



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

SÔNIA HELENA PETERS

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PNAO) E
O CÂNCER DE MAMA – DIFICULDADE NO ACESSO: DO DIAGNÓSTICO AO
TRATAMENTO ONCOLÓGICO

PELOTAS

2013

SÔNIA HELENA PETERS

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PNAO) E
O CÂNCER DE MAMA - DIFICULDADE NO ACESSO: DO DIAGNÓSTICO AO
TRATAMENTO ONCOLÓGICO.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira.

PELOTAS

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P483d Peters, Sônia Helena
Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico. / Peters, Sônia Helena. – Pelotas : UCPEL, 2013.
120f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas , Mestrado em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2013. Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira.

1.câncer de mama. 2. diagnóstico tardio. 3. mortalidade. 4. linha de cuidado. I. Oliveira, Sandro Schreiber de, or. II.Título.

SÔNIA HELENA PETERS

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PNAO) E
O CÂNCER DE MAMA – DIFICULDADE NO ACESSO: DO DIAGNÓSTICO AO
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

E aprovada sua versão final em _____ atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Católica de Pelotas, Curso de Mestrado em Política Social.

Pelotas, de de

Banca examinadora:

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira - UCPel
Orientador

Prof.^a Dr.^a Andréa Valente Heidrich - UCPel
Membro Examinador I

Prof.^a Dr.^a Maria Laura Vidal Carret - UFPel
Membro Examinador II

AGRADECIMENTOS

A Deus por me sustentar todo o tempo, por tudo que me concedeu até aqui, por me permitir viver essa experiência.

A todas as pessoas que prestaram seu apoio e deram sua contribuição e que, em diversos momentos e de várias maneiras, fizeram parte desta caminhada.

Um agradecimento especial ao meu orientador Prof. Sandro, pela oportunidade concedida, pela escuta e atenção.

Aos colegas do mestrado agradeço pela convivência, pelos trabalhos e momentos compartilhados.

As professoras Dr.^a Andréa Valente Heidrich e Dr.^a Maria Laura Vidal Carret, membros da banca examinadora da qualificação e também da defesa, por ter aceito o convite, pela disponibilidade, pela atenção dispensada, pelas sugestões.

A todos os professores do Mestrado em Política Social pelos valiosos ensinamentos.

A Lucimar, secretária do mestrado, por toda a atenção dispensada ao longo do curso.

A todos que me apoiaram e torceram por mim, obrigada.

*Saúde é necessidade humana essencial
porque, sem saúde não se tem possibilidade
de desenvolver capacidades e potencialidades
produtivas e sociais: sem saúde, não é possível
participar plenamente da vida social como
integrante da coletividade e como indivíduo;
sem saúde, não há liberdade nem cidadania plena.*

Laurel, 1997

RESUMO

O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência. Tem bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. No Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados. A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) foi instituída pela Portaria Nº 2.439/2005. Ela contempla promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Está organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Tem como objetivo organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção e de atendimento. A linha de cuidados descreve o conjunto de ações e atividades a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde e de apoio diagnóstico que compõe um determinado sistema, bem como aponta os profissionais envolvidos e os recursos necessários, incluindo medicamentos e insumos. Este estudo teve como objetivo promover uma avaliação da PNAO - através da verificação nos registros do serviço - do tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento das pacientes com câncer de mama, de modo a identificar possíveis barreiras no acesso. Foi realizado um estudo retrospectivo, onde foram analisados os prontuários das pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no ano de 2011, identificando os intervalos de tempo transcorridos entre a suspeita, o diagnóstico e o início do tratamento oncológico. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados para coletar variáveis como: idade, cor da pele, data de nascimento, estado civil, e datas das etapas diagnósticas - realização dos exames e terapêuticas - início do tratamento oncológico. Quarenta e nove mulheres foram incluídas no estudo. As idades variaram entre 35 e 81 anos com média de idade foi de 58,9 anos e o desvio padrão de 12,02 anos. A faixa etária predominante foi a dos 60 a 69 anos com 32% dos casos. A cor da pele predominante foi a branca com 84% dos casos, seguida de preta com 14%. Variáveis como estado civil (96%) e ocupação (78%) apresentaram altos índices de ausência dessas informações. Quanto ao estadiamento, 25% e 47% dos casos encontravam-se, respectivamente, nos estádios I e II, enquanto 28% do total apresentavam-se nos estádios III ou IV. Quanto à realização de exames 67% utilizaram o SUS. O intervalo de tempo entre a realização da mamografia e o tratamento oncológico foi o maior intervalo encontrado sendo de 160,5 dias. Este intervalo quando comparado ao estágio inicial e avançado, foi maior na pacientes com estágio avançado da doença. O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento oncológico é muito longo para a maioria das pacientes. Isto resulta em um diagnóstico do câncer de mama realizado tardiamente e as pacientes apresentam estágio avançado da doença. Quando o diagnóstico é precoce, diminui a mortalidade, melhora a sobrevida e o tratamento é menos complexo. O sistema público de saúde necessita se organizar para que tenha uma maior integração entre os níveis primário, secundário e terciário, níveis estes por onde transitam as pacientes em busca de diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Câncer de mama, linha de cuidado, diagnóstico tardio, mortalidade.

ABSTRACT

The breast cancer is the most feared by women, due to its high frequency. There is a good prognosis if properly diagnosed and treated. In Brazil the mortality rates caused by breast cancer are still high, probably because the disease is diagnosed in advanced stages. The Política Nacional de Atenção Oncológica - Oncological Attention National Policy (PNAO) was instituted by the Ordinance N. 2.439/2005. It comprises promotion, prevention, diagnosis, rehabilitation and palliative care, to be implanted at all federal units, respecting the competence of all three management levels. It is organized in coordination with the Health Ministry and States and Cities Health Departments. It aims to organize a line care that permeates all levels of care and service. The line care describes the set of actions and activities to be carried out at each health care unit and diagnostic support which forms a certain system, as well as it points out the professionals involved and the necessary resources, including medication and inputs. This study aimed to promote an evaluation of the PNAO - through checking service records - concerning the time between the diagnostic and the treatment of breast cancer patients, in order to identify the possible barriers in the access. A retrospective study was carried out, where the breast cancer patients medical records at the Oncology Service at the School Hospital from the Federal University of Pelotas were analyzed, in the year of 2011, identifying the time intervals between the suspicion, the diagnosis and the beginning of the chemotherapy treatment. A data collection tool was used to collect variables such as: age, skin color, date of birth, marital status, and the dates concerning the diagnosis stages - exams and therapy sessions - beginning of the oncological treatment. Forty-nine women were included in the study. The ages ranged between 35 and 81 with an average age of 58,9 and the standard deviation of 12, 02 years. The predominant age range was 60 to 69 years old in 32% of the cases. The predominant skin color was white in 84% of the cases, followed by black in 14%. Variables such as marital status (96%) and occupation (78%) presented high levels of absence of such information. Concerning staging, 25% and 47% of the cases were, respectively in the stadiums I and II, whereas 28% of the total was in the stadiums III or IV. In terms of the exams taken 67% used the SUS Service. The interval between the mammography and the oncological treatment was the biggest interval found, in a total of 160,5 days. When comparing this interval to the initial and advanced stadium, it was bigger in patients in the advanced stadium of the disease. The time interval between the diagnosis and the chemotherapy is too long for most patients. This causes a late breast cancer diagnosis and the patients reach an advanced stadium of the disease. When there is an early diagnosis, it decreases the mortality, improves the survival and the treatment is less complex. The health public system needs to be organized so that there is a better integration between the primary, secondary and tertiary levels, where the patients go pursuing diagnosis and treatment.

Key words: Breast cancer, line care, late diagnosis, mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|--|
| A.C | Antes de Cristo |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| CACON | Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CEP UCPEL | Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNS | Conferência nacional de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| COSEMS | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde |
| DECIT | Departamento de Ciência e Tecnologia |
| EBCN | European Breast Cancer Network |
| ECM | Exame Clínico das Mamas |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAEC | Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação |
| FEMAMA | Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama |
| FMS | Fundo Municipal de Saúde |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| GBECAN | Grupo Brasileiro de Estudos em Câncer |
| HE UFPEL | Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| LOS | Lei Orgânica da Saúde |
| MAC | Média e Alta Complexidade |
| MMG | Mamografia |
| MS | Ministério da Saúde |
| MS/GM | Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro |
| MS/SAS | Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde |
| NACAPAN | Núcleo de Apoio a Pacientes com Câncer |
| NOAS-SUS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |

| | |
|---------------------|--|
| NOB-SUS | Norma Operacional Básica do SUS |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAAF | Punção Aspirativa por Agulha Fina |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PAB FIXO | Piso da Atenção Básica Fixo |
| PAB VARIÁVEL | Piso da Atenção Básica Variável |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio |
| PNAO | Política Nacional de Atenção Oncológica |
| RHC | Registro Hospitalar do Câncer |
| SAME | Serviço de Arquivo Médico e Estatística |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SISMAMA | Sistema de Informação do Câncer de Mama |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UCA | Unidade de Cobertura Ambulatorial |
| UCPEL | Universidade Católica de Pelotas |
| UICC | União Internacional de Combate ao Câncer |
| UNACON | Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia |
| USG | Ultrassonografia |

LISTA DE TABELAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Quadro comparativo entre resultados do estudo e parâmetros de comparação . Erro! Indicador não definido. | |
| Tabela 2- Descrição da amostra das pacientes portadoras de câncer de mama de uma UNACON de Pelotas/RS | 83 |
| Tabela 3 - Médias e medianas de tempo - em dias - dos intervalos entre os eventos estudados | 84 |
| Tabela 4 - Quadro comparativo entre resultados do estudo com os parâmetros da EBCN, INCA e Lei 12.732/2012 | 95 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Linha de Cuidado..... | 36 |
| Figura 2 - Linha de Cuidado no Câncer..... | 39 |
| Figura 3 - Fases da Abordagem do Câncer..... | 43 |
| Figura 4 - Princípios e Diretrizes do SUS..... | 65 |
| Figura 5 - Modelo de Hierarquização do SUS..... | 72 |
| Figura 6 - Estrutura do SUS..... | 74 |
| Figura 7 - Fluxo de Financiamento do SUS..... | 77 |
| Figura 8 - Medianas de Intervalo de Tempo entre Etapas Diagnóstica e Terapêutica..... | 85 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| JUSTIFICATIVA | 20 |
| OBJETIVOS | 21 |
| Objetivo Geral | 21 |
| Objetivos Específicos..... | 21 |
| CAPÍTULO 1 – SAÚDE | 22 |
| 1.1. CONCEITO DE SAÚDE | 22 |
| 1.2. DIREITO À SAÚDE..... | 27 |
| 1.3. ACESSO À SAÚDE | 30 |
| CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA - PNAO. | 33 |
| 2.1 LINHA DE CUIDADO | 35 |
| 2.2 LINHA DE CUIDADO EM CÂNCER DE MAMA | 38 |
| 2.2.1 Rede de Atenção Primária | 39 |
| 2.2.2 Rede de Atenção Secundária | 40 |
| 2.2.3 Rede de Atenção Terciária..... | 41 |
| CAPÍTULO 3 - CÂNCER DA MAMA | 42 |
| 3.1 HISTÓRIA NATURAL | 45 |
| 3.2 FATORES DE RISCO | 45 |
| 3.3 SINTOMAS..... | 47 |
| 3.4 PREVENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA..... | 47 |
| 3.5 DETECÇÃO PRECOCE..... | 49 |
| 3.6. MAMOGRAFIA | 50 |
| 3.7 ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE MAMA | 52 |
| 3.7.1 Estadiamento | 52 |
| 3.7.2 Regras Gerais do Sistema TNM..... | 53 |
| 3.7.3 Estadiamento Clínico..... | 54 |
| 3.7.4 Estadiamento Patológico | 55 |
| 3.7.5 Grau de Diferenciação | 55 |
| 3.7.6 Importância do Estadiamento..... | 55 |
| 3.7.7 Grupamento por Estádios..... | 56 |
| 3.8 TRATAMENTO | 58 |
| CAPÍTULO 4 - SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO | 61 |
| 4.1 SISTEMAS DE SAÚDE | 61 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS | 62 |
| 4.2.1 Princípios e Diretrizes do SUS..... | 64 |
| 4.2.1.1 O Princípio da Integralidade..... | 66 |
| 4.2.2 Legislação Básica do SUS | 70 |
| 4.2.3 Organização e Níveis de Atenção do SUS..... | 71 |
| 4.2.4 Gestão do SUS | 73 |
| 4.2.5 Financiamento do SUS | 74 |
| CAPÍTULO 5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 78 |
| 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 78 |
| 5.2 POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE ESTUDO..... | 79 |
| 5.2.1 Tamanho da Amostra | 79 |
| 5.3 LOGÍSTICA | 80 |
| 5.3.1 Coleta de Dados | 80 |
| 5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 82 |
| 5.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS | 82 |
| CAPÍTULO 6 - RESULTADOS | 83 |
| CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO..... | 86 |
| 7.1 IDADE..... | 86 |
| 7.2 COR DA PELE..... | 87 |
| 7.3 ESTADO CIVIL E OCUPAÇÃO | 87 |
| 7.4 ESTADIAMENTO | 87 |
| 7.5 REALIZAÇÃO DE EXAMES SUS E NÃO SUS..... | 89 |
| 7.6 INTERVALOS DE TEMPO EM DIAS ENTRE OS EVENTOS ESTUDADOS | 89 |
| 7.6.1 Tempo 1 – Intervalo de tempo entre a realização da mamografia ou ultrassom e a realização da biópsia. | 90 |
| 7.6.2 Tempo 2 – Intervalo de tempo entre a realização da biópsia e a emissão de seu laudo..... | 90 |
| 7.6.3 Tempo 3 – Intervalo de tempo entre a data da referência do serviço de saúde de origem e o cadastro na UNACON. | 91 |
| 7.6.4 Tempo 4 – Intervalo de tempo entre a consulta na UNACON e o início do tratamento oncológico..... | 91 |
| 7.6.5 Tempo 5 – Intervalo de tempo entre a MMG ou USG e o cadastro na UNACON. | 91 |
| 7.6.6 Tempo 6 – Intervalo de tempo entre a MMG ou USG e o início do tratamento oncológico..... | 92 |

| | |
|--|------------|
| 7.6.7 Tempo 7 – Intervalo de tempo entre a biópsia e o início do tratamento oncológico. | 92 |
| CAPÍTULO 8 - CONCLUSÃO | 94 |
| REFERÊNCIAS | 97 |
| ANEXOS | 109 |
| ANEXO A - PORTARIA MS/GM N° 2.439, de 08 de DEZEMBRO DE 2005 | 110 |
| ANEXO B – LEI N° 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012 | 113 |
| APÊNDICES | 114 |
| APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 115 |
| APÊNDICE B – CADASTRO NA PLATAFORMA BRASIL | 116 |
| APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS | 117 |
| APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS | 119 |

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado a principal preocupação em saúde entre as mulheres. As atuais projeções indicam que a incidência desse tipo de câncer está aumentando em diversos países, incluindo o Brasil. Uma das possíveis causas deste aumento pode ser a maior longevidade da população. O diagnóstico precoce e efetivo do câncer de mama é importante para otimizar os tratamentos disponíveis, bem como para a determinação de melhora da sobrevivência das pacientes (SOUZA, 2008). Pretendemos com esta pesquisa, descrever o caminho percorrido pelas pacientes portadoras de câncer de mama, desde a suspeita diagnóstica ao tratamento quimioterápico; a fim de identificar, na linha de cuidado, onde estão localizados os pontos de maior demora no diagnóstico desta doença o que faz com que as pacientes procurem tratamento em estágios avançados da doença. A partir disso, pretendeu-se fazer uma análise sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO, visto que, a existência dessa política deveria favorecer o diagnóstico precoce da doença, o que evitaria prejuízos à saúde das mulheres, por ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente.

O MS, considerando a situação atual do câncer de mama no Brasil e percebendo a necessidade de definir as estratégias a serem priorizadas para o seu controle, realizou, em novembro de 2003, uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama, que resultou no Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama. Este documento apresenta as recomendações dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). Porém, não faz referência a intervalos de tempo mínimos para serem seguidos, apenas implanta o rastreamento mamográfico.

Até o presente momento, os indicadores de controle de qualidade de detecção e de tratamento do câncer de mama rastreado não foram definidos no Brasil. Ademais, desde o Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004) que instituiu a política nacional de rastreamento mamográfico para mulheres entre 50 e 60 anos, não há publicações brasileiras a respeito de controle de qualidade segundo indicadores disponíveis na literatura (TSUNODA, 2011).

Em se tratando de parâmetros brasileiros para comparação de intervalos de tempo entre as etapas diagnóstica e terapêutica do câncer de mama, temos como referências a Recomendações do INCA para Reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil (INCA, 2011) e a Lei Nº 12.732/2012 (ANEXO B).

O INCA (2011) divulgou as Recomendações para Reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil. Lançadas em 2010, essas recomendações foram elaboradas por profissionais de diversas áreas do INCA e buscam traduzir as principais evidências da literatura científica atual em linguagem simples e objetiva. Nesta edição de 2011, foram acrescentadas as recomendações específicas para o tratamento do câncer de mama, dimensão estratégica na melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida das mulheres com a doença. Esperava-se que, por meio da ampla difusão de evidências científicas e da mobilização e participação social, essas recomendações pudessem ser incorporadas na atenção às mulheres e contribuir para o avanço do controle do câncer de mama no Brasil.

Foram 14 recomendações, dentre elas, as que se referem a intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento são:

- Toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha direito a receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias;
- Toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado inicie seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de 3 meses.
- Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias; e o de radioterapia, no máximo, em 120 dias.
- Toda mulher com câncer mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal.

As recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama, lançadas em outubro de 2010 e complementadas em 2011, foram propostas com base na realidade brasileira e buscaram traçar um horizonte desejável nas diversas dimensões do controle da doença, desde a prevenção até os cuidados paliativos (INCA, 2012).

A Lei Nº 12.732/2012 determina em seu Artigo 2º que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até sessenta dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em

prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Para fins desta lei considera-se como primeiro tratamento a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

Quando nos referimos a parâmetros internacionais, a única referência encontrada no que diz respeito aos intervalos de tempo entre etapas diagnósticas e terapêuticas é europeia. A European Breast Cancer Network (EBCN) elaborou normas de implementação e controle de qualidade dos programas de rastreamento mamográfico europeu denominado European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Tais medidas têm o objetivo de reduzir em média 25% da mortalidade pela doença, além de reduzir em 5% as disparidades na sobrevivência por câncer de mama dentre os diversos países da União Européia. Dentre outros, o referido documento estabeleceu indicadores para tempo em dias úteis entre etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama e proporção de câncer detectado no estágio II ou mais (TSUNODA, 2011).

Um estudo realizado por Barros, Uemura e Macedo (2012) analisou 27 artigos sobre o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Quanto aos intervalos de tempo, os artigos selecionados apresentaram grande distinção. A falta de uma descrição mais detalhada da definição desses intervalos dificulta a clara compreensão, o que pode ter favorecido mais ainda para as distinções entre os artigos. Acredita-se que esta definição não possa ser realizada de forma absoluta sem conhecimento do serviço no qual foi realizado o estudo, sendo, portanto, necessária muita cautela para se verificar esses intervalos e realizar comparação com outros estudos. As pesquisas sobre o atraso no diagnóstico e tratamento ainda são escassas no Brasil e as internacionais apresentam distinções metodológicas que dificultam extrapolar os resultados para a realidade brasileira.

O acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos. O atraso no diagnóstico do câncer de mama está, em grande parte, relacionado ao tempo que a paciente demora a procurar os serviços de saúde a partir da detecção do primeiro sintoma ou sinal - por exemplo, a palpação de nódulo ou outra alteração na mama (TRUFELLI, 2008). Rezende et al (2009) discordam dessa afirmação, para eles de acordo com outros estudos, na maior parte das vezes a responsabilidade no atraso diagnóstico deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher.

