

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

ARIANE MARIA CANTAGALLO CLARO
GABRIELA DE OLIVEIRA MAZZONI

MARINGÁ – PR
2022

Ariane Maria Cantagallo Claro
Gabriela de Oliveira Mazzoni

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA**

Artigo apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Universidade Cesumar –
UNICESUMAR como requisito parcial para a
obtenção do título de bacharel(a) em Medicina,
sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Aliny de Lima
Santos

MARINGÁ – PR

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ariane Maria Cantagallo Claro

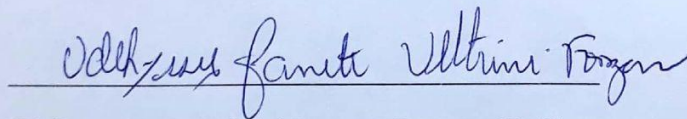
Gabriela de Oliveira Mazzoni

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Medicina da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr^a. Aliny de Lima Santos

Aprovado em: 28 de Outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Udelisses Janete Veltrini Fonzar - Doutora, UniCesumar

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Ariane Maria Cantagallo Claro

Gabriela de Oliveira Mazzoni

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender as motivações que dificultam o acesso aos serviços de saúde das pacientes portadoras de câncer de mama, nos âmbitos de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Para atingir tal objetivo, a metodologia adotada consistiu em uma revisão integrativa com base em trabalhos científicos pesquisados nas bases de dados SciELO, PubMed, DOAJ, LILACS e Web of Science, utilizando-se como descritores “Acesso à saúde no câncer de mama”, “Rastreamento no câncer de mama”, “Diagnóstico no câncer de mama”, “Tratamento do câncer de mama”, “Acesso aos serviços de saúde no Brasil”. Diretrizes, relatos de caso, artigos duplicados, de revisão, que não abordaram o tema proposto, que abordaram o assunto “mortalidade” ou que não responderam à pergunta-guia do estudo não foram incluídos. A análise dos resultados se deu por meio de semelhança destes respondendo a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os motivos que dificultam o acesso à assistência em saúde, do rastreamento ao tratamento, no câncer de mama?”. Foi demonstrado, portanto, que fatores sociodemográficos como escolaridade, renda, cor, estado civil e idade, localização das pacientes e da oferta de serviços, fatores relacionados à gestão do serviço, ao tipo de tratamento e às políticas públicas, apresentam-se como fatores causadores de iniquidades em saúde. Espera-se que a pesquisa sirva como ponto de partida para aprofundamentos e mudanças resolutivas passíveis de aplicação prática, no intuito de impactar positivamente a revisão de políticas públicas, garantindo o pleno acesso aos serviços de saúde às pacientes portadoras da doença e usuárias do SUS.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Atraso. Serviços de saúde.

INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST CANCER

ABSTRACT

O presente estudo teve como objetivo compreender as motivações que dificultam o acesso aos serviços de saúde das pacientes portadoras de câncer de mama, nos âmbitos de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Para atingir tal objetivo, a metodologia adotada consistiu em uma revisão integrativa com base em trabalhos científicos pesquisados nas bases de dados SciELO, PubMed, DOAJ, LILACS e Web of Science, utilizando-se como descritores “Acesso à saúde no câncer de mama”, “Rastreamento no câncer de mama”, “Diagnóstico no câncer de mama”, “Tratamento do câncer de mama”, “Acesso aos serviços de saúde no Brasil”. Diretrizes, relatos de caso, artigos duplicados, de revisão, que não abordaram o tema proposto, que abordaram o assunto “mortalidade” ou que não responderam à pergunta-guia do estudo não foram incluídos. A análise dos resultados se deu por meio de semelhança destes respondendo a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os motivos que dificultam o acesso à assistência em saúde, do rastreamento ao tratamento, no câncer de mama?”. Foi demonstrado, portanto, que fatores sociodemográficos como escolaridade, renda, cor, estado civil e idade, localização das pacientes e da oferta de serviços, fatores relacionados à gestão do serviço, ao tipo de tratamento e às políticas públicas, apresentam-se como fatores causadores de iniquidades em saúde. Espera-se que a pesquisa sirva como ponto de partida para aprofundamentos e mudanças resolutivas passíveis de aplicação prática, no intuito de impactar positivamente a revisão de políticas públicas, garantindo o pleno acesso aos serviços de saúde às pacientes portadoras da doença e usuárias do SUS.

