4%)”, apontando para o acesso como um dos pontos de estrangulamento do sistema (PEREIRA *et al.*, 2011, p. 50).

Cunha e Silva (2010), analisaram os fatores relacionados à organização de serviço em um município do interior do estado da Bahia, e também encontraram barreiras de acesso ligadas ao horário de funcionamento, ao agendamento de consultas, referência para especialidades e contra referência, sendo os obstáculos mais marcantes nas unidades de modelo tradicional (CUNHA; SILVA, 2010).

Leite *et al.* (2011), em estudo transversal com uma amostra de 459 mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, analisaram as ações de rastreamento do câncer de mama no município de Aracruz - Espírito Santo, utilizando como variáveis dependentes “realização de mamografia” e “número de mamografias realizadas” e como variáveis independentes “faixa etária”, “escolaridade”, “raça/cor” e “classe econômica”. Todas as mulheres incluídas no estudo tinham idade a partir de 35 anos e haviam passado por pelo menos uma consulta ginecológica com médico ou enfermeiro da ESF no período máximo de um ano. Do total de mulheres entrevistadas, 64% afirmaram terem recebido orientações sobre câncer de mama e 69% referiram terem sido submetidas ao exame clínico da mama. O autor encontrou forte relação entre realização de mamografia e faixa etária, com maior percentual de mulheres submetidas a mamografia no grupo de 50 a 59 anos (76%), seguindo o grupo de 40 a 49 anos (61%) e 35 a 39 anos (26%). Quanto à escolaridade, não foi encontrada relação entre a realização de mamografia e o grau de escolaridade, porém quanto a

quantidade de mamografias realizadas apenas 6% das mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto haviam realizado mais de 6 mamografias. Para a variável raça/cor, o autor encontrou maior percentual de mulheres submetidas a mamografia nos grupos branca (71%) e indígena (70%), e menor percentual dentre as pardas (44%) e negras (57%). Foi encontrada ainda relação significativa entre a realização de mamografia e classe socioeconômica, com 84% das mulheres das classes “A/B” contrastando com apenas 35% das mulheres na classe “E” (LEITE *et al.*, 2011).

Thied e McIntyre (2008) apresentaram uma discussão do acesso em suas três dimensões – disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Como disponibilidade, o autor engloba a existência real do serviço, e todos os fatores que facilitam seu alcance pelo cliente, como proximidade, flexibilidade de horários, agendamento, entrevistas, etc. Como acessibilidade, inclui os custos diretos e indiretos e como aceitabilidade os fatores subjetivos, sociais e culturais, e como o serviço é considerado seguro na visão do indivíduo e da comunidade. Assim, o nível de acesso aos cuidados de saúde é determinado pelo "grau de ajuste" entre os indivíduos ou comunidades e o sistema de saúde, refletindo a interação entre o "lado da oferta" e o "lado da procura" nos cuidados de saúde. Partindo do conceito de “oportunidade” como uma condição que permite uma ação particular, de circunstâncias de favoreçam ou possibilitem o uso, o acesso também pode ser entendido como “oportunidade de usar”. Para o autor, é necessário que o usuário tenha conhecimento da possibilidade de utilizar e esteja habilitado a escolher e define o acesso como liberdade de escolha. Para tanto, a informação é elemento fundamental para o acesso, e a comunicação em saúde deve ser foco das políticas públicas de saúde equitativa (THIED; MCINTYRE, 2008).

Também com foco na informação, o trabalho de Molina *et al.*, publicado em 2003, mostra os resultados de pesquisa realizada através de entrevistas por telefone com 261 mulheres com idade a partir de 30 anos, na cidade de Botucatu em São Paulo, onde foi verificado maior prevalência de câncer avançado em mulheres idosas e com menor grau de escolaridade, por falta de informação quanto à periodicidade ideal para realização do exame clínico da mama e mamografia, concluindo que a oportunidade de detecção precoce é dependente da informação sobre a possibilidade de utilização do serviço (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Para Serra e Rodrigues (2010), a informação sobre o funcionamento dos serviços é fundamental para a garantia do acesso. Para este autor, o direito à

população da informação sobre os serviços disponíveis, seus horários, critérios de inserção e pré-requisitos para realização de procedimentos especializados é um elemento crítico para a garantia do acesso. Em seu artigo, Serra e Rodrigues chamam a atenção para a necessidade de tornar clara a denominação de cada nível de atenção e das unidades, facilitando a identificação por parte do usuário do serviço mais adequado para atender a sua necessidade (SERRA; RODRIGES, 2010).

Pode-se inferir, portanto, que a necessidade de informação vai além daquela referente aos protocolos e à doença em si, sendo fundamental o conhecimento por parte da população e dos profissionais de saúde quanto à organização da rede assistencial.

Oliveira *et al.*, analisaram o fluxo de pacientes portadoras de câncer de mama, para realização de cirurgias e atendimentos ambulatoriais em 2005 e 2006, em hospitais públicos e contratados pelo SUS, utilizando as bases de dados do DATASUS – SIH-SUS, SIA-SUS e APAC/ONCO, e observaram a existência de redes de atenção em câncer, com atendimento amplamente distribuído pelo território nacional, com forte concentração nos maiores centros, e indícios de escassez de atendimento mesmo nas regiões onde a oferta de serviços é maior, e com grande proporção de pacientes residindo a mais de 150km do local de atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Vilar *et al.* (2015), realizou estudo descritivo baseado em informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), para avaliar a oferta de mamógrafos no estado do Rio de Janeiro, tendo observado desigualdades na distribuição dos equipamentos, porém sem déficit de mamógrafos; todavia, a produtividade média anual desses equipamentos foi baixa no período estudado (2012 e 2013)

Jacome *et al.* (2011), realizou um estudo em Mossoró, Rio Grande do Norte, incluindo 33 médicos e 47 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde que responderam a questões referentes ao conhecimento das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre a detecção do câncer de mama, além de questões relacionadas à qualidade no atendimento integral a saúde da mulher e as condutas clínicas para a detecção do câncer de mama. O município conta com uma rede assistencial estruturada com fluxos definidos e regulados para atenção secundária e terciária. Dentre os participantes, 62,5% dos médicos e 95,3% dos enfermeiros possuíam especialização e 15,6% dos médicos com residência médica em diversas áreas, 6,2% dos médicos tinham

mestrado e 3,1% doutorado. Com relação a treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró sobre câncer de mama, 87,9% dos médicos e 55,3% dos enfermeiros informaram não terem participado. Quanto à realização do exame clínico da mama, 93,9% dos médicos e 97% dos enfermeiros afirmaram sua importância devendo ser parte integrante do exame ginecológico, porém apenas 39,4% dos médicos valorizaram o período ideal para sua realização. Apenas 24,2% dos médicos e 8,5% dos enfermeiros apontaram a mamografia como método de escolha para detecção do câncer, 18,2% dos médicos e nenhum enfermeiro indicou a idade de 50 anos para início do rastreamento em mulheres de risco habitual. Além disso, como ação educativa, os profissionais priorizavam o ensinamento do autoexame das mamas a partir dos 20 anos. Como fatores limitantes do rastreamento, apontaram o desconhecimento da população e o número insuficiente de profissionais habilitados. O autor conclui pela necessidade de implantar e consolidar o Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde, aumentar a oferta de exames mamográficos, informatizar todas as UBS do município e incentivar campanhas de Educação em Saúde para a população, despertando o autocuidado pela saúde da mama (JACOME *et al.*, 2011).

Oliveira *et al.* (2011) comparando os dados da PNAD 2008 com os da PNAD 2003 verificou que em 2008 houve um aumento significativo no número de mulheres que fizeram mamografia em relação a 2003, estando a chance de realização do exame maior entre as de 50 a 69 anos, e diretamente relacionada à renda familiar e escolaridade, mulheres casadas, realização de consulta médica, cobertura por plano de saúde e residência em área metropolitana (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Em estudo semelhante, Novaes (2011) faz uma análise das PNAD 2003 e 2008 observando uma tendência de evolução favorável com aumento do número de exames realizados, apesar de persistirem padrões de desigualdade social, de melhor distribuição geográfica, social e etária. Este autor aponta para a necessidade de inclusão de outros dados relativos à frequência e prazos de realização do exame para maior contribuição da pesquisa na avaliação das ações de controle do câncer de mama (NOVAES, 2011).

Rodrigues *et al.* (2015), analisando dados da PNAD 2008, observou que melhores condições socioeconômicas, residir nas regiões mais desenvolvidas do país, uma composição familiar que inclua filhos, apresentar uma boa auto avaliação da saúde e já ter sido diagnosticada com algum tipo de câncer são fatores relacionados

à maior procura por exames para detecção precoce do câncer de mama (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Silva (2011) apresenta uma análise crítica dos resultados da PNAD 2008, sustentando que para que o aumento da cobertura de exame mamográfico possa causar impacto sobre a mortalidade por câncer de mama é necessário estruturar as redes de atenção garantindo o acesso ao tratamento em tempo oportuno (SILVA, 2011).

Serra e Rodrigues (2010) analisaram o sistema de referência e contra referência entre os municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, e verificou a existência de barreiras institucionais ao acesso. Em seu trabalho, foi observada a existência de oferta limitada de mamografia, além da precariedade ou inexistência de contra referência e má organização das atividades de regulação, baixa adesão aos protocolos assistenciais por parte dos profissionais de saúde, precariedade dos sistemas de informação e de comunicação, influência política na gestão das unidades, diversidade na denominação das unidades de saúde levando a dificuldades de identificação pelo usuário e multiplicidade das grades de oferta de serviços. Em seu estudo, o autor aponta a mamografia como um dos exames especializados de maior dificuldade para referência no município de Duque de Caxias (SERRA; RODRIGES, 2010). Este trabalho reforça a necessidade de estruturação de rede hierarquizada de atenção, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Oncológica vigente em nosso país.

Uma questão a ser discutida é que, independente do aumento da cobertura de mamografia observado nos últimos anos, é preciso conhecer qual o quantitativo de lesões detectadas precocemente e seu desfecho, e se os casos suspeitos foram efetivamente inseridos no sistema para confirmação diagnóstica e tratamento.

Neste sentido, diversos autores enfatizam a necessidade de garantia de continuidade do cuidado, permitindo o acesso à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início do tratamento em tempo oportuno, o que só é possível com a estruturação de uma rede de serviços hierarquizada, com integração de todos os níveis da atenção, ligada a um sistema eficiente de regulação, facilitando a referência e contra referência de acordo com protocolos assistenciais devidamente validados, respeitando-se os prazos máximos recomendados pelo MS/INCA para espera pelos procedimentos.