Do ponto de vista de importância clínica dos diferentes atrasos, os três intervalos mais importantes, em ordem decrescente de gravidade, são: mamografia-biópsia, resultado da biópsia-cirurgia, resultado do exame anatomopatológico-tratamento adjuvante (TRUFELLI,

2008). O atraso no tratamento do câncer de mama pode ser dividido em três fases. A primeira ocorre a partir do primeiro sintoma até a consulta médica. A segunda ocorre da primeira consulta até o acesso ao serviço de referência especializado em seu tratamento, e a terceira, da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico (COATES, 1999 apud TRUFELLI, 2008).

A realidade do SUS exige das mulheres com câncer de mama o atendimento pelos postos de saúde, a espera de agendamentos dos exames de imagens, a busca por mastologistas nas policlínicas ou unidades de saúde especializadas, a espera para a biópsia, emissão do laudo, agendamento da cirurgia e atendimento por oncologista. (ROSA, 2012)

Estamos pesquisando uma doença, o câncer de mama, por isso é importante conhecer o conceito de saúde que evolui ao longo dos tempos, então, fazemos no primeiro capítulo um resgate histórico desse conceito, abordamos o direito à saúde no qual se encontra justificativa para buscar a cura dessa doença, e como se dá o acesso à saúde. A Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196 define que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É dever do Estado garantir saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação

No segundo capítulo apresentamos a Portaria N° 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 (ANEXO A) que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Trazemos considerações sobre linha de cuidado e como ela deveria ser organizada, linhas de cuidado em câncer de mama e redes de atenção (primária, secundária e terciária). A portaria destaca, entre seus componentes fundamentais, a vigilância em saúde e o desenvolvimento de um sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, avaliação e controle, além de promover a disseminação de informações para a sociedade.

O câncer de mama é o assunto do terceiro capítulo, que contém: conceito, história natural, fatores de risco, sintomas, como deve se dar a prevenção primária e a importância da detecção precoce que deve ser realizada através da mamografia como exame de rotina; o estadiamento desta doença que nada mais é do que determinar a extensão anatômica de comprometimento do organismo por esta doença. O estadiamento da doença no momento da instituição do tratamento é um dos fatores mais importantes (se não o mais importante) na determinação prognóstica do paciente. Segundo Trufeli (2008) atrasos que levem à demora

diagnóstica e/ou terapêutica permitem o crescimento tumoral com potencial detrimento para as chances de cura dos pacientes.

O quarto capítulo tem a intenção de descrever o sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde – SUS e vigente desde 1988, de que forma ele está organizado, como se dá o seu financiamento, quais as atribuições de cada esfera de governo, seus princípios e o conjunto de leis a que ele está subordinado.

A metodologia é descrita no quinto capítulo que faz referência ao tipo de estudo utilizado, a população estudada, critérios de inclusão e exclusão, variáveis pesquisadas e que instrumento foi usado para a coleta dos dados (APÊNDICE A).

Os resultados são apresentados no sexto capítulo.

O sétimo capítulo discute os resultados encontrados ao compará-los com outros estudos.

A conclusão é apresentada no oitavo capítulo.

JUSTIFICATIVA

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo. Estima-se que a incidência de câncer em 2020 alcançará quase 20 milhões de pessoas. A explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos, prolongamento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional; que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde-SUS a atenção adequada aos doentes (DECIT, 2007).

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Além disso, representa nos países ocidentais, uma das principais causas de morte em mulheres. Permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde instituiu a PNAO através da Portaria Nº 2.439/GM 2005, que é uma política social que contempla: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. A PNAO deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, permitindo: organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada, de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) (BRASIL, 2005).

O câncer tem quatro estágios de desenvolvimento I, II, III e IV estando o prognóstico da doença diretamente associado com o estágio em que esta se encontra no momento do tratamento. O Departamento de Registro Hospitalar do Câncer do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, o qual desenvolve pesquisas em câncer, observou que as pacientes portadoras de câncer de mama têm chegado ao serviço num estágio avançado da doença. Tal fato despertou o interesse em pesquisar e descrever o caminho percorrido pelas pacientes portadoras de câncer de mama, do diagnóstico ao tratamento quimioterápico; a fim de identificar, na linha de cuidado, onde estão localizados os pontos de maior demora no diagnóstico desta doença. A política é nova e, portanto, é necessário que análises sejam feitas buscando-se identificar lacunas para que possa propor melhorias na política.

OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos específicos podem ser assim formulados.

Objetivo Geral

Promover uma avaliação da PNAO, através da verificação na paciente com câncer de mama do tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento, de modo a identificar possíveis barreiras no acesso.

Objetivos Específicos

1. Identificar o intervalo de tempo decorrido entre:
 - a. a mamografia e a biópsia.
 - b. a realização da biópsia e a emissão do respectivo laudo.
 - c. o encaminhamento do serviço de saúde de origem até chegar ao atendimento especializado na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)
 - d. a consulta na UNACON até o início da quimioterapia.
 - e. a mamografia e o cadastro na UNACON.
 - f. a mamografia e o início da quimioterapia.
 - g. a biópsia e a quimioterapia.
2. Traçar o perfil sociodemográfico das pacientes estudadas.

CAPÍTULO 1 – SAÚDE

1.1. CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007). Ele evoluiu enormemente ao longo da história, reflete a conjuntura econômica, social e cultural. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (CARNEIRO, 2010).

Muito já escreveu a respeito da conceituação de saúde durante a história da humanidade. Scliar (2007) e Dallari (1988) fazem um resgate histórico do conceito de saúde. Hipócrates de Cós – o pai da medicina – em IV A.C. considerava a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde; via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado, discutia os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade. Já na primeira metade do século XVI, Paracelso salientou a importância do mundo exterior para a compreensão do organismo humano. Engels no século XIX conclui que a cidade, o tipo de vida dos seus habitantes, seus ambientes de trabalho, são responsáveis pelo nível de saúde das populações. Outra corrente de pensamento, entretanto, evoluiu no sentido de conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças, a partir dos trabalhos de René Descartes no século XVII, que ao identificar o corpo humano à máquina acreditou que a doença estava localizada nos órgãos e poderia descobrir “a causa da conservação da saúde”. A abordagem mecanicista foi fundamento para o chamado Modelo Biomédico, muito presente nas condutas profissionais de saúde que se caracteriza por uma visão reducionista da saúde, tida como uma condição adversa a ser unicamente enfrentada, pelo consumo individual ou coletivo de produtos e serviços, como uma mercadoria ou um bem a ser comercializado. O corpo é visto como uma máquina e a saúde, como ausência de doença (CARNEIRO, 2010). No final do século XIX, na revolução pasteuriana, pela primeira vez, fatores etiológicos estavam sendo identificados; doenças poderiam ser prevenidas e curadas.

Mas ainda não havia um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo

internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse. O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito de uma vida plena, sem privações. A amplitude do conceito da OMS, acarretou críticas, algumas de natureza técnica a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde, outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

A partir do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels (DALLARI, 1988). Na tentativa de superar a visão negativa da saúde, a OMS atribuiu à saúde um novo conceito. Essa definição, a partir de uma visão mais holística de saúde, trouxe consigo uma caracterização positiva de saúde que abrange não somente aspectos físicos, mas também aspectos sociais e psicológicos. Trata-se de um marco importante, por abrir espaço para o fomento da concepção, mais contemporânea, da saúde com qualidade de vida (CARNEIRO, 2010).

A saúde é uma coleção de “bem-estares”, ou seja, chegou-se a uma percepção de saúde que ultrapassa o conceito de não doente, para o conceito de bem-estar, que não pode ser abarcado por critérios quantitativos e qualitativos fixos e predeterminados (CNS,2002).

Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também um alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação. Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida (BRASIL, 1997).

Um marco no conceito ampliado e positivo de saúde, segundo Carneiro (2010), tratou-se da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. Nela, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, característicos da época, definiu-se que saúde: [...] não deve ser vista como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 1986, p. 12).

Essa definição procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapõe-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico (CARNEIRO, 2010).

Segundo Mattos (1995) a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em 1986, expressou uma concepção ampla de saúde, entendendo-a como “a satisfação das necessidades básicas de acesso a uma alimentação regular e nutritiva, moradia adequada, transporte seguro, serviços de saúde e educação eficientes, para além da simples ausência de doenças, a falta de uma renda mínima que assegure esses direitos, constitui-se para uma ampla camada de trabalhadores, em efetiva deterioração de suas condições de vida e reprodução da força de trabalho”:

[...] Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso á serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 12).

Santos (2005) cita o conceito trazido pela Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196, de que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade e assumiu-se que o dever do Estado de garantir saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação. Não se deve entender a saúde apenas como fenômeno puramente biológico, uma vez que ela também é resultante de condições socioeconômicas e ambientais. Corroborando que saúde é um direito de todos e dever do Estado, Carneiro (2010), acrescenta

que essa concepção tornou-se alavanca de uma série de avanços posteriores, no campo da saúde.

Segundo a Lei 8080/90 que trata das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, normatiza a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências, saúde é:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. **Art. 3º** - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. **Parágrafo Único.** Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p.1).

Alguns autores conceituam saúde relacionando-a com a doença. Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica (...) a saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (SILVA, 1973). A saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social (PAIM, 1992). Saúde e doença são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mau funcionamento de um órgão, mas devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITZMAN, 1992).

Fleury (1997) critica o “conceito ampliado de saúde” por restringir-se à concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção. As relações de classes geradas no processo social da produção determinam desigualdades nas condições de vida e de saúde, ressalta que existem outros fatores também relevantes como gênero, cor, idade, entre outros que contribuem para acentuar tais desigualdades. Reconceitua saúde como:

A existência de saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras (...). É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social,

individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade na relação com os outros e com o mundo. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (...) (FLEURY, 1997, p 26).

Segundo Minayo (1997), o homem cria a sua cultura e conseqüentemente passa a simbolizar suas vivências para poder expressá-las a nível consciente ou inconsciente. Cada segmento da sociedade terá uma construção social diferenciada da concepção de saúde e doença. Esses elementos acompanham o ser humano desde o seu nascimento até o seu óbito e estão diretamente associados à vida e a morte. Neste sentido, o nosso corpo será responsável pela saúde ou pela doença, pois apenas ele será capaz de executar os atos definidos pela sociedade. Se o ser humano não cumprir as ordens sociais ele adoecerá, podendo esta culpa ser atribuída ao próprio indivíduo ou à sociedade.

Saúde se torna tudo que afeta a forma como o indivíduo e o seu grupo experimentam a sua existência em determinada circunstância. Para os institutos estatais relacionados a este assunto, é saúde a maneira como se planeja a família, se organiza o ambiente de trabalho e seu entorno; é saúde o estado psicológico do indivíduo e, portanto, a segurança pública que, como exemplo, se transforma em dados epidemiológicos importantes, não apenas por morbidade e mortalidade aferidos diretamente pelos dados obtidos na rede assistencial hospitalar, mas também pelo mal-estar psíquico que a falta de segurança causa. São saúde também, todas as descobertas da biotecnologia que possam afetar direta ou indiretamente este bem-estar, seja físico, psicológico ou social. Assim, é de interesse da saúde assuntos como clonagem, produtos transgênicos, técnicas eugenéticas, trocas de sexo fenotípico, entre outros temas. Saúde se torna um conceito amplo, que a cada momento agrega novos significados e atribuições, e que por isso não pode ser fixado no espaço (em uma área de atuação) ou no tempo (NOBRE, 2006).

De acordo com os autores citados, podemos concluir que o conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo e que saúde não pode ser considerada apenas a simples ausência de doença. Saúde, então, é resultante da combinação de vários fatores como alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, acesso a serviços de saúde; que é um direito constitucional e um dever do Estado; e que as dimensões econômica, social e política também estão envolvidas no processo saúde-doença.

1.2. DIREITO À SAÚDE

Primeiramente, deve-se compreender o que seja “direito”, termo cuja simples análise semântica revela sua complexidade. De fato, a palavra direito refere-se a um ramo do conhecimento humano – a ciência do direito – ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo: o direito, um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. O termo é empregado com seu sentido de direito subjetivo na reivindicação do “direito à saúde”. Todavia, a referência a regra de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade. De fato, as normas jurídicas, representam as limitações às condutas nocivas para a vida social. Assim sendo, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais (DALLARI, 1988).

Segundo Marshal (1967), a cidadania conteria um conjunto de direitos de natureza diversa: os civis, políticos e sociais.

Os direitos civis seriam os referentes e necessários à liberdade individual, tais como o direito de ir e vir, de pensar livremente, de expressar uma fé, de possuir uma propriedade, de estabelecer contratos válidos e, especialmente o direito à justiça – que garante os demais direitos. Os direitos políticos estão relacionados a escolhas de projetos e propostas da sociedade, pelo exercício do voto. Os direitos sociais e o direito à saúde são pensados no interior das políticas sociais, as quais são apreendidas, como as políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista em seu estágio monopolista. Os direitos unicamente podem ser analisados e estudados como produtos do desenvolvimento histórico, marcados por desigualdades e contradições entre os continentes, entre os países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais (NOGUEIRA, 2002).

Constitui a vida o direito primordial que se projeta como essência para garantia de todos os demais direitos. Mas a vida não pode ser assegurada sem que, à condição vital de cada ser humano, seja garantido o direito à saúde. A saúde é um direito humano e sua garantia, juntamente com a de outros direitos desta natureza, se vincula à própria dignidade da pessoa humana. Os direitos humanos, que são universais e indivisíveis, são acionáveis e exigíveis. A defesa da dignidade humana – e do seu direito à vida com saúde – permeia, assim, o reconhecimento da jurisdiscionabilidade e da exigibilidade. Os direitos sociais, e entre estes o direito à saúde, correspondem à conquista da afirmação e do respeito ao patrimônio individual e coletivo. (LIMA, 2011)

A saúde, como premissa básica no exercício da cidadania do ser humano, constitui-se de extrema relevância para a sociedade, pois a saúde diz respeito a qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos. Isto posto, na esfera jurídica, o direito à saúde se consubstancia como forma indispensável no âmbito dos direitos fundamentais sociais (HUMENHUK, 2004).

Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. A efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento. Examinado, por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade. Também o direito à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É apenas a partir da determinação concreta do direito que se pode construir sua garantia, determinando responsabilidade (DALLARI, 1988).

A Constituição Federal de 1988, artigo 196, diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Vários autores fazem referência ao direito à saúde como um direito constitucional:

A CF evita discutir o conceito de saúde, mas garante o direito à saúde. Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (SCLIAR, 2007, p.39).

A constituição brasileira situa a saúde como um direito universal, um direito de cidadania social, garantido, portanto, através de políticas públicas, compondo, com a assistência e a previdência, o Sistema Nacional de Seguridade Social (NOGUEIRA, 2002, p. 15).

A Constituição Brasileira de 1988, garante a todos os cidadãos o direito à saúde, por força de vários dispositivos constitucionais, onde está prescrito em vários deles, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (art. 196). Logo, a partir da definição de saúde, poder-se-á externar a afirmativa de que a saúde correlacionada com o direito designa um direito social, ou seja, o direito à saúde. Assim, o direito à saúde está presente em diversos artigos da nossa Carta Constitucional (HUMENHUK, 2004, p.2)

A positivação do direito à saúde, consagrada na Constituição Federal no art. 196 implica em dever do Estado que deverá garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (LIMA, 2011, p.1).

Dentre as áreas de interesse do Estado brasileiro, definidas em sua Constituição, temos o direito à saúde como um direito social. Pela carta magna a saúde é um direito de todos e dever do Estado: a Carta indica que a saúde ultrapassa o entendimento comum de simples ausência de doença, impondo ao Estado o dever de por meio de políticas sociais e econômicas não apenas a redução do risco de doenças, mas também a recuperação, proteção e promoção de saúde (NOBRE, 2006, p. 72).

Cabe reafirmar a importância do direito à saúde, pois este se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais. Sua garantia, conforme versa a Constituição, é referencial de desenvolvimento econômico e social do país. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica “indispensável” no exercício da cidadania (MACHADO, 2009, p.369).

O Ministro do Supremo Tribunal Federal Celso de Mello afirma que: O direito a saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atenção no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (RIOS, 2009, p.5).

Para Nogueira (2002) e Humenhuk (2004) a saúde é considerada um direito universal, um direito de cidadania social, e ainda segundo Machado (2009) é fundamental para o exercício de outros direitos sociais.

A saúde no entendimento de Nobre (2006) não deve ser considerada como a simples ausência de doença, e o Estado deverá garantir através de políticas sociais e econômicas a redução do risco de doenças e de outros agravos (SCLIAR, 2007; NOGUEIRA, 2002; LIMA, 2011; NOBRE, 2006).

O direito à saúde está interligado com vários outros direitos como, por exemplo: direito ao saneamento, direito à moradia, direito à educação, direito ao bem-estar social, direito da seguridade social, direito à assistência social, direito ao acesso aos serviços médicos e direito à saúde física e psíquica. Para a efetivação do direito à saúde, é mister que o Estado designe uma sistemática para tal, e, isto posto, esta efetivação dar-se-á mediante políticas sociais e econômicas - devem também exprimir um acesso igualitário e universal para qualquer ser humano, independente de raça, credo, cor, religião, etc. Todas as políticas sociais e econômicas no sentido de redução de doenças e outros agravos, devem se designar, de certa forma, na direção da prevenção. Pois prevenir, contra prováveis males que venham a atingir o ser humano na questão da saúde, é preservar a vida (HUMENHUK, 2004).

Dizer que o direito a saúde é um direito fundamental significa dizer, em primeiro lugar, que ele vincula os Poderes Públicos (Legislativo, Executivo, Judiciário) e que ele não pode ser subtraído da Constituição nem por via de emenda constitucional: também implica admitir que, no exercício destes poderes e dentro dos limites da realidade, o Estado brasileiro deve fazer todo possível para promover a saúde. A consequência disto é que a Constituição impõe de modo imediato e direto, e em primeiro lugar, aos Poderes legislativo e Executivo, o fornecimento da maior prestação possível em face do direito à saúde. Significa que estes Poderes tem o dever de desenvolver e de executar políticas públicas de saúde as mais eficazes e abrangentes possíveis. O direito à saúde também tem eficácia direta e imediata em face do Poder Judiciário que, diante das políticas públicas definidas e implementadas, tem o dever de garantir aos cidadãos os direitos subjetivos nelas previstos, em toda a sua extensão ali prevista (RIOS, 2009).

1.3. ACESSO À SAÚDE

A saúde está diretamente ligada às condições de vida. Almeida Filho (2004) destaca também a importância da noção de modos de vida na abordagem social da saúde, em especial, no campo da saúde coletiva. Isto porque, para além dos aspectos materiais da existência, o universo intersubjetivo também estabelece diferentes graus de determinação sobre as formas de ser e de viver das pessoas, grupos e coletividades. Portanto, condições de vida e modos de vida configuram-se como instâncias produtoras de saúde, de formas de adoecer e morrer.

Laurel (1997, p.86) enfatiza que:

saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo; sem saúde não há nem liberdade nem cidadania plena.

A legislação brasileira considera a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência a saúde (VIEIRA, 2010). O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

Ao examinar-se a questão do acesso à saúde e serviços de saúde, quanto aos seus significados e fatores afins, conclui-se que é um conceito complexo: geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (VIEIRA,

2010). E está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso, é muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2008).

Observa-se que o acesso à saúde:

Vincula-se a questões de condições de vida e moradia, além de idade, etnia, inserção no mercado de trabalho e renda, provando que desigualdades findam por influenciar a entrada da população no sistema. A questão deve ser observada sob todos os ângulos possíveis, já que permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde (MARTINO e BOTAZZO, 2008, p. 189)

Envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, que extrapolam a assistência em saúde e está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação. Acesso implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (OLIVEIRA, 2008, p. 18).

Indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, quando necessário e conveniente, e aponta, portanto, para o grau de ajustamento entre as necessidades dos usuários e a oferta dos serviços (VIEIRA, 2010, p. 23).

O acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços de saúde, sustentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos pré-requisitos centrais para uma eficiente atenção à saúde, constituindo-se, entre outras questões, como um dos fatores que contribuem positiva ou negativamente na capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde de uma dada população. Em relação à rapidez de acesso ao cuidado desejado, pode-se dizer que a medida de tempo ideal depende principalmente do tipo de necessidade avaliada, isto é da gravidade ou urgência da demanda (VIEIRA, 2010). Em geral as análises sobre o acesso, centram-se ou nas características dos indivíduos ou nas características dos serviços oferecidos. Apesar disso, grande parte dos autores concorda que o acesso compreende uma *relação dinâmica e funcional* entre as necessidades e aspirações de uma população, expressas na demanda e nas combinações tecnológicas e organizacionais disponíveis, características da oferta (VIEIRA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, p. 12), a Atenção Básica tem sido definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”.