Keywords: Breast cancer. Delay. Health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma demonstrativo do processo de seleção dos artigos.....	13
Quadro 1: Artigos incluídos no estudo após seleção descrevendo seus respectivos autores, ano de publicação, periódico e base de dados.....	13

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	11
3. RESULTADOS	12
4. DISCUSSÃO	19
4.1 Fatores sociodemográficos que influenciam no acesso à saúde do câncer de mama.....	19
4.2 Fatores relacionados à gestão do serviço que influenciam no acesso à saúde no câncer de mama.....	25
4.3 Fatores relacionados às características clínicas e ao tratamento do tumor que influenciam no acesso à saúde no câncer de mama.....	26
4.4 Fatores relacionados às políticas públicas que influenciam no acesso à saúde no câncer de mama.....	27
5. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A	34

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui um grupo heterogêneo de neoplasias da mama que acometem mulheres (e em menor número homens) por todo o mundo, recentemente eleito como o tipo de câncer mais comum (1). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número estimado de casos incidentes no mundo inteiro ultrapassou 2.261.000 casos no ano de 2020, vitimando mais de 684 mil acometidos (2). Desses casos, mais de 66 mil diagnósticos pertencem ao Brasil (2). Com exceção do câncer de pele não-melanoma, o câncer de mama corresponde ao tipo mais frequente em todas as regiões do país, com maiores taxas nas regiões Sul e Sudeste e menor taxa na região Norte (3).

O rastreamento para o câncer de mama na população é indicado na faixa etária de 50 a 69 anos bianualmente e realizado através de mamografia, haja vista seu considerável índice de risco-benefício, com embasamento científico apontando que tal medida na faixa etária citada contribui para a redução da mortalidade pela doença (5). Sua cobertura é estimada por pesquisas nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cuja amostra representa o país, contemplando toda a população feminina brasileira, sendo usuária ou não do SUS (4).

Os dados da PNS de 2019 estimaram uma cobertura mamográfica em torno de 58,3%, com disparidades entre áreas urbana e rural, bem como disparidades regionais (5). Houve aumento da cobertura na maioria das regiões quando comparado a dados da PNS de 2013, com estatísticas de 43,2% no Norte, 49,5% no Nordeste, 65,2% no Sudeste, 58,8% no Sul e 56,6% no Centro-Oeste (4). A mesma pesquisa também traz dados importantes quanto ao número de mulheres que nunca realizaram o exame de mamografia, com proporções mais expressivas ao Norte e Nordeste, a citar: 42,1% no Norte, 33,7% no Nordeste, 16,6% no Sudeste, 24,3% no Sul e 24% no Centro-Oeste (4).

Tal cobertura também varia quando comparado e analisado segundo o nível de escolaridade, variando de 49% entre as mulheres sem instrução e com escolaridade fundamental incompleta, a 77,8% naquelas com nível superior completo, sendo o menor acesso dentre aquelas sem escolaridade pertencentes à região Norte. Além disso, os dados demonstram que quase metade das mulheres da população-alvo realizou a mamografia através do SUS (49,5%), sendo que tal exame foi mais realizado por meio do serviço privado apenas nas regiões Sudeste e

Centro-Oeste (4).