Essas questões têm sido foco de interesse de alguns autores, motivando a

realização de estudos sobre a trajetória da mulher no sistema de saúde, a fim de analisar a efetividade das ações e compreender os fatores que relacionados ao atraso na confirmação diagnóstica e tratamento da doença.

Azevedo e Silva, utilizando dados do SISMAMA, SIH e SIM referentes ao ano de 2010, realizou estudo descritivo onde foi investigado o nível de implementação das recomendações para detecção precoce do câncer de mama. Foi verificado baixa cobertura mamográfica, seguimento inadequado de lesões radiológicas suspeitas e déficit de acesso a tratamento cirúrgico, apontando para um baixo impacto das medidas de rastreamento na mortalidade por câncer de mama no Brasil. Os autores alertam para a necessidade de encarar a melhora desses indicadores, e a criação de mecanismos que permitam a monitorização do custo-efetividade do rastreamento mamográfico e de seu impacto como prioridades da política de câncer para o país (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2014).

No estado de Pernambuco, Brasil, estudo realizado por Paiva e Cesse no período de 2012 e 2013, foram observados atrasos no estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento nos diversos níveis de atenção, por fatores relacionados tanto às usuárias, como aos profissionais e aos serviços de saúde (PAIVA; CESSE, 2015).

Em Aracaju, Sergipe, Gonçalves *et al.* realizaram estudo no período de agosto de 2011 a março de 2012, com o objetivo de identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, percebidas por mulheres em tratamento quimioterápico. Foram entrevistadas 58 mulheres, das quais 63,8% referiram alguma barreira na trajetória do cuidado do câncer de mama, sendo as mais citadas nos períodos de investigação e tratamento as barreiras organizacionais ou dos serviços de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Medeiros *et al.* (2015), em estudo de coorte retrospectiva de base hospitalar, realizado com o objetivo de analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama, em mulheres atendidas no sistema público brasileiro, observaram diferenças regionais com maior atraso entre diagnóstico e tratamento para as regiões Sul e Nordeste. Nas diversas regiões, foram mais suscetíveis ao atraso as mulheres as idosas, não brancas, vivendo sem companheiro, com menos de oito anos de estudo, com doença em estadiamento inicial, que iniciaram o tratamento no período de 2006 a 2011 e oriundas do sistema público de saúde. Os autores apontam para a necessidade de realização de novas pesquisas direcionadas à identificação dos fatores associados aos longos intervalos de tempo

nas etapas percorridas pelas mulheres com câncer de mama para melhor compreensão das falhas e elaboração de políticas públicas específicas (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Em janeiro de 2015, o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva divulgou Documento que apresenta uma avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama e do colo do útero com base nas informações do SISMAMA, SISCAN e SISCOLO. São analisados dados de 2013 referentes ao exame mamográfico incluindo distribuição de resultados, tempos de solicitação e de resultados por indicação clínica e distribuição de resultados histopatológicos de biópsia e de peças cirúrgicas. De um total de 2.295.135 mamografias de rastreamento registradas, considerando todas as regiões do país, 55% foram realizadas fora da faixa etária recomendada (50 a 69 anos). Para o estado do Rio de Janeiro, 47% das mamografias de rastreamento foram realizadas com mais de trinta dias após a solicitação, 39,5% tiveram o laudo liberado com prazo maior que 30 dias e 26,4% após 60 dias. Para a mamografia diagnóstica, os prazos foram menores, 31,1% foram realizadas com mais de 30 dias após a solicitação e 54,3% tiveram o laudo liberado em menos de 30 dias. O prazo para liberação do laudo histopatológico de biópsia foi menor que 30 dias em 83,5% dos casos de lesão palpável e 88,8% dos casos de lesão impalpável (BRASIL, 2015b). Não foram analisados neste estudo os intervalos entre o resultado da mamografia e a realização da biópsia, e entre esta e o início do tratamento, não sendo possível avaliar o tempo total decorrido na trajetória da mulher com câncer de mama.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a trajetória, em toda linha de cuidado, das mulheres com câncer de mama, residentes no município do Rio de Janeiro, que chegaram ao sistema terciário a partir da atenção primária, entre abril e setembro de 2015.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a média e mediana de tempo de cada etapa do processo suspeição-confirmação diagnóstica-tratamento do câncer de mama no período estudado;
- b) Identificar possíveis pontos de bloqueio ou lentidão do fluxo ao longo da linha de cuidado do câncer de mama;
- c) Identificar se a oferta de procedimentos para investigação diagnóstica do câncer de mama no município do Rio de Janeiro está sendo utilizada adequadamente.

4 MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O estudo respeitou as recomendações éticas contidas na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as informações extraídas dos sistemas foram analisadas mantendo o anonimato das pacientes envolvidas, com intuito de não lhes acarretar riscos ou danos.

Este estudo só teve início após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Escola São Francisco de Assis, CAAE - 59827316.2.0000.5238 e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CAAE: 59827316.2.3001.5279.

Foi autorizada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por serem utilizados dados secundários disponíveis nos sistemas de informação SISMAMA E SISCAN, e no sistema de regulação SISREG.

4.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal.

Para atender aos objetivos propostos, a pesquisa foi subdividida em: 1- Estudo da Trajetória na Linha de Cuidado (objetivos “a” e “b”) e 2- Estudo da Adequação da Demanda para Investigação Diagnóstica do Câncer de Mama na Atenção Secundária (objetivo “c”) no município do Rio de Janeiro.

4.2.1 Estudo da Trajetória na linha de cuidado do câncer de mama

- **População-alvo:** Mulheres com câncer de mama diagnosticado e iniciado tratamento no SUS no município do Rio de Janeiro entre abril e setembro de 2015.
- **Crítérios de inclusão:** Registros de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, atendidas pela primeira vez em unidade de atenção terciária para confirmação diagnóstica e início do tratamento de câncer de mama entre abril e setembro de 2015, agendadas pelo sistema oficial de regulação do SUS (SISREG) e cujas informações estavam disponíveis nos sistemas de informação SISMAMA

e/ou SISCAN.

- **Crítérios de exclusão:**

- Mulheres que realizaram exames para rastreamento e/ou confirmação diagnóstica no sistema de saúde suplementar
- Mulheres não atendidas em Unidade de atenção primária da SMS-Rio
- Mulheres com recidiva de tumor previamente tratado.

- **Coleta de dados:**

- ❖ Foram elaborados instrumentos de coleta, alimentados a partir das informações extraídas dos relatórios “consulta ambulatorial/agendados pela regulação/consulta em mastologia oncológica e consulta em mastologia oncológica lesão impalpável” do sistema de regulação SISREG, e das bases dos sistemas de informação SISMAMA (módulos mamografia, citologia e histopatológico) e SISCAN (módulo tratamento), com filtros correspondentes às variáveis utilizadas nesta etapa do estudo (**Anexo “C”**).
- ❖ Os dados referentes ao atendimento na atenção terciária foram extraídos do SISREG, sendo pesquisados:
 - Datas de:
 - Solicitação/inserção no sistema
 - Regulação
 - Agendamento (execução)
 - Motivo do encaminhamento
 - Devoluções:
 - Quantidade
 - Motivo
 - Tempo de reenvio
- ❖ Para cada registro de atendimento na atenção terciária, foram pesquisados nos sistemas de informação SISMAMA e SISCAN os dados referentes a:
 - **Mamografia:**
 - Tipo: diagnóstica ou rastreamento
 - Indicação clínica
 - Resultado de acordo com a classificação BI RADS
 - Datas de:
 - Solicitação

- Execução
 - Liberação dos laudos
 - Devoluções:
 - Quantidade
 - Motivo
 - Tempo de reenvio
 - Exame histopatológico (biopsia da mama) ou exame citopatológico de amostras de punção aspirativa da mama por agulha fina:
 - Resultados
 - Datas de:
 - Coleta da amostra
 - Liberação do laudo.
- ❖ Os dados referentes ao atendimento na atenção secundária foram extraídos dos relatórios de agendamento para o procedimento “Consulta em Ginecologia-Mastologia” do sistema de regulação SISREG:
- Datas de:
 - Solicitação/inserção no sistema
 - Regulação
 - Agendamento (execução)
 - Devoluções:
 - Quantidade
 - Motivo
 - Tempo de reenvio
- **Tratamento dos dados:**
- ❖ Foi construído um banco de dados no programa Excel.
- ❖ De acordo com a estratégia de detecção da lesão da mama (mamografia de rastreamento ou diagnóstica), a amostra do estudo foi subdividida em dois grupos:
- Grupo A – lesão impalpável detectada por mamografia de rastreamento (dado identificado por busca ao procedimento “Mastologia Oncológica Lesão Impalpável”).
 - Grupo B – lesão palpável, detectada ao exame clínico (dado identificado por busca ao procedimento “Mastologia Oncológica”).

- ❖ Em ambos os grupos foram calculados os intervalos de tempo (mínimo, máximo, a média e a mediana), em cada uma das 4 etapas da linha de cuidado do câncer de mama, levando-se em consideração as especificidades de cada grupo, como segue:

Etapa 1 - Captação e suspeição:

- Para ambos os grupos foi considerado o intervalo de tempo entre a solicitação da mamografia pelo profissional da atenção primária (atendimento de primeiro contato) e a liberação do laudo, subdividido nos intervalos:
 - a- solicitação - a data de solicitação da mamografia foi considerada como "data de captação" no Grupo A e como "data de suspeição" no grupo B.
 - b- realização da mamografia
 - c- liberação do laudo.

Etapa 2 - Investigação diagnóstica:

- Para o Grupo A foi considerado o intervalo de tempo entre a liberação do laudo da mamografia e a solicitação de atendimento especializado na atenção terciária.
- Para o Grupo B foi considerado o intervalo de tempo entre a liberação do laudo da mamografia e o atendimento especializado na atenção secundária, subdividido nos intervalos:
 - a- inserção da solicitação de atendimento no procedimento "Consulta em Ginecologia-Mastologia" no SISREG
 - b- data da regulação
 - c- data da consulta agendada

Etapa 3 - Confirmação diagnóstica:

- Grupo A: intervalo de tempo entre a solicitação e a data de atendimento na unidade de atenção terciária. Considerou-se como data da confirmação diagnóstica a data de agendamento na unidade de atenção terciária, uma vez que, na maioria dos casos de lesão subclínica, a confirmação se dá neste nível de atenção, coincidindo

com a inserção no tratamento.