É fundamental monitorar e avaliar as ações programáticas voltadas à saúde dos homens e mulheres, considerando desde a Atenção Básica até a alta complexidade,

assegurando a integralidade e a resolubilidade no SUS. A percepção que os usuários têm dos serviços é influenciada pela experiência passada (positiva ou negativa) com os mesmos. Além disso, a disponibilidade dos serviços pode não ser de conhecimento de todos, e os diferentes grupos populacionais podem variar no nível de informação que dispõem sobre os serviços disponíveis (VIEIRA, 2010).

Com relação ao acesso ao tratamento oncológico Vettore e Lamarca (2011), observam que em um país com as dimensões do Brasil, que apresenta uma distribuição desigual da população e dos serviços de saúde, não há dúvidas sobre a existência de sérios problemas de acesso da população ao atendimento oncológico pelo SUS. As desigualdades de oferta de serviços existem e há fragilidades na estrutura de rede assistencial. Porém, o grande desafio no momento é tentar organizar toda essa rede de atenção à saúde de maneira a permitir às mulheres um melhor acesso, com referências bem estabelecidas e logística definida para o tratamento do câncer de mama. A falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois em, 3 ou 6 meses, grande parte das neoplasias das pacientes pertencentes ao estágio II evoluiria para III ou IV. Solucionar essa questão antes de se iniciar o rastreamento mamográfico seria inevitável (GEBRIM, 2006).

No Brasil, as desigualdades sociais no acesso realizado devem ser avaliadas considerando-se a adequação do momento e o local de atendimento, pois, possivelmente, as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram os serviços quando o seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados em serviços menos adequados às suas necessidades (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Ainda, sobre acesso à saúde, podemos dizer apoiados nos autores citados acima, que é um conceito complexo, envolve as necessidades, a demanda e a utilização dos serviços de saúde, pode também indicar o grau de facilidade ou dificuldade na obtenção de serviços de saúde.

CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA - PNAO

A PNAO, foi instituída em 2005, tem como objetivo organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção e de atendimento, e articulada entre todas as esferas de gestão da saúde.

Gasperin (2010) comenta, que no Brasil a preocupação com prevenção e controle do câncer, iniciou na década de 1930. Daquela época até os dias atuais todo o sistema de saúde brasileiro passou por uma série de transformações até a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1998, quando o Ministério da Saúde passou a coordenar a política de saúde no país. Desde então o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer (KLIGERMAN, 2002; LAGO, 2004). O programa de controle do câncer do colo de útero e mama foi implementado pelo Ministério da Saúde dentro das concepções do SUS, de forma descentralizada, integral e equânime, com ações desenvolvidas em diferentes serviços e níveis de atenção. A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização (GASPERIN, 2010).

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem da doença anualmente. Como a esperança de vida tem melhorado gradativamente, a incidência de câncer, estimada em 2002 em 11 milhões de casos novos, alcançará quase 20 milhões em 2020, segundo a União Internacional Contra o Câncer (UICC). A explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. Com o recente e exponencial envelhecimento da população, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção adequada aos doentes (DECIT, 2007).

Este cenário ilustra a necessidade de grande investimento no desenvolvimento de ações amplas e abrangentes para melhoria do controle do câncer em todos os níveis: promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância do câncer e dos seus fatores de risco, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do SUS (DECIT, 2007).

Considerando o aumento da incidência de câncer no Brasil e dos gastos federais com tratamentos oncológicos, que ultrapassaram R\$ 1,9 bilhões em 2010, e, ainda, as deficiências na estrutura da rede de atenção em oncologia apuradas em levantamento realizado na Função Saúde, foi aprovada a proposta de realização de auditoria operacional no Ministério da Saúde,

na Secretaria de Atenção à Saúde e no Instituto Nacional de Câncer com o objetivo de avaliar a PNAO. Foi realizado, pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2011, uma auditoria, que resultou na publicação de um Relatório de Auditoria Operacional – PNAO (Brasil, 2011).

O referido relatório aponta que a PNAO foi concebida de forma a permitir as seguintes ações:

a) o desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias malignas mais prevalentes e orientadas para o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção da vida, de forma a assegurar a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

b) a organização de uma linha de cuidados que perpassse todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados pela política (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

c) a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, com estabelecimento de fluxos de referência e contra referência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais;

d) a definição de critérios técnicos adequados para o funcionamento e para a avaliação dos serviços públicos e privados que atuam na atenção oncológica, assim como sistemática para sua monitoração;

e) a ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, de forma a assegurar a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

f) o fomento, a coordenação e a execução de projetos de incorporação tecnológica, por meio de estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade da atenção oncológica no Brasil;

g) o auxílio ao desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política, de forma a permitir o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

h) a promoção do intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, de forma a aperfeiçoar a produção de dados e a democratização das informações;

i) a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação da Política, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

j) o fomento à formação e à especialização dos recursos humanos para atuação na rede de atenção oncológica;

k) o incentivo à pesquisa sobre a atenção oncológica; de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

O mesmo relatório, concluiu que a PNAO definiu, ainda, os componentes fundamentais da política, dentre os quais, destacam-se os seguintes:

a) A promoção e a vigilância em saúde, que devem utilizar, entre outras, ações que proporcionem a redução de fatores de risco para as neoplasias;

b) A atenção básica, com previsão de ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce, o apoio à terapêutica, aos cuidados paliativos e ao seguimento dos doentes;

c) Média complexidade, assistência que deve ser garantida por meio do processo de referência e contra referência dos pacientes;

d) Alta complexidade, organizada de forma a assegurar o acesso dos doentes com diagnóstico definitivo, deverá determinar o estadiamento da doença, tratar os pacientes com qualidade e de acordo com as condutas estabelecidas em Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia;

e) Sistema de informação, que deve possibilitar aos gestores subsídios para a tomada de decisões e promover a disseminação de informações;

f) Diretrizes nacionais para a atenção oncológica, envolvendo todos os níveis de atenção, que possibilitem o aprimoramento da atenção, da regulação, da avaliação e dos controles;

g) Avaliação tecnológica, que deve oferecer subsídios para a tomada de decisões no processo de incorporação de novas tecnologias;

h) A educação permanente e capacitação das equipes em todos os níveis de atenção.

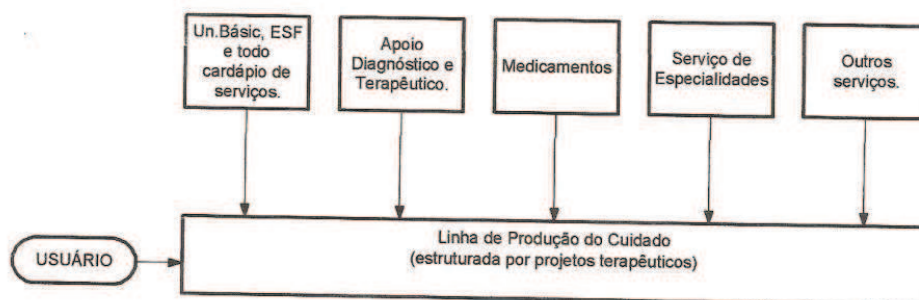
2.1 LINHA DE CUIDADO

Segundo Franco (2010), linha de cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de

saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. É diferente dos processos de referência e contra referência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços aos quais necessita. A figura 1 representa a linha de cuidado em forma de esquema.

Chama-se de Linha do Cuidado Integral porque incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde (FRANCO, 2010).

Figura 1 - Linha de Cuidado



Fonte: Franco, 2004

Ela é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias assistenciais a serem consumidas durante o processo de assistência ao usuário. É uma rede de assistência à saúde que funcione de forma sistêmica, operando vários serviços em torno da linha do cuidado. Esta tem início na unidade básica, ou em algum outro lugar de entrada do usuário na rede, e prossegue pelo apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de especialidades, atenção hospitalar e outros (LAPPIS, 2007).

A noção de pacto é introduzida na linha de cuidado a partir de Franco (2004) quando diz que ela é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o

campo das necessidades, de forma compartimentada. O pacto para construção da linha de cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível de rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina de técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial.

Ainda sobre linha de cuidado:

A linha de cuidado requer não apenas determinar a atenção necessária, mas estabelecer fluxos, funções e tarefas para garantir que o paciente receba a atenção; assegurar que todos os profissionais que atendem o paciente tenham acesso as informações atualizadas e unificadas sobre o estado do mesmo; estruturar a rede de referência e contra referência, garantindo o seguimento como parte do procedimento padrão (OPAS, 2010, p. 218).

Constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008, p. 41).

A noção de linha de cuidado é entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve expressar por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema. A linha de cuidado descreve o conjunto de ações e atividades a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde e de apoio diagnóstico que compõem um determinado sistema, bem como aponta os profissionais envolvidos e os recursos necessários, incluindo medicamentos e insumos. Para que uma linha de cuidado possa ser definida num sistema, há a necessidade de elaboração prévia de protocolos clínicos e /ou revisão crítica dos existentes em relação às patologias e às condições clínicas sob as quais se deseja atuar. Protocolos clínicos são padronizações utilizadas na oferta do cuidado a portadores de riscos e/ou agravos, as quais consideram a atualidade do conhecimento científico e tecnológico e incluem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia a serem respeitados no processo assistencial (SES/SP, 2010, p. 11).

Funcionam como base dos projetos terapêuticos, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco, em que a partir deste, o trabalhador/estudante de saúde vai orientar o usuário ou ao cuidador a como sistematizar ações que lhes qualificarão a saúde, além de guiá-los a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à suas necessidades. A linha de cuidado incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas e curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita; além de desenvolver no foco do cuidado, uma atitude ativa em tal processo, sempre de acordo com as limitações individuais de cada indivíduo - cultural, social, socioeconômica e etc. (ESTEVEES, 2011, p.1).

Conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de

atenção á saúde, com vistas à integralidade da atenção(BRAGA *apud* SANTOS, 2011, p. 1675).

A partir dos conceitos acima, concluimos que a integralidade está incorporada na linha de cuidado quando ela representa os passos que o usuário faz numa rede de assistência à saúde desde o diagnóstico até o tratamento; passando por todos os níveis de atenção – básica, de alta e média complexidade e utilizando todos os recursos tecnológicos disponíveis para atender as suas necessidades de saúde.

2.2 LINHA DE CUIDADO EM CÂNCER DE MAMA

Considerado tumor de bom prognóstico quando precocemente diagnosticado e tratado, as taxas crescentes de mortalidade no Brasil devem-se, em parte, à sua descoberta tardia, sendo, portanto, urgente a implementação de ações de rastreamento para detecção precoce e tratamento desta patologia. Levando-se em conta a complexidade do atendimento ao paciente oncológico e a necessidade de um atendimento integral, humanizado e hierarquizado, uma linha de cuidado eficaz, que englobe desde as ações de rastreamento até ao cuidado paliativo integrando todos os níveis de atenção à saúde cada qual com suas áreas de competência definidas, deve ser delineada. A formação de uma linha de cuidado garantirá um fluxo ágil no atendimento com ações de referência e contra referência implementadas com relações interpessoais, estabelecidas com contato estreito entre os diversos setores e a responsabilização pelos casos em todos os níveis assistenciais (FUNCAMP, 2008).

A Figura 2, representa esquematicamente, os pontos de assistência que fazem parte da linha de cuidado, desde o rastreamento e diagnóstico precoce até o tratamento.

Figura 2 - Linha de Cuidado no Câncer



Fonte: Brasil, 2006

2.2.1 Rede de Atenção Primária

Cabe à atenção primária as ações de promoção à saúde com incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis como dieta adequada, atividade física regular, conscientização do papel de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama enfatizando todas as etapas do rastreamento com ênfase ao retorno para busca do resultado e tratamentos quando necessários, tanto quanto da importância da periodicidade dos exames de rastreamento, quebrando o preconceito e temor da doença (FUNCAMP, 2008).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação. Além de atividades como:

- Reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da doença e à importância de todas as etapas do processo de detecção precoce; não deixar de enfatizar o retorno para busca do resultado e tratamento necessários;
- Busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o ECM (Exame Clínico das Mamas);
- Busca ativa na população alvo, de mulheres para a realização de mamografia;

- Encaminhamento a unidade de referência dos casos suspeitos de câncer de mama;
- Encaminhamento das mulheres com exame clínico das mamas alterado, para unidade de referência;
- Busca ativa das mulheres que foram encaminhadas a unidade de referência e não compareceram para o tratamento;
- Busca ativa das mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado;
- Orientação das mulheres com exame clínico das mamas normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina (BRASIL,2006).

O nível de atenção básica da rede pública de saúde caracteriza-se como a “porta de entrada” das mulheres do SUS, onde são realizados o exame clínico das mamas e a coleta do exame citológico do colo do útero, além de ações educativas e apoio à terapêutica e ao cuidado paliativo. Neste nível faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para a captação de mulheres na faixa etária priorizada e que nunca foram examinadas, seja pela realização do exame clínico das mamas ou do citopatológico sendo, portanto, indispensável que a rede básica de saúde esteja organizada com recursos humanos, físicos e tecnológicos adequados (BRASIL, 2006b).

2.2.2 Rede de Atenção Secundária

Cabe às unidades ambulatoriais especializadas (regionais ou municipais) receber os casos alterados encaminhados pela rede básica, realizando propedêutica complementar, se possível imediata, tendo como foco o diagnóstico e tratamento de patologias benignas, com encaminhamento ágil para o tratamento oncológico na atenção terciária, se necessário, ou devolvendo à rede básica com orientações para segmento (FUNCAMP, 2008).

É a unidade de média complexidade no SUS e funciona como referência para o encaminhamento das mulheres com resultados alterados. Este nível exige a presença de profissionais treinados para realizarem a intervenção diagnóstica dos casos suspeitos de

câncer de mama, tais como mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina. Assim como para o tratamento de lesões benignas mamárias (BRASIL,2006).

No nível de média complexidade realizam-se os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico, como a mamografia, o procedimento do exame e leitura das lâminas do exame citopatológico do colo do útero, além dos procedimentos para o tratamento das lesões benignas da mama e lesões precursoras do câncer de colo de útero (BRASIL, 2005b).

2.2.3 Rede de Atenção Terciária

Consiste em unidade de alta complexidade (**UNACON** - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou **CACON** - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) que realiza exames e tratamentos oncológico. Neste nível é realizado a confirmação diagnóstica, o estadiamento e o tratamento das mulheres com câncer de mama, englobando tratamento cirúrgico, quimioterápico, hormonioterápico, radioterápico, cirurgia plástica reconstrutiva, desde o início da abordagem terapêutica até o tratamento de recidivas e metástases. Fazer o diagnóstico quando fora de proposta terapêutica e recomendar tratamento e/ou cuidados paliativos (FUNCAMP, 2008).

Está baseada na Portaria MS/GM nº 2439/2005 que instituiu a PNAO e a Portaria MS/SAS 741/2005 que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRASIL,2006).

Os procedimentos de tratamento oncológico como radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica são efetuados em nível de alta complexidade, nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (CACON). Na maioria dos estados estes procedimentos foram contratados ou conveniados junto aos serviços de saúde privados com fins lucrativos ou filantrópicos e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes (BRASIL, 2007).

CAPÍTULO 3 - CÂNCER DA MAMA

O registro do mais antigo caso de câncer de mama é datado de cerca de 1600 AC, encontrado em um papiro no antigo Egito. Hipócrates (460-370 AC) relatou um caso de uma mulher com carcinoma de mama associado com corrimento de sangue do mamilo, ele relacionou o câncer de mama com a cessação da menstruação e afirmou que nos casos de câncer localizado profundamente era melhor não fazer nenhum tipo de tratamento, pois este acelerava a morte (WAGNER, 1994).

O Câncer de mama é uma doença caracterizada por um crescimento desenfreado e desorganizado de células anormais, que podem desenvolver a capacidade de invadir tecidos e órgãos circunvizinhos ou espalhar-se para regiões mais distantes, como por exemplo, ossos, fígado, intestino. A esse acontecimento dá-se o nome de metástase (BRASIL, 2004).

O tempo médio para ocorrer a duplicação celular, no câncer de mama, é de 100 dias. O tumor pode ser palpável quando atinge 1 centímetro de diâmetro. Uma esfera de 1 cm contém aproximadamente, 1 bilhão de células que é o resultado de 30 duplicações celulares, portanto, uma célula maligna levará 10 anos para se tornar um tumor de 1 centímetro (INCA, 2002).

O INCA (2002) detalha as fases da abordagem do câncer de mama, conforme a figura 3:

- No caso dos tumores clinicamente palpáveis, a paciente será inicialmente submetida a mamografia. A seguir, a punção aspirativa por agulha fina ou punção por agulha grossa (core biopsy) devem ser realizadas, a fim de melhor orientar a condução dos exames e programação cirúrgica a que será submetida a paciente. A punção por agulha grossa dá diagnóstico histológico e, portanto definitivo, da lesão.
- O profissional que desenvolve a atenção primária, realizada em unidades básicas de saúde, deve proceder o exame clínico das mamas (ECM).
- As mulheres cujos exames clínicos exibirem anormalidades devem ser avaliadas por profissional médico treinado quanto à abordagem das patologias mamárias. É aí avaliada a necessidade de se realizar um exame mamográfico (MMG) ou ultrassonográfico (USG) e procedimentos tais como a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou punção por agulha grossa (core biopsy), quando indicadas.
- Uma vez detectada a necessidade de ser dado prosseguimento à investigação ou em casos diagnosticados de câncer de mama, a mulher é encaminhada às unidades terciárias (CACON), para que o tratamento adequado seja instituído. A medida que

tumores de menor tamanho são detectados, melhores são as taxas de sobrevida e menos mutilante a abordagem cirúrgica.

Figura 3 - Fases da Abordagem do Câncer



Fonte: INCA 2002 - Elaboração própria.

O INCA publicou em 2011 as estimativas para 2012/2013 do número de casos novos de câncer de mama no Brasil: 52.680 casos, com um risco estimado de 52 casos por 100.000 mulheres. Em relação aos cânceres mais incidentes na população feminina brasileira, a estimativa é que 27,9% dos cânceres sejam de mama, um valor três vezes maior que a estimativa do segundo câncer mais frequente (9,3%) que é o câncer do colo do útero. O câncer de mama é o tipo de maior incidência na população feminina em todas as regiões do Brasil, à exceção da Região Norte onde ocupa a segunda posição. As taxas brutas estimadas são diferentes para cada região e também dentro de cada região, levando-se em consideração as taxas das capitais e dos estados. As estimativas do INCA para casos novos de câncer de mama em mulheres por regiões são: Sudeste – 69/100.000; Sul – 65/100.000; Centro-Oeste – 48/100.000; Nordeste – 32/100.000; e Norte – 19/100.000. A taxa bruta nos estados é de 52,50/100.000 e nas capitais 78,02/100.000 (SILVA, 2012).

Nesse levantamento, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul são aqueles com estimativas de maior número de casos. Entre as capitais, as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Porto Alegre são as que apresentam as estimativas de maior número de casos. Nos estados da Região Norte, a taxa bruta de incidência estimada do câncer de mama é de 19,38/100.000, enquanto que nos estados da Região Sudeste é de 68,9/100.000. A maior taxa bruta é do Estado do Rio de Janeiro com 94,9/100.000 e a menor a do Estado do Amapá com 10,45/100.000. A capital com a maior estimativa de taxa bruta é Porto Alegre com 125,6/100.000 e a menor é Palmas com 12,4/100.000.

O câncer de mama representa importante problema de saúde pública (ALMEIDA, 2009). A taxa de mortalidade relacionada ao câncer corresponde a 15%, sendo que seus índices apresentam-se crescentes e elevados, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados. Informações indicam que 50% dos tumores de mama no Brasil são diagnosticados nos estádios III e IV (BRASIL INCA, 2006). Desde 2005, a cada ano vêm

sendo registrados, no país, mais de 10 mil óbitos por esse câncer, o que corresponde a aproximadamente 30 mortes por dia (REZENDE, 2010). Um estudo que analisou os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelou que o câncer de mama aparece como a quarta causa responsável por estas mortes (ALMEIDA, 2009).