Pode-se concluir, a partir de tal panorama, que fatores como a região, escolaridade, possibilidade de contratação de serviço privado, além de outros que permanecem sendo estudados como etnia e renda, influenciam no maior acesso ao exame de rastreio e, conseqüentemente, ao diagnóstico precoce do câncer. Este achado está intimamente associado a prognósticos melhores e maiores chances de cura em mais de 90% dos casos (6).

Um estudo que objetivou avaliar a demora no diagnóstico de câncer de mama em mulheres atendidas no SUS no interior do estado de São Paulo fez o acompanhamento de 53 pacientes e constatou que a média de demora para o diagnóstico do câncer foi de 142,5 dias, ou seja, 2,4 vezes o tempo recomendado pelo Instituto Nacional de Câncer (6). Ainda segundo tal estudo, o principal fator de demora no diagnóstico foi a espera para a consulta médica especializada em nível secundário (6).

O mesmo padrão evidenciando demora no diagnóstico foi demonstrado no estudo de Simon e colaboradores (7) junto a mais de 3000 pacientes, que chama atenção para o número elevado de diagnósticos em estágios avançados, que chega a 70% dos casos, sendo 80% das pacientes tratadas através do Sistema Público de Saúde. Sua conclusão foi a de que as mulheres do Brasil têm maior risco de diagnóstico tardio em estágios avançados e cada vez mais jovens quando comparadas às mulheres de países mais desenvolvidos, como Estados Unidos e países europeus.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (8), 60% das pacientes chegam ao consultório com um câncer em estágio avançado, o que se deve, principalmente, pela dificuldade no agendamento de consultas e de mamografia, além da demora em se estabelecer um diagnóstico para então iniciar o tratamento. O diagnóstico tardio se traduz em tratamentos mais invasivos, como aumento no número de quimioterapias, ou, ainda, a mastectomia (8).

Como pior desfecho possível, a taxa de mortalidade por câncer de mama foi de 14,23 óbitos/100.000 mulheres em 2019, sendo mais expressiva nas regiões Sudeste e Sul, com 16,14 e 15,08 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (9). O Estado do Rio de Janeiro lidera o ranking com 20,67 óbitos para 100.000 mulheres, enquanto Roraima ocupa o segundo lugar com 19 óbitos na mesma proporção citada.

No período de 2000 a 2015 é notável que houve queda no número de mortes nas regiões Sul e Sudeste e, em contrapartida, um aumento nas demais regiões (9). Em 2019, os óbitos por câncer de mama ocuparam o primeiro lugar dentre óbitos por tipo de câncer, representando 16,1% do total, e aumentam progressivamente conforme a faixa etária (9).

Os dados mostram um aumento da idade mediana no momento do óbito, possivelmente indicando avanços no rastreamento e tratamento da doença, mas, em contradição, as taxas de mortalidade no Brasil permanecem altas, ainda que estejam abaixo da média mundial. Este fato é ainda reforçado pelas desigualdades regionais e socioeconômicas, que impactam diretamente as taxas de óbito identificadas (10). Acredita-se que isso se deva, entre outros aspectos, à dificuldade no acesso à saúde e o consequente atraso no rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer, realidade essa comum entre as mulheres de menor poder aquisitivo que dependem do SUS.

Além disso, o tratamento de tais usuárias do SUS também tem sido afetado, apesar da existência de leis que garantem seu pleno acesso à saúde. A Lei 12.732, de 2012, dispõe um prazo máximo de 60 dias para início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada, porém, segundo levantamentos do Ministério da Saúde, o tempo médio entre diagnóstico e início do tratamento tem sido de 81 dias (10).

Tais dificuldades impostas às mulheres afetadas têm impacto direto na taxa de sobrevivência destas, o que, em muitos casos, mina as já pequenas chances de cura em estágios mais avançados, significando pior prognóstico e menor tempo de vida dessas pacientes, pela impossibilidade de um diagnóstico precoce e de acesso ao devido tratamento no tempo correto.