- Grupo B: intervalo de tempo entre a consulta agendada na especialidade Ginecologia-Mastologia e o encaminhamento para consulta na atenção terciária. Considerou-se como data da confirmação diagnóstica a data da consulta agendada na atenção secundária. Quando esta data não estava disponível, considerou-se a data de liberação do laudo histopatológico, uma vez que neste grupo de pacientes a confirmação diagnóstica por biopsia é realizada neste nível de atenção.

Etapa 4 - Inserção no tratamento:

- Para ambos os grupos, foi considerado o intervalo de tempo entre a solicitação de atendimento na unidade terciária e a data da consulta agendada.
 - Para o Grupo A, as etapas 3 e 4 (Confirmação diagnóstica e Inserção no tratamento) foram agregadas e analisadas como confirmação diagnóstica/tratamento, considerando-se o intervalo de tempo entre a solicitação e a data de atendimento especializado na atenção terciária.

4.2.2 Estudo da Adequação da Demanda para Investigação Diagnóstica do Câncer de Mama na Atenção Secundária

- **Critérios de inclusão:**

- Registros de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro inseridas no SISREG para atendimento no procedimento “Consulta em Ginecologia-Mastologia”, com agendamento de primeira vez para o mês de setembro de 2015.

- **Coleta de dados:**

- Os dados foram obtidos a partir dos relatórios de agendamentos do SISREG para o procedimento “Consulta em Ginecologia Mastologia” para o mês de setembro de 2015.
- Para coleta de dados, foram elaborados instrumentos de coleta, alimentados a partir das informações extraídas do relatório “consulta ambulatorial/agendados pela regulação/consulta em ginecologia

mastologia” do sistema de regulação SISREG, com filtros correspondentes às variáveis utilizadas nesta etapa do estudo (**Anexo “D”**). Foi construído um banco de dados no programa Excel.

- Foram extraídos para análise os dados referentes a:
 - Quantitativo de consultas agendadas
 - Status no sistema (pendente ou confirmada): Para quantificar o absentismo, foram considerados como "faltas" todos os registros de consultas pendentes de confirmação no sistema de regulação.
 - Motivo das solicitações: Para avaliar a adequação da demanda, foram analisadas as justificativas inseridas pelo solicitante quando da inserção no sistema, sendo categorizadas em:

1- Agendamentos adequados:

a- Achados suspeitos de malignidade:

- Achados de imagem BI RADS 4 e 5
- Lesão palpável com características sugestivas de malignidade.

b- Achados duvidosos:

- Achados de imagem BI RADS 3 e 0

2- Agendamentos inadequados:

a- Achados clínicos inespecíficos.

b- Achados tipicamente benignos:

- Achados clínicos tipicamente benignos
- Achados de imagem BI RADS 2 .

c- Câncer de mama já confirmado por biopsia,

d- Seguimento pós tratamento de câncer

e- Ausência de achados anormais

f- Ausência de informações: todos os registros em que, pela falta de dados, foi impossível atribuir algum grau de suspeição.

- **Tratamento dos dados:**

Estatística descritiva: Foi calculada a proporção de utilização da oferta por tipo de demanda, e a mediana de tempo de espera entre a solicitação e a execução do procedimento.

4.3 Cenário do estudo

O estudo teve como cenário o Município do Rio de Janeiro e a rede de atenção a mulher com câncer de mama.

Localizado na região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, o município tem uma área territorial de 1.200.177Km² e uma população de 6.320.372 habitantes.

Com 1.282 equipes de saúde da família, a atenção primária no município do Rio de Janeiro constitui a porta de entrada no sistema de atenção, oferecendo acesso às ações de detecção precoce do câncer de mama para cerca de 62% da população, conforme cobertura de ESF no período estudado. Os exames mamográficos de rastreamento são solicitados pelo profissional da APS e agendados através do SISREG pela própria unidade de atenção primária.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde/INCA, o rastreamento mamográfico deve incluir, anualmente, metade da população feminina de 50 a 69 anos. Considerando a população informada no Censo IBGE de 2010, estima-se que a população-alvo para rastreamento do câncer de mama no município do Rio de Janeiro seja de 351.229 mulheres ao ano, ou seja, 29.271 mulheres/mês (**Tabela 1**).

Tabela 1: População feminina residente no Município do Rio de Janeiro

Total	Abaixo de 35 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 anos ou mais
3360629	1644632	246860	233893	236586	225882	197393	160131	121277	293975

Fonte: IBGE 2010

Como resultado do rastreamento, estima-se que 1,19% das mulheres de 50 a 69 anos e 1,36% das mulheres de 60 a 69 anos apresentem achados que necessitem de biópsia com orientação por método complementar.

De acordo com os parâmetros técnicos propostos pelo MS/INCA (2010), além da população alvo para rastreamento, a oferta de procedimentos na linha de cuidado do câncer de mama deve incluir os casos detectados ao exame clínico das mamas. Estima-se que cerca de 1% da população feminina acima de 35 anos tenha risco elevado para câncer de mama, e 8,9% destas podem apresentar lesão detectada ao

exame clínico com indicação para mamografia diagnóstica. Além destas, estima-se que 10% da população de 40 a 49 anos e 8,9% da população de 50 a 69 anos também podem necessitar de mamografia diagnóstica.

Para calcular a necessidade de oferta de punção biópsia por agulha grossa (PAG), estima-se que 1,5% da população feminina acima de 35 anos com risco elevado, 1,5% das mulheres de 50 a 69 anos e 1,2% das mulheres de 40 a 49 anos podem necessitar de biópsia por agulha grossa (PAG) sem orientação por método complementar (INCA, 2006).

Desta forma, para atender, a oferta mensal de procedimentos necessária para atender a toda a população feminina residente no município do Rio de Janeiro seria de 38.523 mamografias, 935 biopsias guiadas por método de imagem e 1.373 punções percutâneas por agulha grossa sem orientação por método de imagem.

No período estudado, o município contava com 14 unidades executantes de mamografia com uma oferta mensal de 26.956 exames regulada pelo SISREG, e 1 unidade sob gestão estadual com oferta regulada pelo KLINIKOS, com produção em torno de 14.000 exames mês. Para investigação e confirmação diagnóstica, o município contava com 15 serviços estruturados para realização de biópsia percutânea de lesões palpáveis com uma oferta mensal de cerca de 950 consultas. Para investigação diagnóstica de lesões impalpáveis, o município possuía uma oferta de vagas bastante reduzida no sistema de regulação, limitando-se a 1 serviço com oferta mensal de 12 vagas para biópsia de mama guiada por USG. A biópsia guiada por mamografia era realizada em apenas uma unidade terciária, com oferta regulada através do SISREG. O serviço estadual que ofertava vagas para mamografia de rastreamento também estava equipado para realização de biópsia guiada por mamografia e, quando o resultado do exame realizado era indicativo de biópsia, a paciente era convocada para retornar à unidade que realizava a biópsia independente de solicitação da atenção primária, atuando em consonância com a Portaria Nº 189/2014, com o objetivo de reduzir o tempo de espera para confirmação diagnóstica, uma vez que, com a convocação pela clínica radiológica, a mulher não precisaria retornar para a atenção primária nem aguardar agendamento para biópsia na atenção secundária.

Na atenção terciária, as vagas eram reguladas através do SISREG, com disponibilidade para tratamento de lesão palpável em 8 unidades e para tratamento de lesão impalpável em apenas uma unidade, com regulação descentralizada.

4.3.1 Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Município do Rio de Janeiro

A rede de atenção oncológica no município do Rio de Janeiro está organizada de acordo com as diretrizes da política Nacional de Atenção Oncológica e da Portaria MS/GM Nº 874 de 16 de maio de 2013.

Na linha de cuidado do câncer de mama, a atenção primária, como porta de entrada no sistema, realiza ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, além da detecção precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e seguimento de pacientes após tratamento. Todas as unidades de atenção primária contam com profissionais capacitados para realizar rastreamento de acordo com as diretrizes ministeriais, acolhimento de mulheres sintomáticas, identificação e investigação de casos suspeitos de câncer.

A Secretaria Municipal de Saúde orienta que toda mulher, independente de sua idade, tenha suas mamas examinadas durante a consulta de saúde da mulher. Havendo alteração clínica suspeita de câncer, o profissional deverá solicitar a mamografia e encaminhar a mulher para avaliação pelo especialista na atenção secundária. Se houver alteração clínica sugestiva de benignidade, o profissional deverá solicitar o exame de imagem mais adequado de acordo com a idade da paciente.

Não havendo alteração, a conduta dependerá da idade e da existência de fatores de risco. Mulheres abaixo de 35 anos são liberadas. Acima de 35 anos e com risco habitual devem ser liberadas e, caso tenham risco elevado, caberá ao profissional orientar a mulher quanto às recomendações para rastreamento do câncer de mama, esclarecendo sobre os riscos e benefícios associados a esta prática, devendo compartilhar com a usuária a decisão de realizar ou não exame de imagem.

Mulheres sem alteração ao exame clínico das mamas e com idade entre 50 e 69 anos, devem ter o exame mamográfico de rastreamento solicitado a cada dois anos.

Os exames de imagem são solicitados pelo profissional da atenção primária, que insere a solicitação no SISREG. A regulação é realizada de forma descentralizada, de forma que todas as unidades de atenção primária possuem pelo menos um médico regulador, que fará a avaliação e o agendamento das solicitações feitas pelas equipes de sua unidade.

Uma vez realizado o exame, a mulher retorna à atenção primária para que o resultado seja avaliado pelo profissional solicitante.