As intervenções governamentais são insuficientes para garantir uma atenção integral às mulheres (ALMEIDA, 2009). O diagnóstico tardio da doença é ocasionado por uma política ineficaz de controle e rastreamento de câncer, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas, seus instrumentos fundamentais. A OMS adverte que, para se ter controles eficazes do câncer de mama, são necessárias medidas que garantam um diagnóstico da doença em fases iniciais, ressaltando assim, a importância das ações de detecção precoce. O tamanho e o estadiamento tumoral são fatores que mais influenciam na sobrevivência das pacientes (GONÇALVES, 2012).

Sobre a repercussão que o diagnóstico de câncer de mama causa nas mulheres podemos dizer apoiados em Silva (2008) que o diagnóstico do câncer de mama tem um impacto devastador na vida da mulher, pois implica no temor ao tratamento e às mutilações que estes podem provocar, no medo da morte e também por tantas outras perdas emocionais, sociais e materiais que quase sempre ocorrem (SILVA, 2008). Segundo Wanderley (1994) o câncer de mama e o seu tratamento representam um trauma psicológico para a maioria das mulheres, já que a mama é um símbolo corpóreo da feminilidade. Embora não seja um recurso utilizado em todos os casos, a cirurgia de remoção da massa tumoral é bastante freqüente, acarretando uma mutilação (parcial ou total) da mama. Esse procedimento altamente invasivo traz repercussões emocionais importantes, danificando não somente a integridade física, como também alterando a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e de sua sexualidade (ROSSI, 2003; PETEL, 2006; ALMEIDA, 2009).

O tratamento do câncer de mama deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da mulher. Atualmente, as modalidades terapêuticas disponíveis são a cirurgia e radioterapia para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (BRASIL, 2004b). A cirurgia conservadora seguida de radioterapia é a terapia primária para a maioria das mulheres com carcinoma de mama nos estágios iniciais. Nos estágios mais avançados, ou quando o tratamento conservador não é indicado, recorre-se à mastectomia radical modificada, que ainda é o procedimento cirúrgico mais empregado no Brasil, pois a maioria das pacientes tem diagnóstico primário com tumores acima de 4 centímetros (FREITAS *et al*, 2006). Após o tratamento cirúrgico,

geralmente utiliza-se a quimioterapia e a hormonioterapia como forma de terapia adjuvante anti-câncer. Em alguns casos administra-se quimioterapia ou hormonioterapia previamente ao tratamento cirúrgico ou radioterápico, para melhorar as condições de operabilidade (GASTERIN, 2010).

3.1 HISTÓRIA NATURAL

Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico) isto é, a partir de 1 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica (impalpável), tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, ocorre o óbito (BRASIL, 2006).

3.2 FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados a idade, fatores endócrinos e genéticos. Outros fatores incluem a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo (INCA, 2011).

Sabe-se que o consumo de bebida alcoólica está associado a um aumento no desenvolvimento do câncer de mama. A associação do câncer com a bebida alcoólica é proporcional ao que se ingere, ou seja, quanto mais se bebe maior o risco de ter este câncer (PIRHARDT e MERCÊS, 2009). Apesar das controvérsias, existem muitas evidências de que o álcool pode aumentar o risco de câncer de mama por meio de diversos mecanismos, dependentes ou não de hormônios álcool (INUMARU et al, 2011).

O tabagismo é um fator de risco, principalmente para vários tipos de câncer, bem como de doenças pulmonares e cardiovasculares. São encontrados no tabaco inúmeras

substâncias identificadas quimicamente, entre as quais algumas farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas (PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

O risco de câncer de mama aumenta em pessoas obesas porque a gordura é estrogênica. O tecido adiposo é um grande reservatório de esteroides, pois a reação enzimática responsável pela conversão de andrógenos e estrógenos, ocorre tanto em homens, quanto nas mulheres, portanto a obesidade é um fator de risco. O sedentarismo está diretamente relacionado com a possibilidade de aumento de peso e, conseqüentemente, que o risco de aparecimento de câncer de mama aumenta em pessoas obesas, porque a gordura secreta estrógenos.(PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama;

- A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade;

- A menarca precoce (idade da primeira menstruação);
- A menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade);
- A ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
- A nuliparidade;

- Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez. São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;

- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2006).

3.3 SINTOMAS

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2006).

3.4 PREVENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Ao longo da história brasileira, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual à problema de saúde pública, sua história foi marcada pelo incessante esforço da medicina em controlá-lo pela via da prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias médicas de tratamento. No entanto, as dificuldades técnicas para a cura de muitas de suas formas, o alto custo das tecnologias empregadas com esse objetivo e seu caráter individual mostram-se como limitadores da ação terapêutica, fazendo com que a doença se vincule cada vez mais ao campo da prevenção e da saúde pública (TEIXEIRA, 2007).

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção. É recomendável que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral (BRASIL, 2004).

Com base nas informações atuais, a melhor forma de prevenção primária do câncer de mama, é amamentação e a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, a manutenção de peso corporal adequado e o consumo moderado ou ausente de álcool (INUMARU *et al*, 2011).

Resultados de numerosas pesquisas demonstraram que existem medidas efetivas de prevenção que podem reduzir substancialmente o número de casos novos de câncer e prevenir muitas mortes atribuídas à doença. Para reduzir o impacto do câncer, é necessário que se reduza, primeiramente, a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam a sua vulnerabilidade e o seu risco. Também se deve assegurar que programas de

rastreamento e protocolos de tratamento estejam acessíveis, particularmente nas populações menos assistidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Não há consenso de que a quimioprofilaxia deva ser recomendada às mulheres assintomáticas, independente de pertencerem a grupos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama (BRASIL, 2006).

No campo da oncologia o termo prevenção é classificado em níveis primário e secundário. A prevenção primária ocorre no período anterior à doença, com o objetivo de reduzir sua ocorrência e diz respeito a toda e qualquer ação voltada para a redução da exposição da população a fatores de risco da doença. Divide-se em ações de promoção e ações de proteção específica contra os fatores de risco do câncer. A prevenção secundária abrange um conjunto de ações para detectar e tratar o câncer precocemente, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevida (GASPERIN, 2010). A prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia, estudos têm sido realizados no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias, já que o único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou reduzir a mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Os mamógrafos disponíveis devem ser prioritariamente utilizados no diagnóstico de mulher com alterações prévias, no exame clínico (ROTOLI, 2007).

A finalidade da prevenção secundária é alterar o curso da doença quando o seu início biológico já aconteceu. É realizada por meio de intervenções que permitem a detecção precoce e o tratamento oportuno da patologia, sendo necessárias evidências claras de que a doença pode ser identificada em uma fase precoce, quando ainda não está clinicamente aparente, e que é possível uma abordagem terapêutica eficaz, alterando o curso da doença ou minimizando os riscos associados com o seu tratamento (THULER, 2003).

A reabilitação e os cuidados paliativos são atividades de prevenção terciária e, embora não tenham impacto na mortalidade, podem melhorar a qualidade de vidas das mulheres portadoras de câncer de mama. A reabilitação visa reinserir a mulher, com as limitações provocadas pela doença ou tratamento, às atividades diárias de sua vida, enquanto os cuidados paliativos visam oferecer uma abordagem multidisciplinar aos diferentes tipos de sofrimento que uma mulher com câncer de mama pode apresentar (sofrimento físico, psicológico, espiritual, social e econômico) (SILVA, 2012).

3.5 DETECÇÃO PRECOCE

Alguns cânceres, como o câncer de mama, colorretal e do colo do útero, podem ser identificados em estágios iniciais por meio de programas de detecção precoce que incluem o diagnóstico precoce e o rastreamento. Nesses programas, a participação dos profissionais da atenção primária é fundamental tanto na implementação de estratégias de busca ativa da população-alvo, como no aconselhamento dos exames de detecção precoce, seguimento dos exames alterados, confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento (SILVA, 2012).

Com o diagnóstico precoce e tratamento imediato do câncer de mama seria possível atingir até 95% de chance de cura e as terapias mutiladoras, a exemplo da mastectomia total, técnica cirúrgica que remove completamente a mama, e as altas taxas de mortalidade poderiam ser evitadas (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, 2011). Apenas 3,4% dos casos são detectados no início da doença enquanto 60% são diagnosticados em estágios avançados, quando se considera que a doença já se tornou incurável (MOURA, 2010). De uma maneira geral, cerca de 1/3 dos casos de todos os cânceres podem ser detectados precocemente e tratados de forma efetiva (WHO apud SILVA, 2012, p. 30 e 36).

Existem duas estratégias de detecção precoce do câncer de mama: o diagnóstico precoce e o rastreamento. Na primeira, são identificados os sinais e sintomas precoces do câncer em mulheres com doença clínica, de modo a intervir na doença o mais cedo possível. Essa estratégia tem impacto na sobrevivência de mulheres portadoras de câncer de mama por detectar tumores em estágio menos avançado e, portanto, passíveis de tratamento e de melhor prognóstico. No rastreamento, são realizados de forma sistemática, exames radiológicos (mamografias) em populações assintomáticas para identificar lesões sugestivas de câncer. Estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados) e também não experimentais (observacionais) mostraram que o rastreamento com mamografia (seguido de tratamento dos casos confirmados) é, até o momento, a estratégia que produz maior impacto na mortalidade, pois pode reduzir a mortalidade do câncer de mama entre 20% a 30% nas mulheres com mais de 50 anos, em países desenvolvidos, quando a cobertura da população-alvo está acima de 70% (WHO apud SILVA, 2012, p. 30).

O rastreamento do câncer pode ser conduzido de duas maneiras: oportunista ou organizada. No modelo oportunístico os indivíduos são submetidos aos exames de detecção precoce do câncer de forma não sistemática, a partir da procura espontânea pelos serviços de saúde. No rastreamento organizado os exames são solicitados de forma sistemática dentro de

um programa estruturado, existindo a convocação e vigilância da população-alvo com o cumprimento dos intervalos preconizados entre os exames (MARCHI, GURGEL; STEIN *et al*, apud GASPERIN, 2010, p. 39).

Para Bittencourt, Scaletzky e Boehl (2004), a rede pública de saúde está cada vez mais interessada na detecção precoce do câncer, sendo muitas das investigações diagnósticas iniciadas na rede básica e a partir daí, encaminhadas aos serviços especializados. Em virtude do crescente número de casos de câncer registrados, uma parcela maior dos recursos públicos está sendo destinada para a diagnose e terapêutica em oncologia. Este investimento precoce provoca um impacto financeiro; entretanto, a médio e longo prazos, traduz-se em benefício socioeconômico, reduzindo custeio de terapias de câncer em fases mais avançadas e os ressarcimentos por invalidez..

O estudo de Almeida (2009) com mulheres acompanhadas pelo SUS com câncer de mama, diagnosticado em estágios avançados, ressalta a demora no diagnóstico dessa patologia, sendo preciso recuperar o tempo perdido. Parece inadmissível que se perpetue a falta de uma abordagem clínica adequada à saúde da mulher, na rede de atenção básica, principalmente relacionada ao exame clínico das mamas e ao acesso à mamografia. Estas duas questões específicas necessitam ser revistas urgentemente, em se tratando de garantir ações precoces no cuidado ao câncer de mama, reduzindo os efeitos e repercussões da doença em estágio avançado e, conseqüentemente, o sofrimento dessas mulheres.

3.6. MAMOGRAFIA

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raios-X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável (BRASIL, 2006).

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de

interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (BRASIL, 2006).

Os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento (BRASIL, 2006). A utilização da mamografia para rastreamento de câncer de mama permite identificar alterações sugestivas de malignidade antes que ocorram manifestações clínicas. Os benefícios em termos de redução da mortalidade por este câncer começam a ser notados cerca de quatro anos após o início do rastreamento e continuam a aumentar por cerca de 10 anos, mantendo-se por todo o período de observação (PETEL, 2006).

Por detectar lesões subclínicas e auxiliar no diagnóstico de massas palpáveis a MMG é eleito padrão ouro do diagnóstico precoce de câncer de mama. Cerca de 50% dos cânceres de mama iniciais podem ser descobertos apenas por MMG, a sensibilidade da MMG aumenta quando a densidade da mama diminui, por isso em mamas gordurosas, podem ser detectadas 90% das doenças malignas (GIULIANO, 2010).

Através da mamografia é possível identificar os sinais primários e secundários do câncer de mama. Os sinais radiológicos primários representam a lesão neoplásica cujas expressões radiológicas podem ser em forma de nódulo, microcalcificações, assimetria focal e difusa. Os sinais radiológicos secundários representam o efeito do tumor no tecido mamário e estruturas adjacentes, apresentam-se como distorção focal da arquitetura da mama e dilatação ductal isolada (PEIXOTO, CANELLA, AZEVEDO, 2007).

Após analisar o número de mamógrafos disponíveis, Almeida (2009) verificou que a situação do município de Volta Redonda, apresenta baixa oferta desses procedimentos para atendimento das necessidades das mulheres da área. Através das informações do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, no ano de 2007 foram realizadas no município apenas 6.978 mamografias, em diversas faixas etárias, quando a necessidade para cobrir apenas a população de 50 a 69 anos, com pelo menos uma mamografia a cada dois anos, seria de 13.331. A reversão desse cenário, promovendo o diagnóstico precoce da doença e o tratamento orientado pela integralidade, é necessária e exige a implantação de ações de sensibilização e mobilização da população feminina, investimento tecnológico e em recursos

humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação. A rotineira situação de aparelhagem quebrada (de mamografia e ultra sonografia) precisa ser repensada pela equipe gestora local, dispondo de plano de ação que garanta a não interrupção desses serviços (ALMEIDA, 2009).

Sobre a produtividade dos mamógrafos. Leite e Andrade (2010) relatam que, durante maio de 2008 e abril de 2009 foi realizada uma auditoria do TCU que concluiu que os mamógrafos operantes em serviços públicos tiveram baixa produtividade, o que confere dizer que foram subutilizados, a média nacional de produção de exames/dia foi de 9,8 exames/dia enquanto a média satisfatória considerada pelos técnicos do tribunal seria de 25 mamografias ou mais por dia, em apenas 23 dos 435 locais que possuem mamógrafos, o que corresponde a 5%, corresponderam a esse critério.

Com respeito as limitações da mamografia, Gasperin (2010) alerta que como qualquer outro exame complementar, a mamografia está sujeita a erros na detecção ou diagnóstico. A disponibilidade das equipes e a qualidade técnica e de interpretação dos estudos mamográficos são as características que afetam a possibilidade de realizar um diagnóstico adequado e oportuno.

3.7 ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

3.7.1 Estadiamento

Estadiar o câncer é avaliar a extensão anatômica de comprometimento do organismo, de acordo com normas determinadas. A partir do estadiamento é possível padronizar o registro da extensão da doença e classificação histopatológica das neoplasias malignas (INCA, 2002).

O estadiamento do câncer é consagrado por tradição, e para o propósito de análise de grupos de pacientes é frequentemente necessário usar tal método. A UICC acredita que é importante alcançar a concordância no registro da informação precisa da extensão da doença para cada localização anatômica, porque a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica das neoplasias malignas podem interessar a um número de objetivos correlatos, a saber:

1. Ajudar o médico no planejamento do tratamento
2. Dar alguma indicação do prognóstico
3. Ajudar na avaliação dos resultados de tratamento
4. Facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento
5. Contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano (BRASIL, 2004).

O principal propósito, a ser conseguido pela concordância internacional na classificação dos casos de câncer pela extensão da doença, é fornecer um método que permita comparação sem ambigüidade entre experiências clínicas. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela UICC, denominado Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos. Ele baseia-se na classificação (TNM) onde **T**= Tumor; **N**= Nódulo e **M**= Metástase e só se aplica aos carcinomas, ou seja, os tumores de origem do epitélio formador do ducto e representam 80% dos tumores da mama (INCA, 2002)

No Brasil, a grande maioria das mulheres com câncer de mama chega aos serviços de saúde com tumores localmente avançados, ou seja, de tamanho maior do que 3 cm, com linfonodos axilares comprometidos e com possibilidade de desenvolver precocemente as metástases (tumor disseminado para outros órgãos). Esses tumores encontram-se categorizados no Estádio II b ou mais avançados. (INCA, 2002)

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente, etc (INCA,2002).

3.7.2 Regras Gerais do Sistema TNM

O Sistema TNM é utilizado para descrever a extensão anatômica da doença tem por base a avaliação de três componentes:

T - a extensão do tumor primário

N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais

M - a ausência ou presença de metástase à distância

A adição de números a estes três componentes indica a extensão da doença maligna. Assim temos: T0, T1, T2, T3, T4 N0, N1, N2, N3 M0, M1. Na verdade, o sistema é uma “anotação taquigráfica” para descrever a extensão clínica de um determinado tumor maligno (BRASIL, 2004).

A indicação terapêutica do câncer depende do estadiamento da doença. Assim é que um estadiamento bem conduzido leva a condutas terapêuticas corretamente aplicadas (INCA, 2002).

3.7.3 Estadiamento Clínico

Os tumores malignos, apesar da sua grande variedade (mais de 100 tipos diferentes), apresentam um comportamento biológico semelhante, que consiste em crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica. O tempo gasto nestas fases depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro.

O conhecimento da biologia dos tumores levou a UICC a desenvolver um sistema que permitisse classificar a evolução das neoplasias malignas, para se determinar o melhor tratamento e a sobrevida dos doentes. Cada categoria do estadiamento clínico apresenta diversas subcategorias: para o tumor primitivo, vão de **T1 a T4**; para o acometimento linfático, de **N0 a N3**; e para as metástases, de **M0 a M1** – sendo que alguns tumores não preenchem obrigatoriamente todas as categorias T ou N. A combinação das diversas subcategorias do TNM (letra e números) determina os estádios clínicos, que variam de **I a IV**, na maioria dos casos, havendo caso de tumor, como o de testículo, que tem sua classificação máxima no estágio III, ou seja, não tem o estágio IV. O estadiamento clínico também representa, portanto, a linguagem de que o oncologista dispõe para definir condutas e trocar conhecimentos a partir dos dados do exame físico e de exames complementares pertinentes ao caso (BRASIL, 2010).

3.7.4 Estadiamento Patológico

O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológicos da peça operatória. É estabelecido após o tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. Este estadiamento pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores, embora para alguns (pele e ovário, por exemplo) seja o único estadiamento possível. É grafado com a letra p minúscula antes das letras T, N e M: *Exemplo*: pT1pN1pM0 (BRASIL,2010).

3.7.5 Grau de Diferenciação

Independentemente do tipo de sistema utilizado para a classificação anatômica do tumor, este deve ser, sempre que possível classificado quanto ao grau de diferenciação histopatológica. Algumas vezes, a denominação patológica do tumor já inclui a sua diferenciação: *Exemplo*: adenocarcinoma gástrico difuso de Lauren, que significa pouco diferenciado, ou o do tipo intestinal de Lauren, que é bem diferenciado (BRASIL,2010).

3.7.6 Importância do Estadiamento

A determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela acometidos constituem um conjunto de informações fundamentais para:

- . Obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor;
- . Seleção da terapêutica;
- . Previsão das complicações;
- . Obtenção de informações para estimar o prognóstico do caso;
- . Avaliação dos resultados do tratamento;
- . Investigação em oncologia: pesquisa básica e clínica;
- . Publicação dos resultados e troca de informações.

3.7.7 Grupamento por Estádios

As informações a seguir sintetizam as classificações conforme o tamanho do tumor (T), comprometimento linfonodal (N) e metástases (M), além de agrupar, por estádios, as diversas combinações possíveis (BRASIL, 2004).