O questionamento sobre quais os fatores relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, desde o rastreamento até o início do tratamento em mulheres com câncer de mama, norteia o estudo. O objetivo consistiu em analisar os fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, desde o rastreamento até o início do tratamento, entre as mulheres acometidas pelo câncer de mama. Em busca de tais informações, uma revisão integrativa da literatura foi desenvolvida, a qual tem como objeto de estudo o acesso aos serviços de saúde pela população acometida pelo câncer de mama.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa utilizando artigos consultados no período de janeiro, fevereiro e março de 2022, buscados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Web of Science. Foram utilizados como descritores: “Acesso à saúde no câncer de mama”, “Rastreamento no câncer de mama”, “Diagnóstico no câncer de mama”, “Tratamento do câncer de mama”, “Acesso aos serviços de saúde no Brasil”. A pergunta que guia tal estudo é “Quais os motivos que dificultam o acesso à assistência em saúde, do rastreamento, ao diagnóstico e tratamento, no câncer de mama?”.

Utilizou-se como limite de busca artigos publicados nos últimos seis anos, disponibilizados na íntegra e que contenham no título, resumo ou corpo do trabalho o tema acesso à saúde no câncer de mama. Foram excluídos os artigos duplicados, artigos de revisão, relatos de caso, diretrizes, artigos que não apresentaram os termos de busca, que não abordaram o tema proposto, que abordaram o tema de mortalidade, ou que não responderam à pergunta que guia o estudo.

Após a seleção e delimitação dos artigos com base em seus resumos, desconsiderando os artigos que não apresentavam os critérios, foi realizada uma segunda leitura completa dos artigos, sendo selecionados aqueles que responderam à pergunta-guia do presente estudo. Os artigos selecionados passaram pela criteriosa análise de dois revisores independentes, os quais classificaram o material como incluído ou excluído.

Na base de dados SciELO, foram encontrados um total de 43 artigos, segundo critérios de exclusão, 8 artigos foram excluídos por ano do trabalho, 2 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 3 artigos foram excluídos por se tratarem de uma revisão, 1 artigo foi excluído por se tratar de um relato de caso, 1 artigo foi excluído por abordar o tema “mortalidade”, 17 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta-guia do estudo e, por fim, 11 artigos permaneceram incluídos no presente trabalho.

Na base de dados Pubmed, foram encontrados um total de 9 artigos, segundo critérios de exclusão, 2 artigos foram excluídos por ano do trabalho, 1 artigo foi excluído por se tratar de uma revisão, 6 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta-guia do estudo, sendo que nenhum artigo permaneceu incluído no trabalho.

Na base de dados Directory of Open Access Journals (DOAJ), foram encontrados um total de 66 artigos, segundo critérios de exclusão, 18 artigos foram excluídos por ano do trabalho, 10 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 7 artigos foram excluídos por se

tratarem de uma revisão, 2 artigos foram excluídos por se tratarem de uma diretriz e/ou editorial, 6 artigos foram excluídos por abordarem o tema “mortalidade”, 12 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta-guia do estudo e, por fim, 11 artigos permaneceram incluídos no presente trabalho.

Na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foram encontrados um total de 21 artigos, segundo critérios de exclusão, 3 artigos foram excluídos por ano do trabalho, 2 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 3 artigos foram excluídos por se tratarem de uma revisão, 1 artigo foi excluído por se tratar de um relato de caso, 1 artigo foi excluído por abordar o tema de “mortalidade”, 9 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta-guia do estudo e, por fim, 2 artigos permaneceram incluídos no presente trabalho.