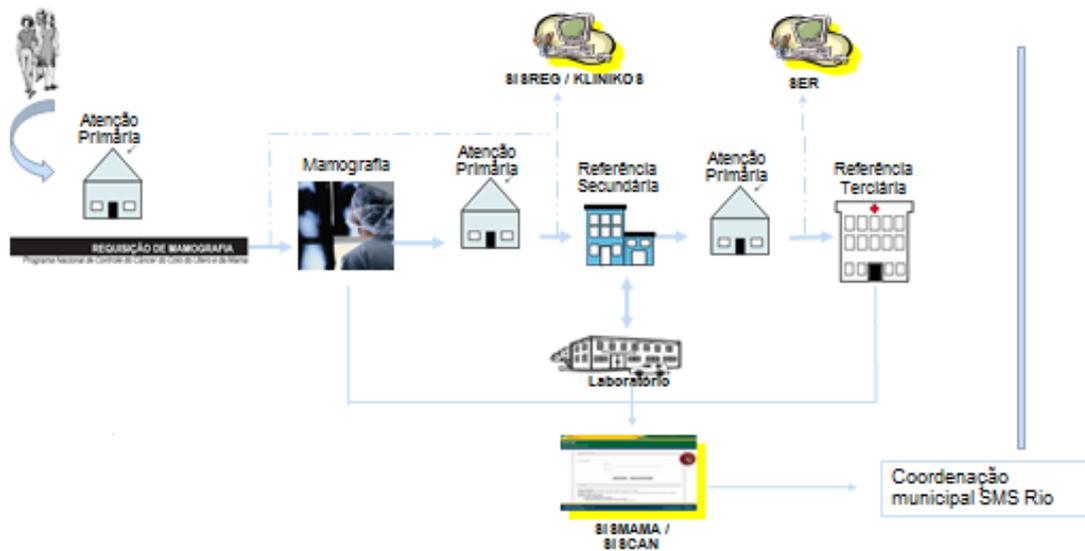
Nos casos de lesão sugestiva de benignidade e de lesões detectadas no rastreamento (lesões impalpáveis), a conduta deverá ser individualizada, seguindo, preferencialmente, as recomendações de conduta de acordo com a classificação BI RADS, ou seja, deverão ser encaminhadas para avaliação especializada mulheres com achados BI RADS 4 ou 5, por serem suspeitos de malignidade. Mulheres com achados BIRADS 3 e 0 podem ser encaminhadas para os serviços secundários para orientação, e posterior contra referência, com as devidas orientações, visando oferecer maior segurança ao profissional da atenção primária.

Em caso de lesão palpável suspeita de malignidade, a biópsia poderá ser realizada na unidade secundária e, confirmando malignidade, a mulher é novamente encaminhada para a atenção primária com orientação para ser referenciada à atenção terciária. A inserção do encaminhamento para a atenção terciária no sistema de regulação é realizada pelo profissional da atenção primária. A regulação para tratamento oncológico atualmente é realizada através do Sistema estadual de regulação (SER), mas no período estudado neste trabalho, esta regulação era realizada pelo SISREG de forma descentralizada, com acesso liberado a todos os reguladores das unidades de atenção primária (**Figura 1**).

Devido à falta de oferta de biópsia percutânea orientada por método de imagem no SISREG, pacientes com lesão impalpável são direcionadas para a atenção terciária, onde é realizada a biópsia e, uma vez confirmada malignidade, a inserção no tratamento se dá por fluxo interno da unidade.

Após realização do tratamento oncológico, a paciente é mantida em acompanhamento pela atenção primária, que é responsável pelo seguimento e encaminhamento para atenção terciária, se houver recidiva ou metástase.

Figura 1: Percurso da mulher na linha de cuidado do câncer de mama no município do Rio de Janeiro.



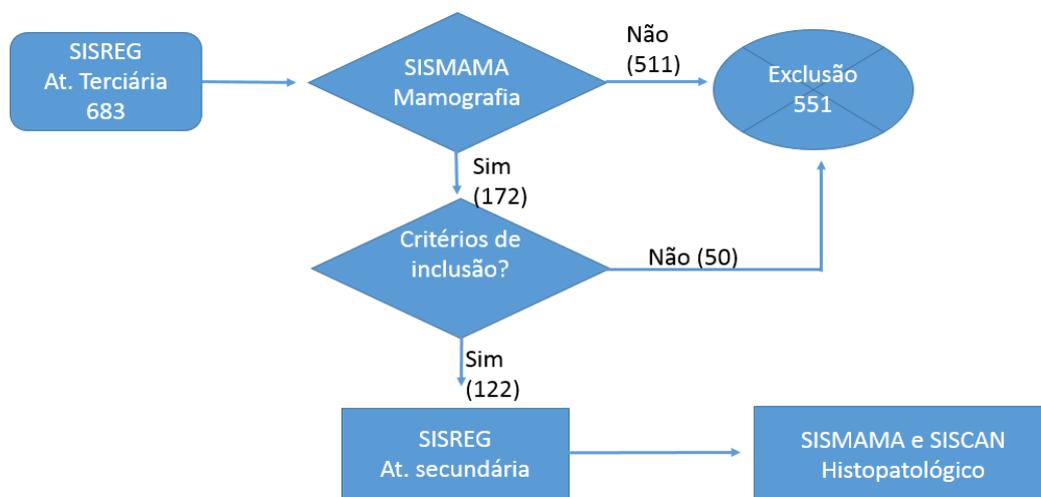
5 RESULTADOS

• 5.1. Estudo da Trajetória na Linha de Cuidado

Entre abril e setembro de 2015, foram agendadas 683 consultas de primeira vez em mastologia oncológica (nível terciário) pelo SISREG no município do Rio de Janeiro, das quais 122 foram incluídas neste estudo (27 por procedimento “Mastologia Oncológica – lesão impalpável”, incluídos no grupo “A”; e 95 por “Mastologia Oncológica”, incluídos no grupo “B”).

Do total de 683 consultas agendadas, foram excluídas 50 por não residirem no município do Rio de Janeiro ou apresentarem história pregressa de câncer de mama (critérios de exclusão) e 511 por falta de registro correspondente nos sistemas de informação utilizados (SISMAMA E SISCAN).

Figura 2: Seleção da amostra para estudo da trajetória na linha de cuidado do câncer de mama



Grupo “A” Lesão impalpável (detectado por rastreamento):

Tempo total do processo Suspeição-investigação-confirmação-tratamento: teve média de 201 dias e mediana de 227 dias, tendo variado de zero a 530 dias. O intervalo desde a captação da mulher para exame de rastreamento até o atendimento na unidade terciária para tratamento do câncer foi superior a 70 dias em 81% dos registros (**Quadros 3 e 4**).

Etapa 1 – Captação e suspeição:

O tempo entre a solicitação da mamografia e a liberação do laudo do exame

variou de zero a 315 dias, com média de 61 dias e mediana de 42 dias. A mediana de tempo entre a solicitação e a realização da mamografia foi de 30 dias, e 26% dos exames foram realizados em menos de 10 dias. Para o intervalo entre a realização da mamografia e liberação do laudo, a média foi de 8 dias e a mediana foi de 6 dias, com 70% dos exames liberados em menos de 10 dia (**Quadros 3 e 4**).

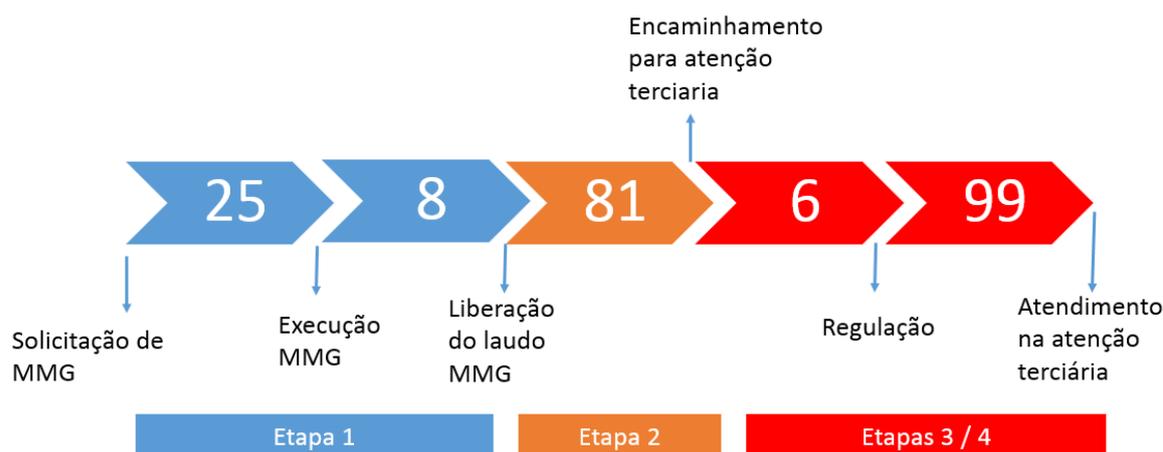
Etapa 2 – Investigação diagnóstica:

Para a etapa de Investigação, este grupo teve uma variação de 0 a 343 dias, com média de 87 dias e mediana de 81 dias; o intervalo de tempo entre a liberação do laudo da mamografia e a solicitação de atendimento na unidade terciária, foi superior a 70 dias em 56% dos registros (**Quadros 3 e 4**).

Etapas 3 / 4 – Confirmação diagnóstica/inserção no tratamento:

O intervalo de tempo entre a solicitação e a data de atendimento na atenção terciária apresentou uma variação de 48 a 172 dias, com média de 109 dias e mediana de 105 dias, sendo menor que 70 dias em apenas 1 registro (**Quadros 3 e 4**). O maior intervalo nesta etapa foi observado entre a data da regulação e a data do agendamento, com mediana de 99 dias. Para o intervalo entre a solicitação e a data da regulação, a mediana foi de 6 dias.

Figura 3: Medianas dos intervalos de tempo (dias): Grupo A – lesão impalpável.



Grupo “B” – Lesão palpável (detectado através do exame clínico)

O tempo total do processo Suspeição-investigação-confirmação-tratamento para este grupo teve média de 229 dias e mediana de 164 dias, variando de zero a 912 dias. O intervalo de tempo desde a suspeição até o atendimento na unidade terciária foi superior a 70 dias em 81% dos registros. (**Quadros 3 e 5**).

Etapa 1 – Captação e suspeição:

A média de tempo entre a solicitação de mamografia e a liberação do laudo foi de 59 dias, e a mediana foi de 33 dias; o intervalo variou de zero a 500 dias.

Nesta etapa, o maior intervalo observado foi entre a solicitação da mamografia e realização do exame, onde foi constatada uma mediana de 25 dias, e em 68% dos registros o exame foi realizado em até 30 dias. Entre a realização do exame e a liberação do laudo, a mediana de tempo foi de 6 dias, em 82% dos registros o laudo foi liberado em até 10 dias (**Quadros 3 e 5**).

Etapa 2 – Investigação diagnóstica:

O intervalo para investigação diagnóstica teve média de 179 dias e mediana de 138 dias, variando de 0 a 532 dias (**Quadro 3**).

Apenas 18/95 (19%) das mulheres tinham registro de atendimento em unidade secundária. As demais (77/95 = 81%) foram encaminhadas diretamente para a atenção terciária. Para estas mulheres, o intervalo entre a liberação do laudo da mamografia e a solicitação de atendimento na unidade terciária variou de 0 a 825 dias, com média de 173 dias e mediana de tempo de 95 dias.