Tamanho do Tumor (T)

Tx - tumor não pode ser avaliado

Tis - carcinoma *in situ*

T1 - tumor com até 2 cm. em sua maior dimensão

T1 mic - carcinoma microinvasor (até 1 mm)

T1a - tumor com até 0,5 cm em sua maior dimensão

T1b - tumor com mais de 0,5 e até 1 cm em sua maior dimensão

T1c - tumor com mais de 1 cm. e até 2 cm em sua maior dimensão

T2 - tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão

T3 - tumor com mais de 5 cm. em sua maior dimensão

T4 - qualquer T com extensão para pele ou parede torácica

T4a extensão para a parede torácica

T4b edema (incluindo *peau d'orange*), ulceração da pele da mama, nódulos cutâneos satélites na mesma mama

T4c associação do T4a e T4b

T4d carcinoma inflamatório

Linfonodos Regionais (N)

Nx - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 - Ausência de metástase

N1 - Linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is) comprometido(s)

N2 - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral

N2a - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos à estruturas vizinhas

N2b - Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral, sem evidência clínica de metástase axilar

N3 - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna

N3a - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)

N3b - Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)

N3c - Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)

Metástases (M)

Mx metástase à distância não pode ser avaliada

M0 ausência de metástase à distância

M1 presença de metástase à distância (incluindo LFN supraclaviculares)

Estadiamento TNM do Câncer de Mama por Agrupamentos

| | | | |
|---------------------|------------|------------|----|
| Estádio 0 | Tis | N0 | M0 |
| Estádio I | 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 o T1mic.

3.8 TRATAMENTO

Qualquer ação ou medida de rastreamento ou método de diagnóstico precoce só terá sucesso na redução das taxas de mortalidade e morbidade por câncer se as lesões precursoras de câncer ou os casos de câncer diagnosticados em estágio inicial forem tratados e acompanhados de forma adequada. As principais metas do tratamento são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, particularmente para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, quando são detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas clínicas. Existem três formas principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica (INCA, 2011).

O tratamento de qualquer câncer depende do seu estadiamento, isto é, quão avançada está a doença. Ele é sempre baseado em cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Dependendo do estadiamento, é feito o esquema completo ou somente a quimioterapia. O importante é saber que cada paciente terá um tratamento individualizado e específico para o seu tumor, porque cada pessoa responde de uma forma diferente à doença e ao tratamento.

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2013) importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente, tais como: idade, status menopausal, comorbidades e preferências.

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento) quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases (doença à distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida. Atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico (INCA, 2013).

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a PNAO, deve ser feito por meio da UNACON e do CACON, que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de

atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (INCA, 2013).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama traz as diretrizes para o tratamento do câncer de mama que serão descritas abaixo.

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em:

- Tratamento local: cirurgia e radioterapia
- Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica.

Estádios I e II

A conduta habitual consiste de cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor; ou mastectomia, com retirada da mama. A avaliação dos linfonodos axilares tem função prognóstica e terapêutica.

Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia.

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características tumorais que irão ditar a terapia mais apropriada. Essa última baseia-se principalmente na mensuração dos receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona) – quando a hormonioterapia pode ser indicada; e também de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2) – com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2.

Estádio III

Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local.

Estádio IV

Nesse estágio, é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os

potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas.

CAPÍTULO 4 - SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

4.1 SISTEMAS DE SAÚDE

Sistema de saúde é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje - estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde - são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX. A sociedade constrói seus sistemas de saúde ao longo do tempo. A forma como esses sistemas funcionam e se organizam, os resultados que alcançam na vida e na saúde dos indivíduos dependem do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população. A forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e o alcance da regularização do setor privado e a relação com o setor público são alguns dos exemplos de mecanismos que pode interferir na qualidade da assistência. Este sistema, por exemplo, foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos. (LOBATO e GIOVANELLA 2008).

Ao analisar as desigualdades em saúde, Starfield (apud Silva, 2012, p.15) entende que a medicina orientada para a doença e não para o paciente (e seu contexto) é promotora de desigualdades. Os sistemas de saúde orientados para doenças desvalorizam a atenção primária que é voltada para o paciente. Para a autora, é chegada a hora de a atenção primária assumir a liderança na mudança de prioridade dos cuidados médicos para onde deveria estar, isto é, nos cuidados ao paciente e não nos cuidados da doença. Para a autora, os cuidados direcionados aos pacientes são mais efetivos, eficientes, seguros e promovem mais equidade.

Uma análise dos sistemas de atenção á saúde, feito numa perspectiva internacional, mostra que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e ás agudizações de condições crônica, tem como características dentre outras: forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; e o financiamento por procedimentos. Os sistemas fragmentados tem sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo (MENDES, 2010). Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente

hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Neles, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde (MENDES, 2009).

4.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2012).

O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento de reforma sanitária (um “movimento de movimentos”), foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. O SUS vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde includentes, apesar de sofrer de problemas crônicos, entre os quais o financiamento insuficiente e desigual (BRASIL, 2011, VOL 1).

O Brasil é um país com um amplo território em que ainda são expressivas as desigualdades regionais e sociais. Com uma história de mais de 500 anos, foi no século XX que aconteceram as grandes transformações econômicas e políticas que culminaram na promulgação da Constituição de 1988 e com ela o Sistema Único de Saúde, que é baseado no princípio da saúde como direito do cidadão e um dever do Estado (SILVA, 2012). Duas razões sugerem a necessidade da atuação do Estado no setor saúde: a eficiência e a equidade. Vale ressaltar que o Estado também pode ser ineficiente e aumentar as iniquidades. Porém, aqui se destaca o papel inalienável de gestor dos recursos públicos. Esse papel, que

difícilmente poderá ser exercido pelo setor privado ou pelo terceiro setor (não governamental), que é o de garantir que os recursos disponíveis sejam alocados com eficiência e com equidade (BRASIL, 2011, VOL.10). Os governos, em qualquer instância, podem atuar em três áreas no setor saúde, objetivando a equidade e eficiência: financiamento; prestação do cuidado (pode ser vista como uma das funções dos governos para garantir acesso e qualidade); regulação (a função reguladora é substancial para garantir a qualidade). Essas três funções de governo têm importante interface entre si (BRASIL, 2011, VOL.10).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2012).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, o SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011, vol. 1).

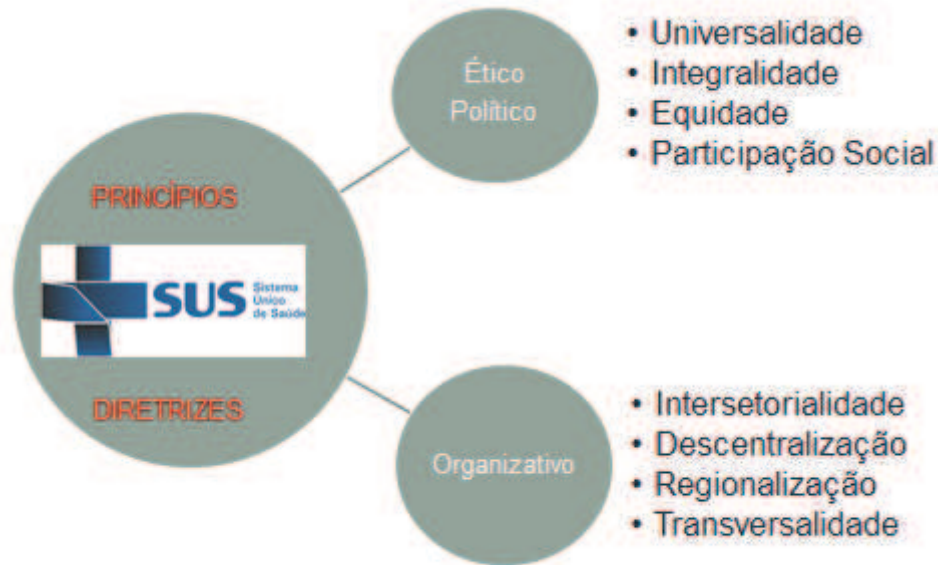
O SUS é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada, sobretudo por recursos privados. É constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. (PAIM E TRAVASSOS, 2011).

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), institui o SUS e estabelece papéis institucionais de cada instância governamental. Define atribuições e competências: à **União** (papéis de caráter normativo, estabelecimentos de políticas nacionais de saúde pública, controle de fiscalização, promoção da descentralização para estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal). Ao **Distrito Federal** e aos **estados** (descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substância de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em colaboração com a União; avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual. E a **municípios** (planejar, organizar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde) (BRASIL, 2011, vol. 8).

4.2.1 Princípios e Diretrizes do SUS

Os princípios do SUS, definidos na Constituição Federal, são detalhados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Para melhor compreensão, esses princípios podem ser observados na figura 4, podem ser divididos em ético-políticos e organizativos.

Figura 4 - Princípios e Diretrizes do SUS



Fonte: Elaboração própria

Hoje, compreende-se por **princípios ético-políticos** do SUS:

- a universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- a integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; garante todas as ações e os serviços necessários para a promoção, proteção, tratamento e reabilitação de saúde.
- a equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; garante a assistência à saúde de todos os brasileiros sem preconceito, discriminação ou privilégios; e
- a participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde.

- a gratuidade garante que todas as ações e os serviços de saúde prestados pelo Poder Público ou por entidades privadas contratadas sejam gratuitos, sendo proibida e ilegal a cobrança de qualquer taxa ou contribuição dos usuários do SUS (art. 43, lei 8080/90).

Os **princípios organizativos** do SUS são:

- a intersetorialidade, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população;
- a descentralização político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único, que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único;
- a hierarquização e a regionalização, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade – básica, média e alta – oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde. A diretriz da regionalização aponta para a criação de regiões de saúde, visando melhorar o acesso aos distintos serviços de saúde. Essas regiões devem ser consideradas e definidas de acordo com a realidade de vida das pessoas e das comunidades, acompanhando a existência dos serviços de saúde no local onde moram e transitam as pessoas; e
- a transversalidade, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde (BRASIL, 2007).

4.2.1.1 O Princípio da Integralidade

Em se tratando do diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama acreditamos que esses procedimentos necessitam de ações integradas, desde atenção básica até as ações de média e alta complexidade. por este motivo abordaremos o princípio da integralidade, seu conceito, importância, como devem ser articuladas as ações para contemplar esse princípio.

A Constituição Federal de 1988, assegurou a saúde como um direito social universal. Assim o artigo 198 estabelece explicitamente que: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes – *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; *atendimento integral* – com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; *participação da comunidade* (SERRA, 2003).

A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...) (BRASIL, 2011, vol. 4).

A integralidade é um princípio fundamental do SUS; garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005b).

Para o Lappis (2006), a integralidade é uma ação social, um princípio que tem a Reforma Sanitária Brasileira como contexto político, social e histórico. Isso significa acreditar que a construção da integralidade requer interações democráticas entre os sujeitos envolvidos nas práticas do cuidado da saúde, e que essas transformações no cotidiano dos serviços podem garantir a saúde como direito de cidadania.

Para alguns autores a integralidade não pode ser entendida sem a integração de várias práticas de saúde. Segundo Giovanella et al (2002, p.45): “(...) que um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente”. A integralidade exige, assim, uma intervenção integradora, no seu âmbito tecnológico sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente. Estas ações, embora integradas, constituem-se em competências dentro da suficiência resolutiva de cada nível de atenção (SERRA, 2003). Desta forma, a reflexão anterior acima ratifica o entendimento até aqui adotado de que a assistência integral tem o sentido de continuidade de cuidados, oferecido aos indivíduos e à coletividade através de uma rede concreta de serviços de saúde. A garantia do direito de acesso, individual ou coletivo, a esses serviços, de naturezas e complexidades diversas conforma o conceito de integralidade. (SERRA, 2003). A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (BRASIL, 2011, vol 3).

Para Carvalho (2010) a integralidade da assistência em saúde inclui quatro ações:

- A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também de assistência a doentes.
- A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contra referência.
- A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.
- A oferta de serviços cuja organização atenda á demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

O MS, através das normas operacionais, ratifica o conceito de integralidade proposto pela Constituição Federal e pela Lei 8080/90. A NOB 01/96 diz que o gestor municipal é responsável tanto pela prestação direta de ações e serviços de saúde quanto pela garantia de referência a serviços de níveis de complexidade não disponíveis no território municipal. A preocupação com a integralidade fica então patente e vai mais além do entendimento como continuidade de cuidados médicos, quando a norma identifica a necessidade de ações fora do campo específico da atenção à saúde. A NOAS SUS 01/2001 define sistemas funcionais de saúde como sendo redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso do usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Ela propôs simultaneamente o aumento das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso universal à atenção básica e a regionalização e a organização funcional do sistema para garantir a integralidade com equidade. O MS publicou a NOAS-SUS 01/2002, ratificando a preocupação já expressa na NOB SUS 01/96 e na NOAS-SUS 01/2001 da continuidade do processo de descentralização e organização dos serviços, de forma regionalizada e hierarquizada, objetivando o cumprimento dos princípios norteadores do SUS da universalidade de acesso e de integralidade da atenção. (SERRA, 2003).

A integralidade do cuidado oferece vantagens tais como: está associada a mais ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos recomendados e maior satisfação das pessoas (BRASIL, 2011, vol 3).

Os desafios da integralidade no Brasil estão menos relacionados ao conceito amplo de saúde e mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços. (BRASIL, 2011, vol. 3). Portanto, o SUS deve enfrentar um duplo desafio: abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde (fato que tem alcançado sucesso no Brasil, por meio de ampla expansão da atenção primária em saúde, desde a implantação do sistema, em 1988) e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento (questão em que o SUS ainda não obteve sucesso, persistindo desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país). (BRASIL, 2011, vol. 4).

Hartz e Contandriopoulos (2004), consideram que o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Ainda de acordo com esses autores, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. O conceito de integralidade, no campo de intervenção da gestão e organização do sistema de atenção, está relacionado à dimensão referente à garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica e articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação. A garantia de atenção pressupõe uma oferta organizada, que implica em algumas ou múltiplas formas de regionalização e hierarquização de serviços de saúde, sendo que a hierarquização é sustentada por mecanismos de referência e contra referência (SERRA, 2003).

Como uma “bandeira de luta”, assim Mattos (2006) considera como a integralidade deve ser encarada: ela é “uma bandeira de luta”, parte de uma imagem-objeto, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores, pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2006, p. 43).

Para Noronha (2008) o princípio da integralidade na assistência traz direitos para o cidadão e deveres para o Estado. Para o cidadão o acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde. São deveres do Estado a garantia de condições de atendimento adequadas ao

indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Torna-se, assim, fundamental o conhecimento e a discussão, pelos gestores do SUS, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da atenção primária, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população e não se converta em um “SUS para pobres” (BRASIL, 2011, vol 4).

4.2.2 Legislação Básica do SUS

Constituição Federal de 1988 (artigos 196 a 200). Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Definiu o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011; vol.1).

Lei 8.080, de 19/9/1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Lei 8.142, de 28/12/1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990). O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas de participação da sociedade: (i) a Conferência de Saúde e (ii) o Conselho de Saúde (BRASIL, 2011, VOL1).

Portaria 2.203, de 05/11/1996 - Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do SUS.

Lei 9.836, de 23/9/1999 (Acrescenta dispositivos à Lei nº. 8.080).

Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000 - Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Lei 10. 424, de 15/4/2002 (Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080).

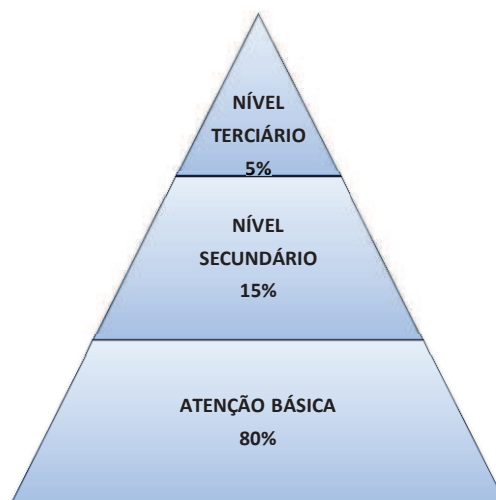
Portaria 373, de 27/2/2002 - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

Lei 11.108, de 07/4/2005 (Altera a Lei no 8.080).

Resolução 399, de 22/2/2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

4.2.3 Organização e Níveis de Atenção do SUS

Pode-se compreender o sistema de saúde a partir de distintas lógicas organizacionais. A engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica, em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido – **Nível Terciário**: atenção hospitalar(resolve cerca de 5% dos problemas de saúde); **Nível Secundário**: centros de especialidades e serviço de apoio diagnóstico (SADT), resolve cerca de 15% dos problemas de saúde; **Atenção Básica**: unidades básicas de saúde e estratégia de saúde da família, resolve mais de 80% dos problemas de saúde (SOLLA e CHIORO, 2008).

Figura 5 - Modelo de Hierarquização do SUS

Fonte: Franco (2004)

Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) - tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM, 2011). É entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade (inclui um rol de procedimentos menos complexos). Deve ser entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS (BRASIL, 2011, VOL. 4).

Nível Secundário ou Atenção de Média Complexidade - é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011, VOL.4)

Nível Terciário ou Atenção de Alta Complexidade - conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta

complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular (BRASIL, 2009). A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. O sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contra referência (PAIM, 2011).

4.2.4 Gestão do SUS

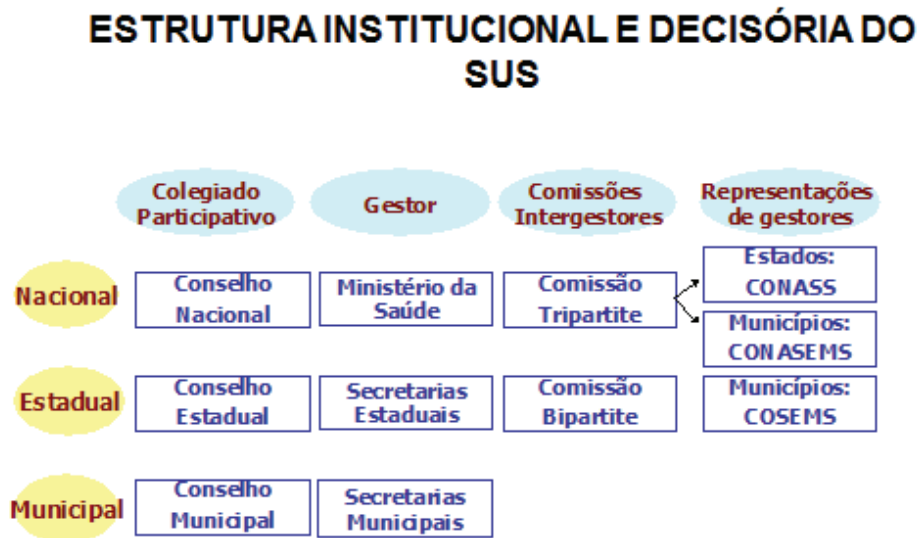
A gestão e a oferta de serviços no SUS é, respectivamente, descentralizada e organizada por níveis de atenção. A atenção primária tem recebido muito destaque e investimento no Brasil nos últimos anos e seu objetivo é o de oferecer acesso universal e coordenar a cobertura para os níveis de cuidado especializado e hospitalar, além das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (PAIM *et al*, 2011).

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A figura 6 esquematiza como se dá a organização do SUS nas diversas esferas de governo.

Figura 6 - Estrutura do SUS



Fonte: DDGA/SAS/MS.

5

4.2.5 Financiamento do SUS

O financiamento do SUS é realizado por meio de tributos gerais (impostos ou contribuições) que a sociedade destina ao Estado nos níveis federal, estadual e municipal, as demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores, e cada ente federativo é responsável por um percentual do gasto público em saúde. O gasto público em saúde no Brasil em 2006 foi estimado em 3,14% do PIB. O gasto total em saúde (público + privado) foi estimado em 8,03%. A proporção do gasto público em saúde no Brasil é menor em comparação com países como o Reino Unido, Itália e Espanha. Em 2007, o percentual de gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde foi de 41%. A proporção dos pagamentos do próprio bolso passou de 9% em 1981 para 19% em 2008. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público (PAIM *et al*, 2011).

Os estados e municípios continuam aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, da arrecadação de impostos estabelecida. Os gastos realizados pela administração pública para financiar as políticas sociais e outras despesas

governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas cobradas pelo Estado sobre a produção, consumo, renda e patrimônio (BRASIL, 2011, vol. 2).

A Lei n. 8.080/90 já tratava, do caráter regular e automático que deveriam ter as transferências intergovernamentais no âmbito do SUS. Também tratou, dos critérios para definição dos montantes de recursos federais a serem repassados para estados e municípios no seu artigo 35:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo (BRASIL, 2011, vol. 2, p. 98).