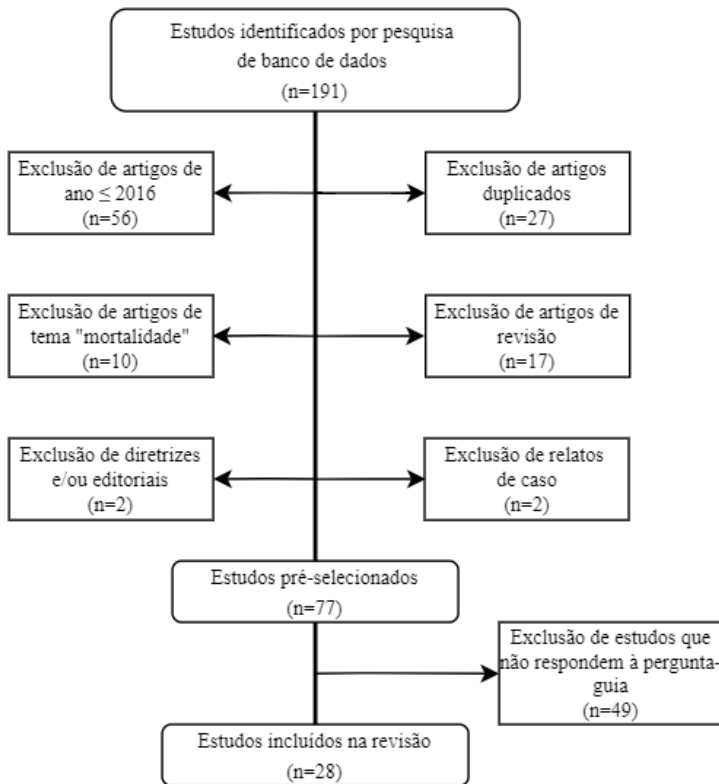
Na base de dados Web of Science, foram encontrados um total de 52 artigos, segundo critérios de exclusão, 25 artigos foram excluídos por ano do trabalho, 13 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 3 artigos foram excluídos por se tratarem de uma revisão, 2 artigos foram excluídos por abordarem o tema “mortalidade”, 5 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta-guia do estudo e, por fim, 4 artigos permaneceram incluídos no presente trabalho.

3 RESULTADOS

O desenvolvimento do presente trabalho resultou na publicação de um artigo, como evidenciado no Apêndice A.

Todo o processo de delimitação dos artigos foi representado na Figura 1 e as informações correspondentes aos artigos incluídos no estudo estão detalhadas no Quadro 1.

Figura 1 - Fluxograma demonstrativo do processo de seleção dos artigos



Fonte: Os autores.

Quadro 1 - Artigos incluídos no estudo após seleção descrevendo seus respectivos autores, ano de publicação, periódico e base de dados.

Autores	Ano de publicação	Título do trabalho	Periódico e base de dados
Nelson Luiz Renna Junior; Gulnar de Azevedo e Silva.	2018	Diagnóstico de câncer de mama em estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000–2012)	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (SCIELO)
Mário Círio Nogueira et al.	2018	Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais	Cadernos de Saúde Pública (SCIELO)
Andréa Ferreira Ouchi França et al.	2021	Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de	Revista Brasileira de Enfermagem (SCIELO)

		mama em município de fronteira	
Jorge Armando Egurrola-Pedraza et al.	2018	Diferenças em sobrevivência devidas ao seguro de saúde em pacientes com câncer de mama atendidas em um centro oncológico de referência em Medellín, Colômbia	Cadernos de Saúde Pública (SCIELO)
Jeane Gláucia Tomazelli; Gulnar Azevedo e Silva.	2017	Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012	Epidemiologia de Serviços em Saúde (SCIELO)
Camila Iasmim de Andrade Souza et al.	2017	Factors related to non-adherence to mammography in a city of the Brazilian Amazonian area: A population-based study	Revista de Associação Médica Brasileira (SCIELO)
Vívian Assis Fayer et al.	2020	Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico	Cadernos de Saúde Coletiva (SCIELO)
Ângela Ferreira Barros et al.	2020	Fatores associados com o intervalo entre o início de sintomas e a primeira consulta médica entre mulheres com câncer de mama	Cadernos de Saúde Pública (SCIELO)
Samara Maria Moura Teixeira	2019	Acesso ao tratamento da	Saúde Debate (SCIELO)