Dos registros de mulheres com lesão palpável encaminhadas para a atenção secundária, ou seja, 18/95, 67% (12/18) dos atendimentos ocorreram com intervalo maior que 70 dias após o laudo da mamografia (**Quadro 5**).

A solicitação de atendimento na atenção secundária foi regulada em até 10 dias em 83% dos casos; o maior tempo na etapa de investigação foi observado entre a data da regulação e a data do atendimento na atenção secundária, que foi maior que 70 dias em 56% dos registros (**Quadro 5**).

Etapa 3 – Confirmação diagnóstica:

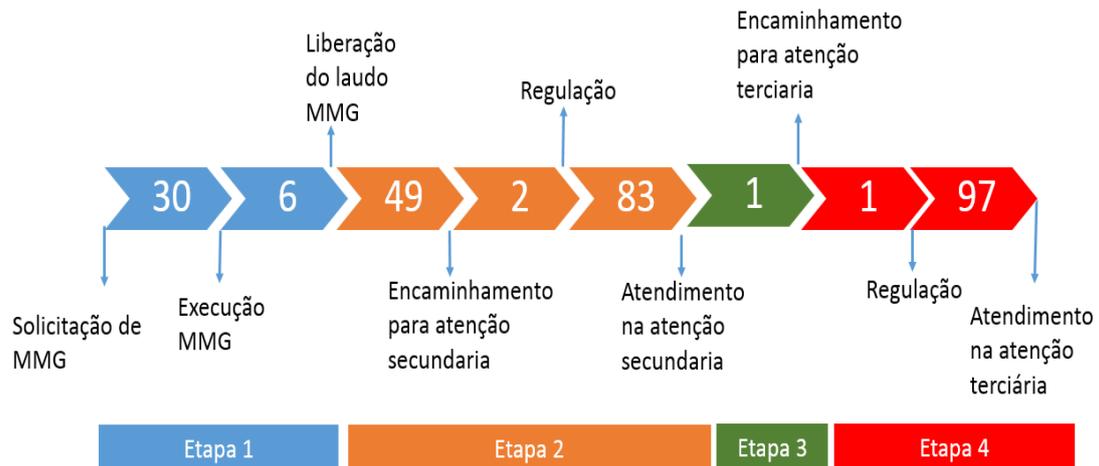
Esta etapa apresentou uma média de 30 dias e mediana de 1 dia, variando de 0 a 170 dias (**Quadro 3**).

Etapa 4 – Inserção no tratamento:

A etapa 4 (inserção no tratamento) variou de 1 a 255 dias, com média de 81 e mediana de 99 dias. Considerando todos os registros de pacientes com lesão

palpável, o intervalo entre o encaminhamento para a atenção terciária e a data do atendimento foi maior que 70 dias em 67% (64/95) dos casos (**Quadros 3 e 5**).

Figura 4: Medianas dos intervalos de tempo (dias): Grupo B – lesão palpável.



Quadro 3 : Intervalos de tempo das etapas do Processo Suspeição-Investigação-Confirmação-Tratamento nos Grupos A e B.

Tempo/Etapa	GRUPO A (Lesão impalpável)				GRUPO B (Lesão Palpável)				
	Captação e suspeição	Investigação Diagnóstica	Confirmação diagnóstica e Inserção no Tratamento	TOTAL (dias)	Captação e suspeição	Investigação Diagnóstica	Confirmação Diagnóstica	Inserção no Tratamento	TOTAL (dias)
Mínimo	0	0	48	0	0	0	0	1	0
Máximo	315	343	172	530	500	532	170	255	912
Média	61	87	109	201	59	179	30	81	299
Mediana	42	81	105	227	33	138	1	99	164

Quadro 5: Distribuição dos registros segundo os Intervalos de tempo entre os procedimentos realizados pelo Grupo B

ETAPAS/ INTERVALOS	Etapas 1 a 4		Etapa 1				Etapa 2						Etapa 3		Etapa 4			
	Atendimento de Primeiro Contato X Atendimento na unidade terciária		Solicitação da Mamografia X Realização da Mamografia		Realização da Mamografia X Liberação do laudo		Liberação do Laudo da Mamografia X Encaminhamento para Atenção Secundária		Encaminhamento para Atenção Secundária X Regulação do procedimento		Regulação do Procedimento X Agendamento na Atenção Secundária		Atendimento na Atenção Secundária X Encaminhamento para Atenção terciária		Encaminhamento X Regulação		Regulação X Atendimento na Unidade Terciária	
Nº de REGISTROS																		
Tempo (dias)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
0 a 10	1	1	21	22	78	82	2	11	15	83	6	33	10	56	79	84	6	7
11 a 20	0	0	14	15	9	9	2	11	0	0	0	0	3	17	4	4	4	4
21 a 30	2	2	29	31	2	2	3	17	1	6	0	0	0	0	4	4	14	15
31 a 40	3	3	10	11	3	3	2	11	0	0	1	6	0	0	2	2	4	4
41 a 50	1	1	1	1	0	0	0	0	2	11	1	6	0	0	1	1	0	0
51 a 60	3	3	4	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	4	4
61 a 70	8	8	0	0	0	0	2	11	0	0	0	0	1	6	1	1	1	1
>70	77	81	16	17	2	2	7	39	0	0	10	56	3	17	4	4	62	65
Mediana	164		33				138						1		99			
TOTAL	95	100	95	100	95	100	18	100	18	100	18	100	18	100	95	100	95	100

- **5.2. Estudo da Adequação da Demanda para Investigação Diagnóstica do Câncer de Mama na Atenção Secundária**

Foram registrados 614 agendamentos para consultas de primeira vez em Ginecologia Mastologia para o mês de setembro de 2015, sendo 607 para mulheres residentes no município do Rio de Janeiro (MRJ) e 7 para não munícipes que foram excluídas do estudo. Todos os agendamentos foram regulados através do SISREG, solicitados por profissionais de diferentes unidades que compõem a rede de atenção primária do MRJ.

Quanto à indicação do encaminhamento ao atendimento em nível secundário, foram considerados adequados 223 (36,7%) agendamentos, e inadequados 384 (63,3%). De acordo com as justificativas registradas quando da inserção no sistema de regulação, 58 (10%) mulheres apresentavam achados suspeitos de câncer de mama e 165 (27%) tinham alterações que foram classificadas como duvidosas.

Foram agendadas consultas para 160 (26,4%) pacientes que apresentavam achados clínicos e/ou de imagem característicos de benignidade, e 11 (1,8%) com registro de ausência de anormalidades ao exame clínico e de imagem, representando a ocupação de 171 vagas para consulta especializada por mulheres que estavam fora do protocolo para investigação diagnóstica de câncer.

Em 203 (33,4%) registros de agendamentos não foram informados dados clínicos nem resultados de exames de imagem que permitissem classificar os achados de acordo com o grau de suspeição, não sendo possível, para estes casos, analisar a pertinência da solicitação (**Tabela 2**).

Tabela 2: Agendamentos para Consulta em Ginecologia Mastologia em setembro 2015 segundo motivo da solicitação.

MOTIVO DO AGENDAMENTO	N	%
Achados tipicamente benignos	160	26,4
Achados suspeitos de malignidade	58	9,6
Achados duvidosos	165	27,2
Câncer confirmado por biópsia	2	0,3
Seguimento pós tratamento de câncer	8	1,3
Mamas sem anormalidades	11	1,8
Sem informação	203	33,4
TOTAL	607	100

Excluindo-se os agendamentos sem informação, 55,2% (223/404) foram considerados adequados e 44,8% (181/404) inadequados.

Entre os agendamentos realizados para mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, 179 atendimentos não foram confirmados no sistema, sugerindo um absenteísmo de 29%. Foi observado que 32% das faltas foram de pacientes com lesão suspeita de câncer ou com achados duvidosos, enquanto 68% foram de pacientes das outras categorias.

Quando analisado o intervalo de tempo entre a solicitação do atendimento e a data da consulta agendada, observou-se uma variação de 0 a 823 dias, com média de 79 e mediana de 87 dias. Em 67% dos casos o atendimento se deu em mais de 70 dias (**Tabela 3**).

Tabela 3: Distribuição dos resultados segundo intervalo entre o atendimento de primeiro contato e a consulta em ginecologia mastologia

TEMPO (dias)	Absoluto (N)	Relativo (%)
0 a 10	19	3
11 a 20	1	0
21 a 30	9	1
31 a 40	52	9
41 a 50	73	12
51 a 60	13	2
61 a 70	31	5
>70	409	67
TOTAL	607	100

6 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o câncer de mama tem sido alvo de diversos estudos com foco em aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, que resultaram em importantes avanços tecnológicos, como exames de imagem com melhor resolução, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas conservadoras e incorporação de novas drogas, possibilitando o diagnóstico da doença em estágios iniciais, redução da morbidade associada ao tratamento e aumento da sobrevida livre de doença, porém sem impacto nas taxas de mortalidade, especialmente nos países em desenvolvimento, possivelmente em função do diagnóstico tardio.

Barros (2012), em trabalho de revisão bibliográfica, aponta para a relação entre altas taxas de mortalidade por câncer de mama em países em desenvolvimento e atrasos no diagnóstico e tratamento, pela falta de programas de detecção precoce estruturados e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, apontando para a necessidade de implementação de programas de rastreamento e melhor estruturação dos serviços. Este autor chama a atenção para a escassez de pesquisas sobre atrasos no diagnóstico do câncer de mama no Brasil e para a dificuldade de extrapolar resultados de pesquisas internacionais para a realidade brasileira, em função das diferentes metodologias aplicadas (BARROS, 2012). Este tema foi abordado nos estudos de Rezende (2010) e de Gadelha (2016), ambos realizados no município do Rio de Janeiro, incluindo mulheres atendidas no Hospital do Câncer III. Não encontramos nenhuma publicação sobre este tema exclusivamente no âmbito do SUS e incluindo a totalidade das unidades de atenção terciária localizadas no município do Rio de Janeiro, o que dificultou a comparação dos resultados do presente estudo com os resultados de outros autores.

Como o objetivo deste estudo foi analisar o percurso temporal das mulheres que seguiram toda a sua trajetória na linha de cuidado do câncer de mama em unidades SUS, na primeira fase deste estudo, 561 (74,81%) dos registros de atendimento em unidades terciárias pesquisados foram excluídos, pois não tinham os respectivos registros de mamografia nos sistemas de informação SISMAMA/SISCAN, significando que estas mulheres não seguiram sua trajetória exclusivamente em unidades SUS. Apesar da redução no tamanho da amostra, o estudo incluiu a totalidade de registros de mulheres que foram atendidas exclusivamente em unidades

SUS, evitando assim possíveis vieses pela diferença entre os tempos de espera das unidades SUS e do sistema suplementar.