A Lei n. 8142/90, reincorporou essa norma na legislação da saúde, tornando regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários. Também definiu critério, basicamente o populacional, para o estabelecimento do montante das transferências para estados e municípios. A NOB 01/93 tinha como base a série histórica dos gastos no estado e/ou município. A NOB 01 de 1996 e as portarias regulamentadoras que a sucederam utilizaram o critério populacional de formas diversas, adicionando, inclusive, outros (BRASIL, 2011, vol. 2).

Foi nessa época, contudo, que se estabeleceram tetos financeiros, por estado, para o pagamento de serviços hospitalares e tetos para os atendimentos ambulatoriais. Estes últimos calculados com base no número de habitantes multiplicado pelo valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que era um valor variável que seguia uma estratificação estabelecida para os estados (BRASIL, 2011, vol. 2).

A figura 7 demonstra como se dá o fluxo de financiamento do SUS.

A Portaria GM/MS n. 204/2007 estabeleceu que o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos(aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco) na forma de blocos de financiamento. Os blocos são

constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados:

I. Atenção Básica – é constituído por dois componentes:

- PAB fixo - refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do FNS aos FSM.
- PAB variável - os recursos serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde

II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – Os recursos federais serão transferidos do FNS aos FSM, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico e será constituído por dois componentes:

- Teto MAC
- Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) dentre os procedimentos está a mamografia bilateral para rastreamento

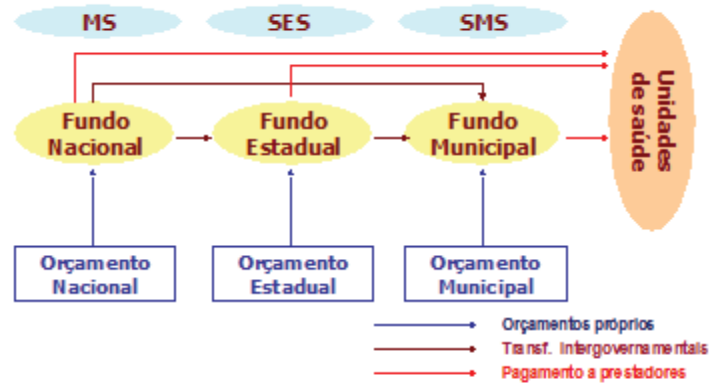
III. Vigilância em Saúde – composto pelos componentes da vigilância epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária em saúde;

IV. Assistência Farmacêutica - abrange três componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; especializado da assistência farmacêutica;

V. Gestão do SUS – destina-se a apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e eficiência do sistema. É constituído de dois componentes: qualificação da gestão do SUS; e implantação de ações e serviços de saúde.

VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2011, vol. 2).

Figura 7 - Fluxo de Financiamento do SUS



Fonte: DDGA/SAS/MS.

CAPÍTULO 5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Bruyne (1991), a metodologia é a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz, portanto, a uma “metrologia” ou tecnologia da medida dos fatos científicos. A metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo é observacional descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por pacientes do sexo feminino portadoras de câncer de mama em tratamento em serviço de referência em oncologia de Pelotas (RS). Foi verificado o acesso ao sistema de saúde à saúde das referidas pacientes, quanto tempo foi necessário para fazer exames, receber o diagnóstico e iniciar o tratamento.

Com relação ao modo como os dados são coletados, é possível distinguir os estudos experimentais (onde há, claramente, uma intervenção aplicada pelo pesquisador aos participantes da investigação), dos observacionais onde o pesquisador não intervém, apenas observa e registra as informações que lhe interessam para posterior análise. Neste sentido, cabe explicitar que os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais. Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS e DUQUIA, 2007). Estudos transversais têm sido usados na investigação de problemas de saúde pública, para estabelecer de que maneira uma ou mais características (variáveis), individuais ou coletivas, se distribuem em determinada população. É um excelente método para descrever características de uma população em uma determinada época, possibilitando medidas para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação (CARVALHO, 2005). Vários países conduzem inquéritos transversais regulares, em amostras representativas de suas populações, enfatizando

características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relativos à saúde. A frequência de doenças e outras características são, então, examinadas em relação à idade, sexo e etnia. Dados de estudos transversais são úteis na avaliação das necessidades em saúde das populações (BEAGLEHOLE, BONITA e KJELLSTRÖM , 2003p. 34).

Quanto ao método de pesquisa, utilizamos o método quantitativo que se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto ao tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outras. É muito utilizado no desenvolvimento das pesquisas descritivas (OLIVEIRA, 1999).

Mattar (1999) observa que, quanto aos objetivos, as pesquisas podem ser classificadas em exploratórias, descritivas e causais. Para Oliveira (1999) a pesquisa descritiva é aquela na qual se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito. É a pesquisa que expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno, além de poder estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza , a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VERGARA, 2000).

5.2 POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE ESTUDO

A população em estudo foi composta de mulheres portadoras de câncer de mama que fizeram tratamento oncológico no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (RS), no ano de 2011.

Foram excluídas dezoito pacientes: dez por realizarem o diagnóstico de câncer em ano diferente do estudado, uma por residir em outra cidade, sete porque o prontuário estava incompleto.

5.2.1 Tamanho da Amostra

A amostra foi constituída por todas as mulheres cadastradas no ano de 2011.

O Registro Hospitalar do Câncer forneceu uma lista que totalizou 67 nomes. Após análise dos 67 prontuários, inicialmente selecionados, somente 49 (73%) atenderam aos critérios de inclusão.

5.3 LOGÍSTICA

Após receber a autorização para realizar pesquisa no HE UFPEL e partir da identificação das pacientes a serem pesquisadas, foi solicitado ao SAME do HE UFPEL, através de protocolo, os prontuários que fizeram parte da pesquisa.

5.3.1 Coleta de Dados

Os dados foram coletados dos arquivos do Registro Hospitalar do Câncer e dos prontuários das pacientes no SAME do HE UFPEL, de onde foram levantados 49 casos de câncer de mama, cadastrados no RHC em 2011 e residentes em Pelotas.

Utilizou-se um formulário para coletar dados referentes à: identificação e trajetória da paciente desde o diagnóstico até o tratamento, para quantificar o tempo gasto para realizar essas atividades. (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 10/12/2012 e 09/01/2013 no SAME do HE UFPEL.

5.4. VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis estudadas estão descritas no quadro a seguir:

| QUADRO DE VARIÁVEIS | |
|--|---|
| Variáveis Sócio Demográficas e Clínica | Tipo |
| Idade | Quantitativa Discreta – coletada em anos completos |
| Cor da pele | Qualitativa Nominal – branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorada |
| Escolaridade | Quantitativa Discreta – coletada em anos completos |
| Estado Civil | Qualitativa Nominal – casada, solteira, divorciada, união consensual, separada, viúva, outros, ignorada |
| Endereço | Qualitativa Nominal – coletada como logradouro, nº da residência, bairro |
| Ocupação | Qualitativa Nominal – classificada segundo a CBO* |
| Estádio da Doença | Qualitativa Ordinal – classificado com I,II,III e IV. Coletada do prontuário médico e que define o estágio da neoplasia, avaliando para o diagnóstico e tratamento. |
| Realização do Exame | Qualitativa Nominal – classificada como SUS ou não SUS |
| Variáveis Relacionadas aos Intervalos de Tempo | Tipo |
| Intervalo de tempo entre a realização de exames de imagem e a biópsia | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a realização da biópsia e a emissão do laudo | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a referência da UBS** e o cadastro na UNACON*** | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a consulta na UNACON e o início do tratamento quimioterápico | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a data dos exames por imagem e o cadastro na UNACON | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a data dos exames por imagem e o início da quimioterapia | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |
| Intervalo de tempo entre a data da biópsia e a data do início do tratamento quimioterápico | Quantitativa Discreta – classificada em número de dias |

***CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações

****UBS** – Unidade Básica de Saúde

*****UNACON** – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde em 23.05.2012 e recebeu registro CAAE 03818312.7.0000.5339, de acordo com o APÊNDICE B. Foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Católica de Pelotas em 29.05.2012.

O CEP da UCPEL emitiu parecer favorável, na situação de **APROVADO** sob número 80892 de 23.08.2012, conforme APÊNDICE C.

A partir da aprovação do projeto, foi preenchido, em 03.09.12, o formulário de solicitação (Nº 00376/12) para realização de pesquisa no Hospital Escola da UFPEL. A autorização para realização da pesquisa foi emitida em 04.10.2012 (APÊNDICE D).

5.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha Excel e posteriormente transferidos para o software Stata 6.0, onde os resultados foram avaliados. Através da abordagem quantitativa, foram determinados os percentuais, médias, medianas, com respectivo desvio padrão. Figuras e tabelas foram utilizadas para apresentação dos resultados.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS

Tabela 1- Descrição da amostra das pacientes portadoras de câncer de mama de uma UNACON de Pelotas/RS

| Variáveis Sociodemográficas e Clínicas | N | % |
|---|----------|----------|
| Idade | | |
| Até 39 anos | 4 | 8 |
| 40 – 49 anos | 10 | 20 |
| 50 - 59 anos | 10 | 20 |
| 60 – 69 anos | 15 | 32 |
| > 70 anos | 10 | 20 |
| Cor da Pele | | |
| Branca | 41 | 84 |
| Preta | 7 | 14 |
| Parda | 1 | 2 |
| Estado Civil | | |
| Casada | 1 | 2 |
| Viúva | 1 | 2 |
| Sem Informação | 47 | 96 |
| Ocupação | | |
| Assistente Social | 1 | 2 |
| Cabeleireira | 1 | 2 |
| Comerciante | 2 | 4 |
| Costureira | 1 | 2 |
| Dona de Casa | 3 | 6 |
| Pescadora | 1 | 2 |
| Secretária | 1 | 2 |
| Sem Informação | 38 | 78 |
| Serviços Gerais | 1 | 2 |
| Estadiamento | | |
| I | 12 | 25 |
| II | 12 | 25 |
| II A | 5 | 10 |
| II B | 6 | 12 |
| III | 6 | 12 |
| III A | 4 | 8 |
| III B | 2 | 4 |
| IV | 2 | 4 |
| Tipo de Exame | | |
| SUS | 33 | 67 |
| NÃO SUS | 16 | 33 |

Fonte: Dados da Pesquisa

No presente estudo foram analisados os prontuários de 67 pacientes, do sexo feminino, com média de idade de $58,98 \pm 12,029$ anos diagnosticadas com câncer de mama e que realizaram tratamento oncológico no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE UFPEL) em 2011. A **Tabela 1** descreve os resultados encontrados.

Foram excluídas dezoito pacientes: dez por realizarem o diagnóstico de câncer em ano diferente ao estudado, uma porque residia em outra cidade, sete porque o prontuário estava incompleto. O fato de alguns prontuários estarem incompletos revela uma das limitações de estudos que utilizam dados secundários.

Das 49 pacientes incluídas no estudo as idades variaram entre 35 e 81 anos. A faixa etária predominante foi a dos 60 a 69 anos com 32% dos casos. A cor da pele predominante foi a branca com 84% dos casos, seguida de preta com 14%. Variáveis como estado civil (96%) e ocupação (78%) apresentaram altos índices de ausência dessas informações.

Quanto ao estadiamento 25% e 47% dos casos encontravam-se, respectivamente, nos estádios I e II, enquanto 28% do total apresentavam-se nos estádios III ou IV. Quanto a realização de exames 67% utilizaram o SUS.

Após análise estatística, observou-se que o maior intervalo de tempo no diagnóstico de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e o tratamento oncológico. A **Tabela 3** aponta as médias e medianas de tempo dos intervalos estudados.

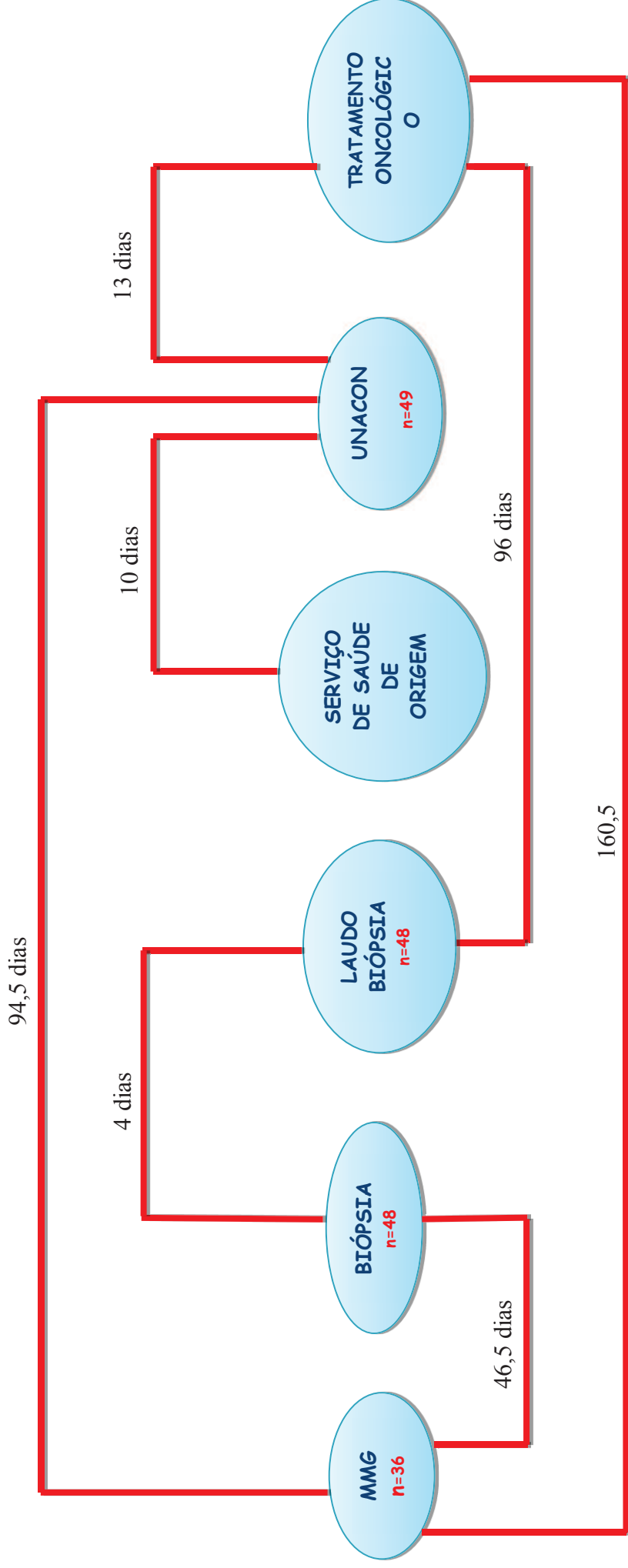
Tabela 2 - Médias e medianas de tempo - em dias - dos intervalos entre os eventos estudados

| INTERVALOS | MÉDIA | MIN - MÁX | MEDIANA |
|--------------------------------------|-------|-----------|---------|
| Mamografia ou Ultrassom - Biópsia | 87 | 1 - 322 | 46,5 |
| Biópsia – Resultado da Biópsia | 4 | 1 - 18 | 4 |
| Serviço de Saúde – Alta Complexidade | 15 | 0 - 120 | 10 |
| Consulta UNACON - Tto. Oncológico | 53 | 0 - 384 | 13 |
| Mamografia ou Ultrassom - UNACOM | 114 | 3 - 388 | 94,5 |
| Mamografia Ou USG – Tto. Oncológico | 185 | 28- 394 | 160,5 |
| Biópsia – Tratamento Oncológico | 106 | 11- 54 | 96 |

Fonte: Dados da Pesquisa

Não foram encontradas associações estatísticas significativas entre os intervalos de tempo entre as etapas de diagnóstico e tratamento e as variáveis pesquisadas.

Figura 8 - Medianas de Intervalo de Tempo entre Etapas Diagnóstica e Terapêutica



Fonte: Dados da Pesquisa

*O tempo total não corresponde a soma dos tempos parciais: # Medianas não necessariamente podem ser somadas.

Nem todos os pacientes percorrem o mesmo caminho.

Por problemas de registro nem todos os cálculos de mediana tem como base o mesmo ano

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO

7.1 IDADE

A idade das pacientes variou de 35 a 81 anos. Batiston (2009) encontrou intervalo entre 40 e 69 anos enquanto o estudo de Souza (2008) encontrou idades entre 24 e 88 anos.

Evidenciou-se no presente estudo que a média e a mediana de idade foram, respectivamente, de 58,9 e 60 anos, semelhante ao estudo de Souza (2008) que encontrou média e mediana de idade das pacientes entre 54,6 e 52,5 anos.

A média de idade nacional e mundial das pacientes portadoras de câncer de mama é acima de 50 anos. Estudos evidenciam que o aumento da idade representa um fator de risco para o câncer de mama, de modo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa (ROSA, 2012). A idade média encontrada no momento do diagnóstico foi de 58,9 anos, acima de 50 anos, corroborando com a média nacional e mundial e com os dados encontrados por Munhoz (2009) que foi de 53,7 anos, Batiston (2009) 52,4 anos, Resende et al (2009) de 54 anos.

Ainda, quanto à média de idade Martins (2009) determinou que 57% das pacientes tinham mais de 50 anos de idade, em nosso estudo esse dado corresponde a 71%.

No Brasil, para o período compreendido entre 1996 e 2000, dados de incidência dos registros de Câncer de Base Populacional de Goiânia, São Paulo e Manaus, indicam que 60 a 70% dos casos novos ocorreram na faixa etária compreendida entre 40 e 69 anos de idade (PETEL, 2006).

O câncer de mama tem maior prevalência em mulheres com idade acima de 45 anos. A faixa etária de maior incidência pode estar diretamente relacionada com um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, “a menopausa tardia”, porém, alerta-se que pode ser um fator importante, o que não significa dizer que seja necessariamente o principal. Conforme o Núcleo de Apoio a pacientes com Câncer (NACAPAN), o câncer de mama é mais comum na velhice, pois nosso corpo já acumulou várias lesões, devido a vários fatores, como o estresse, a poluição, a contaminação por diversos agentes cancerígenos e, somando-se a isso, tem suas defesas naturais enfraquecidas, em razão da idade avançada. (BOFF, SCHAPPO e KOLHS, 2010).

A faixa etária mais frequente foi a dos 60 aos 69 anos. Este resultado é semelhante a estudos internacionais que indicam que a faixa etária dos 50 aos 60 anos como a mais incidente (ROSA, 2012).

7.2 COR DA PELE

Com relação à cor da pele, a maioria das pacientes era de cor branca (84%). Em estudo realizado no Mato Grosso por Batiston (2009) as pacientes de cor branca totalizaram 47,3% da amostra.

7.3 ESTADO CIVIL E OCUPAÇÃO

Com relação à estado civil e ocupação não podemos fazer considerações e nem relacionar com outras variáveis, porque estas informações não são coletadas e, portanto, não estão disponíveis nos prontuários. Quanto à estado civil a ausência de informação é de 96% e no que se refere à ocupação é de 78%. O fato de se trabalhar com dados secundários coletados de prontuários é uma das limitações do estudo. Segundo Coeli (2010), as maiores desvantagens na utilização de dados secundários estão relacionadas à falta de padronização na coleta de dados, que afeta a qualidade dos dados registrados, a cobertura que pode variar no tempo e no espaço, e a falta de informações que podem ser importantes para as análises de interesse, incluindo variáveis de desfecho, explicativas, mediadoras, de confusão ou modificadoras de efeito.

7.4 ESTADIAMENTO

Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação, as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos (INCA, 2002).

As variáveis: idade, escolaridade, cidade de procedência, profissão, ocupação, estado civil, intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas podem ser consideradas fatores condicionantes para o estadiamento avançado do câncer de mama (ROSA, 2012).

O atual estudo encontrou que 75% das pacientes foram diagnosticadas em estádios avançados da doença, aquelas que pelo Sistema TNM são classificadas em estádios II, III e IV. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, tais como: Martins (2009) que obteve este resultado em 60 a 70% dos casos, Munhoz (2009) detectou 78,85%. A detecção da neoplasia em estágios avançados pode aumentar o risco de a mulher necessitar de tratamentos mais agressivos, como a mastectomia e tratamento adjuvante estendido, com o uso de várias substâncias tóxicas, gerando importante morbidade psicológica e redução na qualidade de vida (GONÇALVES et al, 2012). Elas podem estar sujeitas a menores taxas de sobrevida (ROSA, 2012).

Para os padrões europeus segundo a EBCN seria aceitável somente um percentual de 25% das pacientes diagnosticadas em estágio II ou mais (TSUNODA, 2011).

Com relação a sobrevida e estadiamento, pode-se afirmar que, quando diagnosticado em estágio III, a sobrevida foi diminuída em cinco anos, já que o risco de óbito nesse estágio pode ser de 7,18 vezes maior em relação ao estágio I. E que as chances de viver sem evidência de tumor foi de 45,0% maior entre às mulheres que tiveram a neoplasia classificada em estágio baixo (0, I, IIA) quando comparadas com aquelas classificadas em estágio alto (IIB, III, IV). (GONÇALVES et al, 2012)

No estágio I encontramos 25% dos casos, semelhante à Trufelli (2008) que obteve 25,7%. Para Macchetti (2007) os tumores com estágio 0 correspondem a 6,6% de todos os casos, com estágio I a 25,4%, com estágio II a 44,3%, com estágio III a 17% e com estágio IV à 6,6%.

Com relação aos outros estádios, considerados altos - II, III e IV, encontramos, respectivamente, 47%, 24% e 4%. As pacientes estudadas por Munhoz (2009) apresentaram estadiamento II (44,25%) e os casos em III (34,62%), ainda em relação ao estadiamento das mulheres no momento do diagnóstico, a maior proporção do estadiamento II e III também foi encontrada em outros estudos brasileiros. Trufelli (2008) conclui que 42,4% se encontravam no estágio II da doença, 25,8% no estágio III, e 6,1% no estágio IV. Segundo Boff, Schappo e Kolhs (2010), 33,3% apresentavam-se no estágio II, 18,5% estavam no estágio III, 7,4% no estágio IV. Câncer de mama foi diagnosticado em estágio 0 e I em 25% dos casos, já em fase avançada da doença (estádio clínico II, III e IV) em 51% dos casos (REZENDE, 2009). Os tumores classificados como estágio alto (IIB, III, IV) ocorreram com maior frequência, sendo de pior prognóstico e demonstrando o quão tardiamente ocorreram o diagnóstico do nódulo entre as mulheres do estudo, já que responderam por (48%) casos. Em estudo, realizado nos

Estados Unidos foram analisados mais de 12.000 casos de câncer, observando-se que 7,9% das mulheres tiveram diagnóstico nos estádios IIIC e IV (GONÇALVES et al, 2012).

7.5 REALIZAÇÃO DE EXAMES SUS E NÃO SUS

Podemos afirmar que, em função dos resultados obtidos em nosso estudo, há um longo período de tempo entre a solicitação e a realização dos exames. Em razão das dificuldades encontradas pelas pacientes para realizar, via SUS, as etapas diagnósticas, elas tem procurado por serviços particulares ou convênios.

Tendo em vista que a maior parte dos exames foi realizada em clínicas privadas, pode-se especular, para o presente estudo, que os serviços privados tenham tido um papel social importante, pois supriram o vazio deixado pelo setor público (REZENDE et al., 2009)

Em estudo realizado por Rosa (2012) algumas das pacientes investigadas (45%) tiveram tantas dificuldades para marcar exames e cirurgia pelo SUS que decidiram realizar estas etapas via recursos particulares, mesmo sendo de classe socioeconômica carente.

7.6 INTERVALOS DE TEMPO EM DIAS ENTRE OS EVENTOS ESTUDADOS

Quando estudamos os intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama procuramos parâmetros para fazer comparações e verificar se os tempos determinados por nós estavam de acordo com os referidos parâmetros.

Os parâmetros utilizados para comparação foram:

- Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004).
- Recomendações do INCA para Reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil (INCA, 2011)
- Lei Nº 12.732/2012 (ANEXO B).
- European Breast Cancer Network (EBCN).

7.6.1 Tempo 1 – Intervalo de tempo entre a realização da mamografia ou ultrassom e a realização da biópsia.

Esse dado nos permite avaliar o atendimento na atenção básica e na média complexidade. Entre o exame de imagem (MMG ou US) e a realização da biópsia o intervalo de tempo foi de 46,5 dias. Identificamos que esses níveis de atendimento estão contribuindo para que o diagnóstico precoce do câncer de mama seja retardado, ocasionando tratamento mais complexo, maiores taxas de morbidade e mortalidade e interferindo na qualidade de vida das pacientes. Para Trufelli (2008) o intervalo foi de 72 dias e para Rosa (2012) oscilou entre 0 e 64 dias. Segundo dados da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), da primeira consulta até a consulta após o resultado da MMG, as mulheres esperam no mínimo 70 dias.

Um dos maiores intervalos de tempo foi o encontrado entre a mamografia e a biópsia. Este achado reflete a necessidade de ampliação do número de profissionais de saúde especializados para atender o número elevado de casos de mulheres com câncer de mama. A ampliação do quadro destes profissionais agilizaria o diagnóstico e o início do tratamento, conseqüentemente estaria contribuindo para o diagnóstico precoce, para o desenvolvimento de tratamentos curativos, para redução dos gastos com as terapêuticas, para elevação das taxas de sobrevivência e redução da mortalidade (ROSA, 2012).

Baseados em dados do SISMAMA e do Ministério da Saúde, os autores estimam que apenas cerca de 9,6% da população brasileira de mulheres na faixa etária a partir dos 50 anos tenha realizado mamografia de rastreamento em 2010. Mesmo com os possíveis vieses dessa estimativa, e sem informações disponíveis do sistema privado, esta taxa está muito aquém dos 70% recomendados pela OMS. Dados do SISMAMA mostram que aproximadamente 1/3 das mamografias diagnósticas levam mais de 30 dias para serem interpretadas. (LEE et al, 2012)

7.6.2 Tempo 2 – Intervalo de tempo entre a realização da biópsia e a emissão de seu laudo.

Quando analisamos o intervalo de tempo entre a realização da biópsia e a emissão de seu laudo, obtivemos 4 dias, e para Rosa (2012) esse tempo variou entre 0 e 40 dias. Trufelli (2008) encontrou intervalo de 1 dia, embora os intervalos de atraso entre a biópsia e o

resultado do anatomopatológico da biópsia não sejam ideais, eles não parecem ser significativos em relação ao atraso total para o tratamento definitivo.

7.6.3 Tempo 3 – Intervalo de tempo entre a data da referência do serviço de saúde de origem e o cadastro na UNACON.

O hospital onde foi realizado nosso estudo, só agenda consulta e/ou tratamento oncológico para pacientes que tragam encaminhamento através de formulário denominado Sistema de Referência obtido após consulta na UBS. O intervalo de tempo entre a referência e a consulta na UNACON teve uma mediana de 10 dias, com variação entre 0 e 120 dias.

7.6.4 Tempo 4 – Intervalo de tempo entre a consulta na UNACON e o início do tratamento oncológico.

A data de início do primeiro tratamento específico para o tumor no hospital é aquela na qual foi administrado o primeiro tratamento antineoplásico específico para o tumor. Estabelecendo o intervalo de tempo transcorrido entre a data da primeira consulta no hospital e a data do primeiro tratamento, podemos ter um indicador de eficiência, infraestrutura e organização do serviço de saúde para essa população (SILVA, 2009).

A mediana do intervalo de tempo entre a consulta na UNACON e o início da quimioterapia foi de 13 dias, podendo variar entre 0 a 384 dias.

7.6.5 Tempo 5 – Intervalo de tempo entre a MMG ou USG e o cadastro na UNACON.

A média encontrada por Souza (2008) foi de 74 dias e a variação foi de 1 a 1545 dias. A mediana do intervalo de tempo entre o exame de imagem (MMG ou USG) e o cadastro na UNACON foi de 94,5 dias, com variação de 3 a 388 dias.

7.6.6 Tempo 6 – Intervalo de tempo entre a MMG ou USG e o início do tratamento oncológico.

Encontramos em nosso estudo um intervalo de tempo, entre a mamografia suspeita ou exame de imagem suspeita e o início da quimioterapia (terapia sistêmica), maior que 160 dias. Esse resultado é semelhante ao obtido por Trufelli (2008) que foi maior de 180 dias, este é o intervalo de tempo no qual potenciais micrometástases podem se implantar, tornando a doença metastática e geralmente incurável.

Para Souza (2008) o intervalo foi de 175 dias, em média, variando de 1 a 1580 dias. Os dados obtidos revelam que as pacientes estão levando muito tempo entre o início da procura do atendimento médico primário até o encaminhamento ao hospital de referência, visto que somente 40% das pacientes conseguiram o encaminhamento em um prazo de 30 dias. Esta demora pode ser relacionada à imprecisão do exame físico ou demora de métodos diagnósticos complementares. Maior brevidade no agendamento de métodos diagnósticos complementares contribuiriam para diminuir esta espera.

Montella e cols (2001, apud Souza, 2008, p.136), estudando mulheres italianas com câncer de mama, mostraram que 64% das pacientes foram submetidas a tratamento definitivo em menos de três meses após o início da procura médica especializada.

As recomendações científicas indicam que a cirurgia deve ser realizada até duas semanas após o diagnóstico e o tratamento até três meses após o surgimento dos sintomas, observa-se que os resultados ultrapassam o recomendado. Desta forma, os atrasos de tempo, achados neste estudo, indicam que as mulheres provavelmente terão taxas de sobrevida diminuídas e justificam o estadiamento avançado da doença na realidade investigada. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em estudos realizados em países desenvolvidos é de aproximadamente 30 dias. Esse intervalo oscila de 31 a 233 dias e o intervalo do sintoma ao tratamento oscila de 75 a 1.561 dias com mediana de 245 dias (ROSA, 2012).

7.6.7 Tempo 7 – Intervalo de tempo entre a biópsia e o início do tratamento oncológico.

O tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento mensurado através do tempo decorrido em dias, pode ser utilizado como um critério de eficiência dos

serviços de referência de especialidade, de acessibilidade aos serviços de saúde e de organização da instituição (SILVA, 2009).

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento tem sido apontado como indicador de qualidade do cuidado às pacientes com câncer de mama (INCA, 2012).

A data da quimioterapia quando comparada a data do laudo da biópsia resultou num intervalo de tempo de 96 dias, com tempo mínimo de 11 e máximo de 354 dias. Trufelli (2008) obteve como resposta 35 dias, com intervalo entre 13 e 627 dias. Rosa (2012) encontrou intervalo entre 164 e 460 dias.

A Lei 12.732/2012 (que entrará em vigor apenas em maio de 2013) é a única referência brasileira que se tem com relação a parâmetros para comparação de intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Ela determina que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até sessenta dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico - considera-se como primeiro tratamento a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia (BRASIL, 2012). Nossos achados estão bem distantes do recomendado por esta lei.

Resultados de estudos realizados no Brasil e em outros países, que calcularam o intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento, apresentaram os seguintes intervalos de tempo: estudo inglês – 27 dias; estudo italiano – 1-3 meses (65% dos casos); estudos canadenses – 34 dias; estudos brasileiros – superior a 90 dias (ROSA, 2012).

CAPÍTULO 8 - CONCLUSÃO

Das 49 pacientes incluídas no estudo as idades variaram entre 35 e 81 anos. A faixa etária predominante foi a dos 60 a 69 anos com 32% dos casos. A cor da pele predominante foi a branca com 84% dos casos, seguida de preta com 14%. Variáveis como estado civil (96%) e ocupação (78%) apresentaram altos índices de ausência dessas informações. Quanto ao estadiamento o estágio I apresentou 25% dos casos, o estágio II 47%; já nos estágios III e IV foram encontrados, respectivamente, 24% e 4%. Com relação aos casos diagnosticados em estágios avançados da doença identificamos 75% das pacientes nessa condição. Quanto a realização de exames 67% utilizaram o SUS.

Com relação aos intervalos de tempo entre as etapas diagnóstica e terapêutica, a maioria das pacientes estudadas leva muito tempo entre a atenção primária até o encaminhamento ao serviço terciário.

O Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama instituído em 2004 apresenta as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde. Porém, não cita intervalos de tempo mínimos para serem seguidos, apenas implanta o rastreamento mamográfico.

Em se tratando de parâmetros para comparação de intervalos de tempo as referências brasileiras são a Recomendações do INCA para Reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil (INCA, 2011) e a Lei Nº 12.732/2012 (ANEXO B).

O INCA (2011) divulgou as Recomendações para Reduzir a Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil. Esperava-se que, por meio da ampla difusão de evidências científicas e da mobilização e participação social, essas recomendações pudessem ser incorporadas na atenção às mulheres e contribuir para o avanço do controle do câncer de mama no Brasil. Foram 14 recomendações, dentre elas, algumas que se referem, especificamente, a intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento. A referida recomendação é muito importante, embora não tenha “força” de lei, por isso acreditamos que os intervalos recomendados não vinham sendo seguidos. Mas, convém salientar, que é uma recomendação de extrema relevância técnica, porque provem de um órgão do ministério da saúde que reúne a maior experiência em tratamento de câncer.

A Lei Nº 12.732/2012, que entrará em vigor a partir de maio de 2013, determina que o paciente com neoplasia maligna tenha direito de se submeter ao primeiro tratamento no

SUS, no prazo de até sessenta dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Para fins desta lei considera-se como primeiro tratamento a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. Nossos achados estão bem distantes do recomendado por esta lei. Podemos concluir que a partir do momento em que essa lei passar a vigorar, teremos um parâmetro para comparação e amparo legal para exigir do Estado, que tem como dever cuidar da nossa saúde, que cumpra a legislação vigente.

No que diz respeito aos intervalos de tempo entre etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama, a única referência internacional encontrada foi a européia. O documento elaborado pela EBCN estabeleceu normas de implementação e controle de qualidade dos programas de rastreamento mamográfico europeu, e indicadores para tempo em dias úteis entre etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama e proporção de câncer detectado no estágio II ou mais.

O quadro abaixo compara os dados encontrados em nosso estudo, com relação a intervalos de tempo e proporção de câncer detectado no rastreamento estágio II ou mais, com os parâmetros da EBCN. Lei 12.732/12 e a Recomendação do INCA de 2011.

Tabela 3 - Quadro comparativo entre resultados do estudo com os parâmetros da EBCN, INCA e Lei 12.732/2012

| INDICADORES DE QUALIDADE | ESTUDO | EBCN* | LEI | INCA |
|----------------------------------|---------------|--------------|------------|-------------|
| Estadiamento | | | | |
| II ou + | 76% | 25% | ----- | ----- |
| Tempo em dias úteis entre | | | | |
| Biópsia e respectivo laudo | 4 | ≤ 10 | ----- | ----- |
| Diagnóstico | 116** | ----- | ----- | 60 |
| Diagnóstico e tratamento | 96 | ----- | ≤ 60 | 90 |

* Nível aceitável

** 70 dias até MMG + 46 dias entre MMG e Biópsia = 116 dias

Fonte: Dados da Pesquisa

Quando comparamos nossos resultados, no que se refere ao intervalo de tempo entre o diagnóstico firmado pela biópsia e o início do tratamento encontramos 96 dias, quando o

preconizado pela Lei 12.732/12 é de no máximo 60 dias, idêntico ao referido na recomendação do INCA.

Toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas deve ter direito a receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias, assim está escrito na recomendação do INCA. Se compararmos nossos achados com esta recomendação estamos fora dos parâmetros, mesmo tendo encontrado 46 dias entre a realização da mamografia e da biópsia. Porém, segundo dados da FEMAMA, da primeira consulta até a consulta após o resultado da MMG, as mulheres esperam no mínimo 70 dias. Então, temos que acrescentar aos nossos 46 dias mais 70, o que totaliza 116 dias.

Em se tratando de estadiamento a EBCN considera aceitável encontrar 25% das pacientes com câncer de mama no estágio II ou maior que este, encontramos 76%, um índice três vezes maior que o preconizado. Quanto ao intervalo de tempo entre a realização da biópsia e a emissão de seu laudo o recomendado é que seja inferior ou igual a 10 dias, nós encontramos 4 dias, portanto estamos dentro dos padrões da EBCN.

Devem ser realizados mais estudos para reunir dados que comprovem a necessidade da criação de lei que determine um prazo mínimo e máximo para realização do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Para a realização da detecção precoce do câncer de mama – que reduz as taxas de mortalidade e melhora a qualidade de vida das doentes - é necessário que os programas de rastreamento instituídos pelo Documento de Consenso de 2004 sejam implantados e seguidos. O sistema público necessita de uma maior integração entre os níveis primários, secundários e terciários o que a Portaria 2439/05 já definia quando instituiu a PNAO.

Portanto, diante dos resultados encontrados é necessário que se diminuam os tempos entre os diferentes momentos que formam a linha de cuidado da paciente com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sueli Batista de. **A trajetória de mulheres com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda / Sueli Batista de Almeida. – 2009. 138f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 865-884. ISSN 1413-8123.

BARROS, Ângela Ferreira; UEMURA, Gilberto; MACEDO, Jefferson Lessa Soares de. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **FEMINA**, Janeiro/Fevereiro, 2012, vol. 40, nº. 1, p. 31-36.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n.4, p229-332, out./dez. 2007. Disponível em <<http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acessado em 16 fevereiro 2013.

BATISTON, Adriane Pires. **Deteção precoce do câncer de mama**: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da estratégia de saúde da família em Dourados/MS. UFMG, 2009 tese doutorado, 128p.

BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Trad. De Juraci A. César, Bernardo Lessa Horta e Iná da Silva Santos. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004.

BOFF, Adriana; SCHAPPO, Cristiane Regina; KOLHS, Marta. **Câncer de mama**: perfil demográfico e fatores de risco. R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina-Brasil, v.3, n. 1, jan./jun. 2010, p. 21-31.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em 18 julho 2011.

_____. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em 10 de novembro de 2011.

_____. Ministério da saúde. **Lei 8080/90 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acessado em 20 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: 128p., 1997. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf61>>. Acessado em 10 de Novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer do Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. 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, 2004. 254p.

_____. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acessado em 20 fevereiro 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a **Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos**, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas [legislação na Internet]. Brasília; 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acessado em: 18 julho 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos Cânceres Do colo do útero e da mama 2005 – 2007**. Diretrizes estratégicas. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 344p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Caderno de Atenção Básica n.º13 Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd13.pdf>. Acessado em: 18 julho 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 72p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde); (Série Pactos pela Saúde, 2006, v.8). Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/da_excepcionalidade_as_linhas_de_cuidado_o_ceaf.pdf. Acessado em 11 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – **2010 Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais.**100 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde/. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 1**).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 124 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2**). ISBN: 978-85-89545-62-4

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3**)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4**)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 132 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 8**). ISBN: 978-85-89545-68-6

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 126p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10**) ISBN: 978-85-89545-70-9.

_____. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 132 p. – (**Relatório de auditoria operacional**)

_____. **Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato_2001-2014/.../Lei/L12732.htm>. Acessado em 02 março 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde SUS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acessado em: 18 julho 2011.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais:** os pólos da prática metodológica. Trad. De Ruth Joffily. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991.

CARNEIRO, Angélica C. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção de saúde.** Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2010, 289p.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de saúde:** fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES: UAB, 2010. 82p.

CARVALHO, Profa. Dra. Denise Siqueira de. Método epidemiológico. **Apostila de Epidemiologia.** Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, 2005). Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA7tEAE/apostila-epidemiologia>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2013.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 2002. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Relatório.** Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/2002%200574%20O%20desenvolvimento%20do%20sistema%20FAnico%20de%20sa%FAde%20\(miolo\).pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/2002%200574%20O%20desenvolvimento%20do%20sistema%20FAnico%20de%20sa%FAde%20(miolo).pdf)>. Acesso em 20 de maio de 2012.

COELI, Cláudia Medina. Sistemas de informação em saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6.

DALLARI, Sueli G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol. 22, n.1, São Paulo, fev. 1988.

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41(5): 865-68.

ESTEVES, Ana Paula Vieira dos Santos; GOMES, Natacha Dallis; MATSUMOTO, Kelly Maria da Silva et al. **Linha de cuidado:** o estado da arte na visão de quem desenha. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e I Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal 2011. Disponível em:

<http://www.redesindical.com.br/ABENFO/VIICOBEOON_ICIEON/files/0484.pdf>.
Acessado em 11 de junho de 2012.