Como todos os registros foram extraídos do SISREG, todas as 683 mulheres procuraram uma unidade de atenção primária em algum momento, ou após mamografia, ou após biópsia realizada no setor privado, ou mesmo como primeiro contato, mas não realizaram a mamografia no SUS e, diante da suspeita ou confirmação diagnóstica, procuraram a atenção primária de onde foram encaminhadas para hospital terciário, para realização do tratamento pelo SUS.

Desta forma, pode-se inferir que apenas 25,18% das mulheres que deram entrada em unidades de atenção terciária para tratamento do câncer de mama no município do Rio de Janeiro, no período estudado, foram atendidas exclusivamente pelo SUS em todo o seu percurso. Este dado sugere a existência de possíveis obstáculos na entrada do sistema ou na realização de exames, já apontados por outros autores (REZENDE, 2010; GADELHA, 2016).

Rezende (2010), em estudo realizado com 104 mulheres que procuraram atendimento no Hospital do Câncer III, verificou que 48,1% destas realizaram seu primeiro atendimento em unidades públicas de saúde, e 51,9% em serviços privados. Das mulheres entrevistadas, 93,3% apresentaram resultado de mamografia, das quais 68% foram realizadas em serviços privados (REZENDE, 2010).

Gadelha (2016), em estudo realizado com uma amostra de 200 mulheres também atendidas no Hospital do Câncer III, porém em período distinto, observou que apenas 35,84% das mulheres procuraram unidades básicas de saúde como primeiro contato, 52,02% informaram ter realizado mamografia em serviço privado e 43,35% realizaram a biópsia na rede privada (GADELHA, 2016).

Nos estudos de Rezende (2010) e Gadelha (2016), não há referência a mulheres que tiveram o primeiro atendimento em unidades públicas e prosseguiram realizando a mamografia também em unidade SUS. É possível que uma parcela daquelas que realizaram seu primeiro atendimento em unidades públicas de saúde nestes estudos (48,1% e 35,84%), respectivamente, tenham realizado a mamografia a nível privado. Ressalta-se que, no nosso estudo, 25,18% correspondeu a mulheres atendidas exclusivamente pelo SUS.

Quanto ao tempo de cada etapa do processo, os intervalos foram estudados separadamente para cada grupo, a partir da solicitação da mamografia. Não foi estudado o intervalo entre a percepção da lesão pela própria mulher e o atendimento

na atenção primária, por não ser uma informação disponível nos sistemas de informação utilizados neste estudo.

A mediana de tempo total, considerando o intervalo entre o atendimento de primeiro contato, aqui marcando o início da etapa de detecção/suspeição, e a inserção na unidade terciária para início do tratamento foi de 227 dias para as mulheres com lesão impalpável, resultado semelhante ao encontrado por Barros (2011) em estudo realizado no Distrito Federal, incluindo 250 mulheres, onde obteve mediana de 229 dias entre a detecção e o início do tratamento (tempo total).

Para as mulheres com lesão palpável, o tempo total foi um pouco menor, com mediana de 164 dias, provavelmente em função da maior oferta de vagas para este tipo de atendimento, uma vez que os registros de agendamentos de mulheres com lesão palpável foram distribuídos em 8 unidades terciárias, enquanto os agendamentos para mulheres com lesão impalpável foram concentrados em apenas uma unidade terciária.

Na primeira etapa da linha de cuidado, que aqui chamamos de captação/suspeição, observou-se uma mediana de 42 dias para o grupo sem lesão palpável, e de 33 dias para o grupo com lesão palpável. Em ambos os grupos, a maior demora foi observada no intervalo entre a solicitação e a realização da mamografia, o que pode ser devido a insuficiência de oferta, ou a dificuldades no processo de regulação. Considerando a população alvo para rastreamento mamográfico no município do Rio de Janeiro (29.271 mulheres/mês), e a oferta de mamografia disponível no sistema de regulação, não seria esperado atraso no agendamento do exame por falta de vagas, sugerindo uma possível lentidão no processo de regulação.

Uma vez realizada a mamografia, a liberação do laudo se mostrou bastante rápida, com mediana de 6 dias para ambos os grupos e liberação em até 10 dias em 70% dos casos de lesão impalpável e 82% dos casos de lesão palpável, resultado semelhante ao encontrado por Gadelha (2016), que observou uma mediana de 1 a 7 dias para a emissão do laudo mamográfico. O maior percentual de exames liberados em até 10 dias para os registros de lesão palpável mostra a prioridade dada aos casos de pacientes com lesão clinicamente evidente, em relação às pacientes com lesão impalpável, que realizaram a mamografia como estratégia de rastreamento.

O maior intervalo encontrado neste estudo para o grupo com lesão palpável, que tem como referência para a confirmação diagnóstica a atenção secundária foi o intervalo de tempo entre a liberação do laudo da mamografia e a realização da biópsia

(investigação/confirmação diagnóstica), onde a mediana foi de 138 dias, ficando acima de 70 dias em 67% dos casos. Este foi o maior intervalo encontrado também por outros autores, como Gadelha (2016), que encontrou uma mediana de 40 dias, porém bem menor que neste estudo; Munhoz (2009), em um estudo com 52 mulheres atendidas em um ambulatório de mastologia no município de São Paulo, encontrou um tempo de demora de mais de 6 meses entre o diagnóstico feito na Atenção Primária e o atendimento na unidade especializada de nível secundário (MUNHOZ, 2009). Rezende (2009) encontrou um intervalo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica maior que seis meses e meio em metade da amostra estudada e Trufelli (2008), encontrou uma mediana de 72 dias entre a suspeita mamográfica e a realização da biópsia.

Considerando o fluxo para atendimento no município do Rio de Janeiro, onde, uma vez liberado o laudo a paciente precisa retornar à atenção primária para análise do resultado da mamografia e encaminhamento para a atenção secundária através do SISREG, o atraso nesta etapa poderia ser devido a dificuldades no retorno à atenção primária, na regulação do encaminhamento para a atenção secundária ou pelo longo prazo de espera para a consulta após o agendamento. No detalhamento desta etapa, encontramos o maior intervalo de tempo entre a regulação da consulta e a data agendada, que foi maior que 70 dias em 56% dos casos. Já o intervalo de tempo desde a liberação do laudo até a regulação do procedimento foi de no máximo 10 dias em 83% dos registros, podendo-se inferir que as mulheres não tiveram dificuldade de retorno à atenção primária e, uma vez realizado o encaminhamento, a consulta na atenção secundária foi rapidamente agendada, porém, para um prazo longo de tempo.

Chama a atenção o fato de a maioria das pacientes não ter passado pela atenção secundária, indo diretamente para a atenção terciária, sugerindo possível dificuldade no acesso a este nível de atenção. Por outro lado, algumas pacientes também podem ter realizado a biópsia no mesmo serviço em que realizaram a mamografia, sendo convocadas diretamente pelo radiologista, sem retorno à atenção primária, prática comum em dois dos serviços credenciados. Analisando separadamente os registros de mulheres com lesão palpável que não passaram pela atenção secundária, observou-se que o intervalo entre a liberação do laudo da mamografia e a solicitação de atendimento na atenção terciária, variou de 0 a 825 dias, com média de 173 dias e mediana de 95 dias, resultado semelhante ao

encontrado para o grupo de lesão impalpável, que teve uma mediana de 81 dias para este intervalo. Comparando com o grupo de registros das 18 mulheres com lesão palpável que passaram pela atenção secundária, onde o intervalo de investigação diagnóstica teve uma mediana de 138 dias, pode-se inferir que a passagem pela atenção secundária, com necessidade de retorno à atenção primária em todas as etapas do processo, pode ser um fator de atraso no percurso da mulher.

Considerando a relação entre a oferta e a necessidade de consultas em mastologia no nível secundário no município do Rio de Janeiro, não seriam esperados atrasos neste nível. Este achado poderá ser melhor compreendido a partir dos resultados da segunda parte desta pesquisa, sobre a utilização da oferta de consultas em ginecologia mastologia em nível secundário.

Para o grupo com lesão impalpável, o intervalo entre a suspeita mamográfica e o encaminhamento para a atenção terciária (etapa de investigação diagnóstica), teve uma mediana de 81 dias, já incluso o tempo de realização de exames adicionais, como ultrassonografia que, na maioria dos casos, são necessários para a definição da melhor abordagem a ser realizada, e não foi considerado separadamente neste estudo.

O intervalo de inserção no tratamento, que considera o intervalo entre a solicitação e o atendimento na atenção terciária, mostrou-se bastante desfavorável em ambos os grupos, mas principalmente no grupo de lesão impalpável, onde a entrada na atenção terciária, para confirmação diagnóstica/tratamento, teve um tempo de espera maior que 70 dias em 56% dos casos, e a mediana foi de 105 dias. Este fato pode ser atribuído à escassez da oferta de procedimentos para abordagem deste tipo de lesão, uma vez que todas as vagas foram limitadas a uma única unidade. O longo intervalo de tempo entre a solicitação e a data do atendimento na atenção terciária resulta em atraso no início do tratamento e reflete a escassez de oferta neste nível de atenção. Para ambos os grupos, a mediana de tempo foi bem superior à encontrada por Gadelha (2016), de 56 dias e uma variação de 4 a 511 dias. Resultado mais favorável também foi citado por Lisboa (2014) que, em um estudo incluindo 116 mulheres atendidas no Hospital Regional de Taguatinga, encontrou um tempo de espera para primeira consulta no hospital inferior a 30 dias em 74% da amostra.

A Portaria MS/GM Nº 876 de maio de 2013, conhecida como “Lei dos 60 dias”, estabelece o prazo de 60 dias para início do tratamento dos pacientes com câncer, contados a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente, e define como

indicador a mediana de tempo entre o laudo histopatológico e o início do tratamento, calculada pelo SISCAN. No presente estudo foi considerada a data do primeiro atendimento na unidade terciária, e não a data do início do tratamento, não permitindo o cálculo deste indicador para o grupo estudado. De qualquer forma, cabe aqui uma observação quanto à sensibilidade do indicador utilizado pelo SISCAN, uma vez que não é capaz de traduzir a real demora no início do tratamento por considerar como data inicial a data do laudo histopatológico da biópsia, não levando em conta todos os intervalos anteriores, que este estudo considerou.

Diversos autores fizeram referência à dificuldade de atendimento na atenção secundária, com longos períodos de espera entre a suspeição e a confirmação diagnóstica, sugerindo a existência de obstáculos ao fluxo neste nível de atenção. Este dado motivou a realização da segunda parte desta pesquisa, em que foi selecionada uma segunda amostra, composta por registros de agendamentos de consultas de mastologia no nível secundário, para analisar a ocupação das vagas disponíveis. Cabe salientar que o município do Rio de Janeiro conta com 15 serviços de nível secundário estruturados para realizar a investigação e confirmação diagnóstica por biópsia percutânea de lesões palpáveis com uma oferta mensal de 946 consultas.

De acordo com os parâmetros Técnicos do MS/INCA (2010), para atender a toda a população do município do Rio de Janeiro, seria necessária uma oferta mensal de 1.373 vagas para consultas de mastologia no nível secundário. Como cerca de 30% da população é usuária do sistema suplementar, teoricamente a oferta disponível (946 consultas) seria suficiente para atender a toda a demanda das usuárias do SUS no município. Desta forma, atrasos no percurso das mulheres relacionados a dificuldade de atendimento neste nível, no município do Rio de Janeiro, podem estar associados à má utilização da oferta.

Nesta pesquisa foi incluída a totalidade dos agendamentos para consulta de primeira vez em ginecologia mastologia (614 registros), no período de um mês (setembro/2015). Observou-se um percentual de absenteísmo de 29%, semelhante ao observado por Santos e Malfacini (2017) em estudo realizado em uma amostra mais expressiva, que incluiu 3.769 registros de agendamentos realizados para o mesmo procedimento no período de janeiro a junho de 2016, onde o absenteísmo foi de 34,9%. Neste estudo citado, foi sugerido que, apesar de ter sido priorizado o

atendimento às mulheres residentes no próprio município do Rio de Janeiro, a regionalização não parece ter sido um fator decisivo para a redução do absenteísmo.

Apesar de estes agendamentos serem para um procedimento de nível secundário com a finalidade de confirmação diagnóstica de câncer, foi observado um expressivo percentual de ocupação das vagas por mulheres que não apresentavam lesão suspeita de câncer, e a maior proporção de faltas foi observada justamente neste grupo, sugerindo uma menor valorização do atendimento especializado por este grupo de mulheres, apontando também para falha técnica na condução dos casos de lesão.

Cabe ressaltar que a regulação é uma importante ferramenta para garantia da equidade no acesso aos procedimentos diagnósticos, e requer a avaliação criteriosa de cada caso pelo regulador. Para tanto, é necessário que as solicitações sejam inseridas com todos os dados necessários para a análise da adequação ao procedimento solicitado e para classificação de risco. Desta forma, solicitações incompletas, sem informações que permitam a avaliação do caso, devem ser devolvidas para complementação das informações. Neste estudo, 203 (33,4%) registros de agendamentos não tinham informações necessárias para avaliação, sugerindo possível falha na avaliação e na adesão aos protocolos e critérios de inserção para o procedimento analisado.

Considerando apenas os registros de agendamento cujo motivo foi explicitado, apenas 55,2% (223/404) foram considerados adequados e 44,8% (181/404) inadequados, o que representa ocupação de quase metade da oferta com pacientes que estariam fora dos critérios de inclusão para este procedimento.

Foram considerados como achados duvidosos todos os registros de mulheres encaminhadas por apresentarem lesão mamária classificada como BI RADS 0, para os quais é necessária avaliação adicional por outro método de imagem, geralmente a ultrassonografia, que pode e deve ser feita na atenção primária, cabendo a avaliação pelo especialista quando, após complementação do estudo, a imagem permanece indefinida ou se mostra suspeita. Da mesma forma, foram considerados duvidosos todos os registros de mulheres que apresentavam lesão BI RADS 3, onde a conduta preconizada é o acompanhamento evolutivo por 3 anos, com exames de imagem a cada 6 meses no primeiro ano e anuais nos dois anos subsequentes, sendo descartada malignidade quando houver estabilidade da lesão. No entanto, considerando as possíveis dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção

primária no manejo dos casos de lesão BI RADS 0, o protocolo utilizado pela SMS Rio prevê a possibilidade de encaminhamento para a atenção secundária. Para os achados de rastreamento BI RADS 3, é sugerido o acompanhamento evolutivo pela atenção primária, sendo facultado o encaminhamento para a especialidade quando o médico assistente julgar necessário para obter maior segurança e conforto na condução do caso.

O agendamento de paciente com diagnóstico de câncer já confirmado por exame histopatológico pode ser considerado inadequado, uma vez que a conduta ideal seria a inserção na especialidade oncológica em unidade de atenção terciária. O encaminhamento para atendimento em nível secundário representa, neste caso, uma etapa desnecessária ao cuidado, retardando o início do tratamento específico.

Os agendamentos de pacientes para seguimento pós tratamento de câncer também são questionáveis, já que este acompanhamento está no escopo da atenção primária e, caso haja qualquer suspeita de recidiva da doença, a paciente deve ser direcionada à unidade terciária onde realizou o tratamento, para avaliação e conduta especializada, com a maior brevidade possível.

O baixo percentual de encaminhamentos motivados por achados suspeitos de câncer (9,6% do total de agendamentos realizados no período), associado ao alto percentual de encaminhamentos de mulheres que apresentavam alterações tipicamente benignas (26,4%), passíveis de acompanhamento na atenção primária, apontam para uma possível baixa resolubilidade da atenção primária na linha de cuidado do câncer de mama. A pesquisa realizada pela ABRAPAC (2011) confirmou a prática de encaminhamento das mulheres com sintomas mamários para atendimento especializado, independente da natureza da lesão. A maioria dos médicos das unidades participantes (85,66%), disseram que pacientes com queixa nas mamas devem ser encaminhadas para os serviços especializados de nível secundário. Os médicos que responderam que estes casos não precisam ser encaminhados e devem ser mantidos na própria unidade, trabalham em unidades que possuem o serviço especializado de mastologia ou de ginecologia. Este dado está em consonância com o descrito por Conill (2011) que faz considerações sobre as listas de espera a partir do sistema de saúde espanhol, e chama a atenção para a relação entre atrasos e filas de espera com fatores organizacionais, com uso ineficiente da rede, decorrente de baixa resolubilidade da APS, referências inapropriadas e remarcações desnecessárias pelo especialista com baixa contra referência.

Lamentavelmente, a ocupação indevida de vagas para este procedimento contribui para a baixa eficiência do serviço e impede o acesso em tempo oportuno, levando a atrasos na confirmação diagnóstica do câncer, mesmo com oferta quantitativamente adequada à demanda esperada.

7 CONCLUSÕES

1- Os resultados deste estudo permitiram concluir que os maiores intervalos de tempo no processo captação-suspeição-investigação-confirmação diagnóstica-tratamento do câncer de mama estão relacionados ao agendamento de procedimentos para confirmação diagnóstica no nível secundário para mulheres com lesão palpável, e para confirmação diagnóstica/inserção no tratamento no nível terciário, para mulheres com lesão impalpável;

2- No grupo com lesão impalpável, o atraso no percurso parece estar relacionado à escassez de oferta de procedimentos para abordagem deste tipo de lesão, limitado à atenção terciária;

3- No grupo com lesão palpável, o atraso no percurso parece estar relacionado à má utilização da oferta de procedimentos no nível secundário, pela ocupação indevida de vagas por pacientes fora do perfil para este tipo de atendimento, resultando em barreira ao acesso de pacientes com suspeita de câncer de mama.

4- Também foi observado uma espera de 99 dias para o atendimento no nível terciário, tempo menor do que o para lesão impalpável, mas também bastante elevado, podendo refletir escassez de oferta na atenção terciária.

5- Em ambos os grupos, outro ponto de lentidão observado no processo foi o agendamento da mamografia pela regulação;

6- O baixo percentual de mulheres que seguiram toda a sua trajetória em unidades públicas de saúde do município do Rio de Janeiro, assim como a grande proporção de mulheres com lesão palpável que foram encaminhadas diretamente para a atenção terciária, pode ser atribuído, pelo menos em parte, à dificuldade de acesso aos procedimentos diagnósticos na linha de cuidado do câncer de mama, devendo-se investigar outras possíveis causas, não abordadas neste estudo;

7- A dificuldade de acesso observada em toda a linha de cuidado e a má utilização da oferta de procedimentos no nível secundário, sugerem baixa resolubilidade da atenção primária, necessidade de maior celeridade no processo de regulação de

consultas, necessidade de investimento em capacitação das equipes e reformulação do processo de regulação de procedimentos para confirmação diagnóstica do câncer da mama.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, que permite a identificação dos pontos de obstáculo e elaboração de hipóteses, não sendo possível atribuir associação causal.

Não realização de entrevistas com pacientes e profissionais de saúde, para a análise das dificuldades encontradas pelas usuárias.

9 PERSPECTIVAS FUTURAS

Os resultados deste estudo apontam para a importância das informações que podem ser obtidas a partir dos sistemas de informação SISMAMA E SISCAN e do sistema de regulação SISREG, sugerindo sua utilização como ferramentas de gestão no monitoramento dos processos de trabalho na linha de cuidado do câncer de mama, permitindo a identificação de entraves e o planejamento de intervenções que possam contribuir para a redução do tempo de espera para o tratamento do câncer de mama no município do Rio de Janeiro.

A implementação de serviços mais resolutivos, com estrutura para investigação e confirmação diagnóstica em serviço único, parece ser uma proposta promissora, e deve ser alvo de estudos específicos para análise dos reais benefícios em relação ao modelo atual.

Sugere-se a realização de novos estudos a fim de investigar a trajetória das mulheres que realizaram seus exames no sistema suplementar, para análise comparativa com as pacientes SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAPAC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO AOS PACIENTES DE CÂNCER. **Monitoramento do Conhecimento e Aplicação do Sistema de Regulação e Identificação do Usuário (Sisreg) para Mastologia Oncológica no Município do Rio de Janeiro**. Projeto Sisreg. Rio de Janeiro, 2011.[Internet]: Disponível em: http://www.abrapac.org.br/pdf/sisreg_final.pdf. Acesso em 05/08/2017.

AZEVEDO E SILVA, G. *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1537-50, 2014.

AZEVEDO E SILVA, G. *et al.* O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Cien Saúde Colet**, v. 16, n. 9, p. 3665-70, 2011.