FLEURY, Sônia (organizadora). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial, 1997. A questão democrática na saúde pag. 26.

FRANCO, Camila. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2010. Disponível em: <<http://ww.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf+linha+de+cuidado+camila&hl=pt-BR>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, Emerson E.; FRANCO, Tulio B. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004, 2 ed., p. 125-33.

FUNCAMP. Fundação Desenvolvimento da UNICAMP. Projeto QUALISUS. **Relatório técnico contendo os guidelines selecionados e as respectivas linhas de cuidado**. Junho 2008. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Guidelines_2.pdf>. Acesso em 04 abr. 2012.

GASPERIN, Simone Iara. **Cobertura e fatores associados aos exames de detecção precoce do câncer de colo do útero e mama em Florianópolis, SC, 2009** [dissertação]: um estudo transversal de base populacional / Simone Iara Gasperin; orientador, Emil Kupek. – Florianópolis, SC, 2010. 208 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

GEBRIM, Luiz H. QUADROS, L. G. Rastreamento mamográfico no Brasil. RBGO. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v, 28, p. 319-323, 2006.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M DA. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, ano XXVI, v. 26, n. 60, jan./abr., 2002.

GIULIANO, Armando E. Mama. In. WAY, Lawrence W.; DOHERT, Gerard M. **Cirurgia: Diagnóstico & Tratamento**. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.p 264-280.mm

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição; Lima, Amanda Vitória de; Britto, Elisângela da Silva; et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):362-7.

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição; SANTOS, Simone Barbosa; MARINHO, Emily Carvalho; ALMEIDA, Ana Maria de; SANTOS, Alessandro Henrique da Silva; BARROS, Ângela Maria Melo Sá; FAKHOURI, Ricardo. **Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infânt., Recife, 12 (1): 47-54 jan./mar., 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HAKANA, M.; AUVINEM, A.; DAY, N. E.; MILLER, A. B. The peculiar age specific incidence curve for cancer of the breast-Clemmesen's hook. **Med Screen**, 2007: 14(4): 174-7. HUMENHUK, Hesterston. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/revista/texto/4839>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 66 págs.

_____. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov>>. Acessado em 09 setembro 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade do câncer de mama**. Informativo Vigilância do Câncer, n.2, janeiro/abril 2012, p. 1-12. Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/control_cancer>. Acessado em 03 março 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Última Atualização: 06/02/2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_control_cancer_mama/tratamento>. Acessado em 03 março 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p. : il. ISBN 978-85-7318-187-6 (versão impressa). ISBN 978-85-7318-188-3 (versão eletrônica)

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil 2011**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_dez_2011.pdf>. Acessado em 08 março 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil**: balanço 2012/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2012. 52 p.: il. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_dez_2012.pdf>. Acessado em 08 março 2013.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida da; NAVES, Maria Margareth Veloso. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(7): 1259-1270, jul. 2011.

KLIGERMAN, Jacob. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Bras de Cancerologia**. v.48, n.1, p.3-7, 2002.

LAGO, T. Di G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil**. 2004. 180f. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, IFCH. Campinas, 2004.

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Grupo de pesquisa do CNPQ. **Relatório técnico**: modelos tecno assistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado. Julho de 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/LAPPIS_Modelos.pdf>. Acesso em 04 abr. 2012.

LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. **Quem somos**. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2006. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2>>. Acesso em: 04 mar 2013.

LAURELL, Asa Cristina. **Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos**. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. p. 83-101.

LEE, Brittany L.; LIEDKE, Pedro E. R.; BARRIOS, Carlos H.; et al. Breast cancer in Brazil; present status and future goals. **Lancet Oncol**. 2012; 13: e95-102.

LEITE, Keily Cristiny Azevedo; ANDRADE, Suellen Nóbrega de. **Produção de Estratégias para Estimular a Adesão ao Auto-exame das Mamas entre as Mulheres do Município de Araguaína**. 61ª Congresso Brasileiro de Enfermagem- Trabalho 47. Araguaína. Nov/2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00748.pdf+produção+de+estratégias+para+estimular+a+adesão+ao+auto-exame+das+mamas&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADc7>.

LIMA, Isabel M. S. O. **Direito à vida e a saúde**. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3direitoavida_e_a_saude>. Acessado em 18 de Novembro de 2011.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MACHADO, Felipe R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p. 355-371, jul/out 2009.

MACCHETTI, Alexandre Henrique. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de São Carlos. **Medicina Ribeirão Preto** 2007; 40 (3): 394-402; jul./set.

MARSHAL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MARTINO, Luiz Vicente Souza; BOTAZZO, Carlos. **Acesso e saúde bucal na Baixada Santista**. 2008, p. 173-191. In: Elaborado por: Ana Maria da Silva – IS. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista / Organizado por Maria Mercedes Loureiro

Escuder, Paulo Henrique Nico Monteiro e Ligia Rivero Pupo. Sao Paulo: Instituto de Saude, 2008. 215p. (Temas em Saude Coletiva, 8) ISBN 978-85-88169-12-8Disponível em <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3020.pdf>>. Acessado em 19 fevereiro 2013.

MARTINS, Edésio; FREITAS JÚNIOR, Ruffo; CURADO, Maria Paula; et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2009; 31(5): 219-23.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de Marketing**. 5. ed. São Paulo: Atlas, p. 199, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MATTOS, U. A. O.; PORTO, M. F. S. e FREITAS, N. B. B. **Novas tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde, meio ambiente. Saúde, meio ambiente e condições de trabalho – conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: CUT/Fundacentro, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial/ Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. – Belo horizonte: ESPMG, 2009. Guia do Participante.56 p. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS_oficina-2_tutor_101109_BAIXA.pdf>. Acessado em 07 março 2013.

MINAYO, Maria C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In: FILHO, A.A. & MOREIRA, M. C. G. B. (orgs.). **Saúde trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 1997, p 31-39.

MOURA, Fernanda M.J.S.P. et al. Os Sentimentos das Mulheres Pós-Mastectomizadas. Escola Anna Nery – **Revista de Enfermagem**.- Rio de Janeiro.V.14, n.3, p.477- 484, Jul/Set 2010.

MUNHOZ, Carlos Airton Severo. **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.

NOBRE, Patrícia F. da S. **Estado e direito à saúde**: considerações sobre a formalização do direito sanitário e sobre o conceito de vigilância sanitária. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006, 71p.

NOGUEIRA, Vera M. R., PIRES, Denise E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3): 753-760, mai.-jun., 2004.

NOGUEIRA, Vera M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002, 347 f.

NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema único de saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, Evangelina X.; PINHEIRO, Rejane S.; NORONHA, C. P.; CARVALHO, Marília Sá. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, 2011, Fev.: 27(2): 317-26.

OLIVEIRA, Raquel Santos de. **Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação de usuários em Olinda/PE**. Faculdade de Ciência Médicas Aplicadas de Campina Grande/PB, 2008.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses. 2. ed.. São Paulo: Pioneira, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: 2010, 232p.:il. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acessado em 11 de junho de 2012.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista The Lancet** [on line], 9 de maio de 2011, p.11-31. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acessado em 24 novembro 2012.

PEIXOTO, João E; CANELLA, Ellyete; AZEVEDO, Adeli C. **Mamografia**: da prática ao controle. Rio de Janeiro, INCA, 2007.

PETEL, Luciana Alt. **Conhecimentos dos alunos do internato do curso de graduação em medicina sobre detecção precoce do câncer de mama** / Luciana Alt Petel. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2006. Orientador: Hilton Augusto Koch. Dissertação (mestrado) -- UFRJ, Faculdade de Medicina.

PIRHARDT, Catia Regina; MERCÊS, Nen Nalú Alves das. Fatores de risco para o câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):102-6.

REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto; FIGUEIREDO, Juliana de Almeida; THULER, Luiz Claudio Santos. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2009; 31(2): 75-81.

REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues. **Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama**. Rio de Janeiro: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde/Faculdade de Medicina/Departamento de Radiologia, 2010. 53 f., Dissertação (Mestrado).

RIOS, Roger R. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n.31, agosto 2009. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html>. Acessado em 06 dez. 2011.

ROSA, Luciana Martins da. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. Tese. UFSC 2012. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antonio dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. cienc. prof.**, v.23, n.4 Brasília dez. 2003

ROTOLI, Adriana. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer**: assimetrias no atendimento em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre 2007.

SES/SP. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera. / Organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-orientacao-gestor-implantacao-linha-cuidado-gestante-puerpere-sus.pdf>>. Acessado em 11 de junho de 2012.

SANTOS, Lenir. **Saúde**: conceito e atribuições do sistema único de saúde. Jus Navigandi, ano 10, n.821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/revista/texto/7378/saude-conceito-e-atribuicoes-do-sistema-unico-de-saude>>. Acessado em 10 de Novembro de 2011.

SANTOS, Lenir and ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.3, pp. 1671-1680, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/02.pdf>>. Acessado em 19 de Fevereiro de 2013.

SERRA, Carlos Gonçalves. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS**: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no estado do Rio de Janeiro. Tese. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, Lucia Cecília da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, Jun 2008.

SCLIAR, Moacir. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1):29-41, 2007

SILVA, G. R. da S. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, 28(2): 31-35, 1973.

SILVA, Priscilla Ferreira e. **Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória – ES: influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento.** Priscila Ferreira e Silva – 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2009, 122 f.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil.** / Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva. - 2012. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção especializada ambulatorial. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SOUZA, Vanessa Oliveira de; GRANDO, João Paulo Souto; COUTO FILHO, José d'Oliveira. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). **Revista Brasileira de Medicina**, Mai/2008, V.65, N.5. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3763>. Acessado em 20 de Maio de 2012.

STEIN, Airton Tetelbon; ZELMANOWICZ, Alice de Medeiros; ZERWES, Felipe Pereira; BIAZUS, Jorge Villa Nova; LÁZARO, Lígia; FRANCO, Luciane Rampanelli. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Rev. da AMRIGS**. v. 53, n. 4, p.438-446, 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio (Coord.). **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil** / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172 p.

THULER, Luiz Claudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.49, n.4, p. 227-238, 2003.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

TRUFELLI, Damila Cristina; MIRANDA, Vanessa da Costa; SANTOS, Maria Beatriz Brisola dos; et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2008; 54(1): 72-6.

TSUNODA, Audrey Ticko. **Estudo de indicadores de qualidade nas mulheres com câncer de mama detectado pelo programa de rastreamento mamográfico do Hospital de Câncer de Barretos**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VAITZMANN, J. Saúde, cultura e necessidades, 1992. In: FLEURY, Sônia (org.) **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992, p. 157-173.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VETTORE, Mario; LAMARCA, Gabriela. **O câncer de mama no Brasil: um problema de saúde pública que exige superação de barreiras físicas, sociais, econômicas e psicológicas**. Rio de Janeiro: DSS Brasil. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/2011/12/o-cancer-de-mama-no-brasil-um-problema-de-saude-publica-que-exige-superacao-de-barreiras-fisicas-sociais-economicas-e-psicologicas/>>. Acessado em 20 de fevereiro de 2013.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais** [manuscrito]. Belo Horizonte: 2010. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 123f.: il.

WAGNER, Frederick B. Jr. História das doenças da mama e do seu tratamento. In: BLAND, Kirby I.; COPELAND, Edward M. **A Mama: Tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas**. Manole. p. 1-18, São Paulo: 1994.

WANDERLEY, K. da S. **Aspectos Psicológicos do Câncer de Mama**. In: Carvalho, M. M. M. L. *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy, 1994, pp. 95-101.

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA MS/GM Nº 2.439, de 08 de DEZEMBRO DE 2005

Ministério da Saúde

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_...

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.439, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

Considerando o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;

Considerando a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

I - desenvolver 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;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - 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;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - 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;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4º Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO B – LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012

L12732

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12...


Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.

Vigência

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DILMA ROUSSEFF
 José Eduardo Cardozo
 Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.11.2012

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO | |
|---|-------------------------------|
| 1. Nome do entrevistado: _____ _____ | |
| 2. Data de nascimento __/__/____ | dn __/__/____ |
| 3. Idade ___ anos completos | id ___ |
| 4. Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN | cor_ |
| 5. Escolaridade: (01) Não sabe ler/escrever (02) Alfabetizado (03) 1º Grau incompleto (04) 1º Grau completo (05) 2º Grau incompleto (06) 2º Grau completo (07) Superior incompleto (08) Superior completo (10) Pós- graduado (99) IGN | escol_ |
| 6. Estado civil: (01) Casada (04) União consensual (07) Outros (02) Solteira (05) Separada (08) IGN (03) Divorciada (06) Viúva | estcivil__ |
| 7. Endereço: | |
| 8. Ocupação: CBO | ocup___ |
| BLOCO B – INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA E TRATAMENTO | |
| 9. Estádio: (01) I (02) II (03) III (04) IV (05) IGN | estadio__ |
| 10. Data da ultrassonografia __/__/____ | dataultra __/__/____ |
| 11. Data da mamografia __/__/____ | datamamo __/__/____ _____ |
| 12. Data da entrada da biópsia no laboratório __/__/____ | dentbiop __/__/____ |
| 13. Data da saída da biópsia do laboratório __/__/____ | dsaibiop __/__/____ |
| 14. Data encaminhamento UBS – UNACON __/__/____ | ubsuna __/__/____ |
| 15. Data cadastro UNACON __/__/____ | caduna __/__/____ |
| 16. Data início tratamento quimioterápico __/__/____ | ttoquimio __/__/____ _____ |

APÊNDICE B – CADASTRO NA PLATAFORMA BRASIL

Plataforma Brasil

<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/ger...>

Saúde

BRASIL

[principal](#) [ajuda on-line](#) [ajuda](#) [sair](#)

SÔNIA HELENA PETERS - Pesquisador | V2.12

Cadastros

Sua sessão expira em: 38min 55

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica - PNAO e o Câncer de Mama: caminho percorrido do diagnóstico ao tratamento quimioterápico.
Pesquisador: SÔNIA HELENA PETERS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 03818312.7.0000.5339
Submetido em: 15/09/2012
Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA(SPAC)
Situação: Aprovado
Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Documentos Postados do Projeto

| Tipo Documento | Situação | Arquivo | Postagem |
|---|----------|--|---------------------|
| Parecer Consubstanciado do CEP | A | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_80882.pdf | 23/08/2012 18:23:29 |
| Interface REBEC | A | PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml | 15/08/2012 14:38:07 |
| Projeto de Pesquisa | A | PB_RELATORIO_PESQUISA_38183.pdf | 15/08/2012 14:38:01 |
| Outros | A | ENDEREÇO_LATTES.pdf | 13/08/2012 17:55:07 |
| Folha de Rosto | A | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 13/08/2012 17:52:35 |
| TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | A | TERMO_CONSENTIMENTO_05_ABR-2012.docx | 23/05/2012 00:01:29 |

[Listar Todos »](#)

Tramitação:

| CEP Trâmite | Situação | Data Trâmite | Parecer | Informações |
|--|---------------------------------|--------------|-----------|--|
| CONEP | Submetido para avaliação do CEP | 23/05/2012 | | |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Rejeição do PP | 29/05/2012 | | Boa tarde, Solicitamos complementar os seguintes d... Ver mais>> |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Submetido para avaliação do CEP | 14/08/2012 | | |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Rejeição do PP | 14/08/2012 | | Boa tarde, Solicitamos que seja alterada a coteia... Ver mais>> |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Aceitação do PP | 15/08/2012 | | |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Submetido para avaliação do CEP | 15/08/2012 | | |
| Universidade Católica de Pelotas - UCPel | Parecer liberado | 23/08/2012 | De acordo | |

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

[Voltar](#)
[Enviar Notificação](#)

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Pelotas - UCPel

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica - PNAO e o Câncer de Mama: caminho percorrido do diagnóstico ao tratamento quimioterápico.

Área Temática:

Pesquisador: SÔNIA HELENA PETERS

Versão: 1

Instituição: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

CAAE: 03818312.7.0000.5339

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Numero do Parecer: 80982

Data da Relatoria: 23/08/2012

Apresentação do Projeto:

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto é exequível e oportuno.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma correta.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

*Portuguê
cópia para
Márcia em
280912
SP*

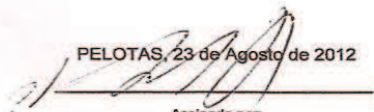
FALHA DEPROC. EDUCACIONAL

*Recebido
em 280912
SP*

Resolução Final a critério do CEP:

De acordo.

PELOTAS, 23 de Agosto de 2012



Assinado por:
VILSON JOSE LEFFA

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

mbr

http://webmail.fau.com.br/zimbra/h/printmessage?id=69623&xim=1




Zimbra educacao@fau.com.br

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/FAU)

De : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS
<educacao@fau.com.br> Seg, 03 de Set de 2012 13:28

Assunto : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/FAU) ✉ Maicon ✉ Cláudia

Para : educacao@fau.com.br

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPel/ FAU)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades, para o desenvolvimento de pesquisa.

Documento nº: 00376/12

Título do trabalho: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA-PNAO E O CÂNCER DE MAMA: CAMINHO PERCORRIDO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Registro/ Comitê Ética: SIM Qual comite: UCPEL Nº Registro: 80.982

Autor principal: SÔNIA HELENA PETERS

Formação: ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA

Colaboradores: ORIENTADOR PROF. DR. SANDRO SCHREIBER OLIVEIRA

Tipo de trabalho: PROJETO DE PESQUISA

Instituição vinculada: UCPEL

Objetivo principal do trabalho: DESCREVER A TRAJETÓRIA DA PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO, QUANTIFICANDO O TEMPO GASTO ATÉ CHEGAR AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, ATRAVÉS DA ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS.

Área principal: PSICOLOGIA **Outra:** POLÍTICA SOCIAL

Tipo de pesquisa: PESQUISA DE INTERESSE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Recursos / Modalidade : FINANCIAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS

Despesas (descrever as principais Pf, Pj e etc): MATERIAL DE EXPEDIENTE(FOLHAS DE OFÍCIO, CARTUCHO PARA IMPRESSORA)
TOTAL:R\$ 500,00

Data prevista para início: 20/09/2012, **data prevista para término:** 30/12/2012 (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Local para aplicação: HOSPITAL ESCOLA

Setor / serviço: ONCOLOGIA

Público Alvo: PACIENTES COM CA DE MAMA

Nº da amostra: 70

Carga Horária necessária / dia: não se aplica

Periodicidade: DIÁRIA

Turnos: NÃO SE APLICA

Horários: não se aplica

Nº. de participantes que realizarão coleta de dados: não se aplica

Obs: O Autor Principal deverá enviar a relação dos participantes para o e-mail educacao@fau.com.br após a aprovação do CEP.

Data da solicitação: 03/09/12

Nome do responsável pela solicitação: SÔNIA HELENA PETERS

3/9/2012 13:55

CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER

Nº do documento:00376/12

Data / recebimento: 03/09/12

Encaminhamento para unidade/ serviço / setor):

Pedimento para de Condicionap mudap do servico de
Oncologia do HE e Servico de Psicologia vinculado
ao local. Com comprometimento do equipe multiprofissional.

Data / encaminhamento: 01/08/12

Assinatura e carimbo / Chefia / Área: Oncologia

Alessandra R.M. de Castro
GERENTE DE SERVIÇOS
-FAU-

Data / recebimento: 27/09/2012

Parecer / área: Oncologia

Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisadas questões físicas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.

Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.

Encaminhamento para parecer do departamento / serviço:

Solicitado que sejam analisadas questões referente a

Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

[Handwritten signature and stamp]

Carimbo
Tais Medeiros
Psicóloga
CRP 07117114
03/09/12

Data / encaminhamento: 28/09/12

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Data / recebimento: 28/09/12

Outro / parecer: Anestesiologia / Oncologia

Área:

Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

Jaqueline Bicca Siqueira
Enfermeira
COREPROS 71347
01/10/12.

Data / encaminhamento: 03/10/12

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Parecer Final / Direção (A **autorização** para realização desta pesquisa está **condicionada** a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros no Deptº. de Educação.)

Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP

Com restrições / Motivo:

Não aprovado

Diretor:

Em: 04/10/12

Dr. Carlos Augusto Tavares
DIRETOR GERAL
HE/UFPel

Recbi
em
08/10/12