BARROS, A. F. **Avaliação do Tempo para Acesso ao Tratamento do Câncer de Mama no Distrito Federal**, 2011. Tese [mestrado] Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia. Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, SP, 2011. [Internet]: Disponível em: <http://docplayer.com.br/1355218-Angela-ferreira-barros-avaliacao-do-tempo-para-acesso-ao-tratamento-do-cancer-de-mama-no-distrito-federal.html>. Acesso em 02/08/2017.

BARROS, A. C. S. D.; BUZAID, A. C. **Câncer de mama: Tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Dendrix Edição e design, 2007, 402 p.

BARROS, A.F; UEMURA, G; MACEDO, J.L.S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Revista Femina**, v.40 n.1 janeiro/fevereiro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Mulher Programa de controle do câncer do colo do útero e mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA; 2004a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004b. 254p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação para o Controle do Câncer do colo do Útero e da Mama 2005-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005**. 2005. [Internet]: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA>. Acesso em 07 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** 2008a. [Internet]: Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA>. Acesso em 07 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 779, de 31 de dezembro de 2008.** 2008b. [Internet]: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA>. Acesso em 07 jan 2016.

BRASIL. Casa Civil. **LEI Nº11664 de 29 de abril de 2008.** 2008c. [Internet] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/. Acesso em 12 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 48, de 12 de janeiro de 2009.** 2009a. [Internet] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA>. Acesso em 07 jun 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.669, de 3 de novembro de 2009.** Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. 2009b [Internet]: Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/>. Acesso em 20 dez 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção primária 29:** Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011a. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2012, de 23 de agosto de 2011.** 2011b. [Internet]: Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA>. Acesso em 07 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.** Informativo Detecção Precoce. Boletim 3(2) abril – julho 2012a. [Internet]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/>. Acesso 30 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção primária 13:** Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília: Ministério da saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 531, de 26 de março de 2012.** 2012c. [Internet] Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>. Acesso em 20 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **2013a**. [Internet]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/> Acesso em 02 fev 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 876, de 16 de maio de 2013**. 2013b. [Internet]: Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>. Acesso em 20 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013**. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). 2013c. [Internet]: Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013>. Acesso em 20/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 189 de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. 2014. [Internet]: Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/> Acesso em 22/02/2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer**. 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. [Internet]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo05/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em 27 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa de Câncer no Brasil, 2016**. MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância, 2015a. [Internet]: Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acesso em 27 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama - Brasil e regiões**, 2013. Rio de Janeiro, 2015b. [Internet]: Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/textos-referencia. Acesso em 20 Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Integrador RHC**. Registro Hospitalar de Câncer. Disponível em <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>. Acesso em 24/03/2016.

CONILL, EM; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2783-2794, 2011.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V.. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-37, 2010.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1972.

EDGE, S. B., *et al.* **AJCC cancer staging manual**. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010.

FRANCO, J. M. **Cirurgia da mama: diagnóstico, tratamento, reconstrução e estética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. 411p.

FRANCO, J. M. **Mastologia: formação do especialista**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. 293p.

GADELHA, A.C.B. **Trajetos e acesso ao tratamento do câncer de mama: da suspeição à uma unidade de referência oncológica no município do Rio de Janeiro**, 2016. Dissertação de Mestrado em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016.

GONÇALVES, L. L. C., *et al.* Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (BRASIL). **Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer da Mama – Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.**

JACOME, E. M. *et al.* Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Mossoró, RN. Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p. 189-98, 2011.

LEITE, F. M. C. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família e o rastreamento do Câncer de mama. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 1-9, 2011.

LISBOA, F.C.A.P; SIQUEIRA, F; VIANA, S.M.L; RODRIGUES, J.F.F; NUNES, T.R. Análise Crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com Câncer de Mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal. **Rev Bras Mastologia**. 2013; vol. 23, n. 4, pp. 102-107.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-82, 2015.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L. A. Análise das oportunidades de detecção precoce do câncer de mama. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 2, p.185-190, 2003.

MUNHOZ, C.A.S. **Câncer de mama e organização de serviços**: do atendimento básico à referência na Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. [Internet]: Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-24082009-152950. Acesso em 03/08/2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-20, 2009.

NOVAES, H. M. D. Prevalências de realização de mamografia em mulheres obtidas em inquéritos populacionais: usos e limitações. **Debatedores. Ciênc Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 9, p. 3665-70, 2011.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-26, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. *Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.*

OSHIRO, M. L. *et al.* 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.

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.

REZENDE, M.C.R; KOCK, H.A; FIGUEIREDO, J.A; THULER, L.C.S. Causas do Retardo na Confirmação Diagnóstica de Lesões Mamárias em Mulheres Atendidas em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009; vol. 31, n. 2, pp. 75-81.

RODRIGUES, J. D. *et al.* Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3163-76, 2015.

SANTOS, J. Panorama do câncer de mama: indicadores para a política de saúde no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, p. 80-94, 2014.

SANTOS, J.V., MALFACINI, S.S. Análise da utilização de ofertas de vagas para investigação diagnóstica do câncer de mama do município do Rio de Janeiro.

Academus Revista Científica Da Saúde. [Internet] Disponível em:

<http://smsrio.org/revista>, acesso em 02 de junho de 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL – Rio de Janeiro. **Linha de Cuidado do Adulto**: Atenção Integral à Saúde da Mulher – Câncer de mama e de Colo de Útero. [Internet] Rio de Janeiro; 2010. Disponível em:

<http://subpav.com.br/download/prot/CLCPE/S.mulher/>. Acesso em 04 jan 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL – Rio de Janeiro.

Organização da rede de atenção ao câncer de mama no município do Rio de Janeiro. 2011. [Internet] Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Org_rede_ca_mama_munic_RJ_mai_2011.pdf, acesso em 10 jan 2016.

SERRA, C. G.; RODRIGES, P. H. A. Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).

Ciência & Saúde Coletiva, n. 15, v. supl. 3, p. 3579-86, 2010.

SILVA, G. A. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3665-70, 2011.

SILVA, R. C. F.; ASSIS, M. Balanço entre benefícios e malefícios no rastreamento mamográfico. **Rev APS**, v. 15, n. 2, p. 234-6, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. I. Informação, comunicação e acesso equitativo a cuidados de saúde: uma nota conceitual. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup 2, p. 190-8, 2004.

TRUFELLI, D.C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B. B.; FRAILE, N. M. P.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. R.; RIECHELMANN, R. K.; GIGLIO, A. D. Análise do Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em Hospital Público. **Rev. Assoc. Med. Brás.** Vol. 54, n. 1, pp. 72-76, 2008.

VILAR, V.C.F.L. et al. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p.105-14, 2015.

WHO World Health Organization. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO; 2002. 216 p.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer.
World Cancer Report 2008. Lyon, 2008.

ANEXOS

Anexo A Pedido de Isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2016

Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Sr (a) Coordenador (a),

Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado “ESTUDO SOBRE O PERCURSO TEMPORAL DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA A PARTIR DOS REGISTROS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO” é um estudo observacional retrospectivo, transversal, e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa.

As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Levantamento retrospectivo de dados de bases secundárias, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. População de estudo eventualmente sem seguimento na instituição no presente (pacientes de outras localidades ou falecidos);
4. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise.

Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

Atenciosamente,

Solange da Silva Malfacini

Anexo B Termo de Confidencialidade

Título do projeto: ESTUDO SOBRE O PERCURSO TEMPORAL DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA A PARTIR DOS REGISTROS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador responsável: Solange da Silva Malfacini

Curso: Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Telefone para contato: (21) 999899394 (21) 24117411

Local da coleta de dados: Município do Rio de Janeiro e a rede de atenção à mulher

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados em bases de dados dos sistemas de informação em saúde (SISMAMA, SISCAN, SISREG, SIH-SUS) do município do Rio de Janeiro. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Solange da Silva Malfacini por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2016

Solange da Silva Malfacini
CPF: 754.784.637-87

Maria Kátia Gomes
CPF: 287.622.154-34

Maria de Fátima Dias Gai
CPF: 730.618.247-15

Instrumento_de_coleta_1.xlsx - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

solange malfacini

AA6

	A	B	C	V	W	X	Y	Z	AA	AB
1										
2										
3	Mamografia									
4	PACIENTE Nº	Co.Solic.	Dt/Solic/	Data execução	Data liberação	Devoluções	Motivo	Tempo reenvio	BI RADS	
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										

PERCURSO FONTE DADOS

Selecione o local de destino e tecla ENTER ou use 'Colar'

100%

INSTRUMENTO DE COLETA obj a e b (1).xlsx - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

H32

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	DADOS 2	DADOS 3	DADOS 4	DADOS 5	DADOS 6	DADOS 7	DADOS 8	DADOS 9	DADOS 10				
2	NENHUMA	REGISTRO INCOMPLETO	SIM	POSITIVO	REGISTRO INCOMPLETO	RASTREAMENTO	NENHUMA	REGISTRO INCOMPLETO	0				
3	UMA	PROCEDIMENTO INADEQUADO	NÃO	NEGATIVO	PROCEDIMENTO INADEQUADO	DIAGNÓSTICA	UMA	PROCEDIMENTO INADEQUADO	1				
4	DUAS	DADOS CLÍNICOS INCOMPLETOS		INCONCLUSIVO	DADOS CLÍNICOS INCOMPLETOS		DUAS	DADOS CLÍNICOS INCOMPLETOS	2				
5	MAIS QUE DUAS	SEM JUSTIFICATIVA		NÃO REALIZADO	SEM JUSTIFICATIVA		MAIS QUE DUAS	SEM JUSTIFICATIVA	3				
6				SEM INFORMAÇÃO					4				
7									5				
8									6				
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													

PRONTO

JUSTIFICATIVAS FONTE DADOS

100%

Instrumento_de_coleta_2.xlsx - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

A24

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	dados 1																	
2	LESÃO SUSPEITA PALPÁVEL																	
3	LESÃO SUSPEITA IMPALPÁVEL																	
4	ACHADOS CLÍNICOS TÍPICAMENTE BENIGNOS																	
5	ACHADOS DE IMAGEM TÍPICAMENTE BENIGNOS																	
6	ACHADOS CLÍNICOS E/OU DE IMAGEM DUVIDOSOS																	
7	SEGUIMENTO PÓS TRATAMENTO DE CÂNCER																	
8	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÂNCER SEM TRATAMENTO																	
9	SEM ANORMALIDADES																	
10	SEM INFORMAÇÃO																	
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		

PRONTO

JUSTIFICATIVAS FONTE

100%