Sousa et al.		mulher com câncer de mama	
Ana Lúcia Lobo Vianna Cabral et al;	2019	Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos	Ciência & Saúde Coletiva (SCIELO)
Yonna Costa Barbosa et al;	2019	Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013	Revista Brasileira de Epidemiologia (SCIELO)
Tainá Bastos dos Santos et al.	2022	Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado	Ciência & Saúde Coletiva (LILACS)
Yanny Dantas de Macedo et al.	2021	Mulheres mastectomizadas: fatores excludentes da reconstrução mamária	Enfermagem em foco (LILACS)
Gabriela Magalhães et al.	2017	Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama	Cuidado é Fundamental (DOAJ)

Tainá de Arruda e Silva, Diego Lima Nava Martins.	2019	Eficácia da campanha “Outubro Rosa” no rastreamento do câncer de mama baseada no BIRADS®	Ciências em Saúde (DOAJ)
Thaís Barbosa Rodrigues et al.	2019	Sobrerastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA)	Cadernos de Saúde Pública (DOAJ)
Renata Oliveira Maciel dos Santos et al.	2019	Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil	Physis (DOAJ)
Patricia Almeida Silva et al.	2017	Mamografia de rastreamento para câncer de mama pelo SUS na região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte: Tendência de características sociais de mulheres submetidas ao exame, entre 2010 e 2014	Univap (DOAJ)
Olivia Takahashi Margarido et al.	2020	Determinantes espaciais das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde por câncer de mama nas microrregiões do Brasil	Economia Aplicada (DOAJ)

Giselle Coutinho de Medeiros et al.	2020	Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil	Revista Brasileira de Cancerologia (DOAJ)
Jeane Glauca Tomazelli et al.	2018	Trajetória de Mulheres Rastreadas para o Câncer de Mama na Rede Pública de Saúde	Revista Brasileira de Cancerologia (DOAJ)
Raphael de Freitas Saldanha et al.	2019	Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016	Cadernos de Saúde Pública (DOAJ)
Oswaldo Santos Baquero et al.	2021	Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo	Cadernos de Saúde Pública (DOAJ)
Luan Viana Faria et al.	2020	Conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde sobre o controle do câncer de mama	HU Revista (DOAJ)

Jeane Glaucia Tomazelli et al.	2017	Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011	Epidemiologia e Serviços de Saúde (Web of Science)
Mario Jorge Sobreira da Silva et al.	2019	Fluxos origem-destino para quimioterapia para o câncer de mama no Brasil: implicações para a assistência farmacêutica	Ciência & Saúde Coletiva (Web of Science)
Mariana Colombini Buranello et al.	2018	Prática de exames de rastreio para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014	Ciência & Saúde Coletiva (Web of Science)
Graziele Marques Rodrigues et al.	2021	Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil	Saúde e Sociedade (Web of Science)

Fonte: Os autores.

Após a delimitação dos estudos, foram registradas em tabela através de um documento WORD suas informações-chave: objetivos, metodologia, resultados e aspectos observados que influenciam o acesso.

Após tal registro, os estudos foram submetidos a uma Análise de Conteúdo (AC), técnica desenvolvida por Bardin (11) para aplicação em pesquisas qualitativas, a qual permite identificar os sentidos contidos no material analisado, no intuito de compreendê-lo em seu

amplo espectro de sentidos, reconstruindo, ainda, os conhecimentos já existentes. Tal análise é caracterizada pela descrição, interpretação, compreensão e análise do que está implícito e explícito. Bardin divide tal processo em três etapas: a pré-análise, que consiste na exploração do material e tratamento dos resultados, sistematizando, organizando e delimitando os dados colhidos; a análise propriamente, caracterizou a decodificação do material; e, por fim, o tratamento dos resultados, o qual foi feito com base nas informações coletadas pela análise.

4 DISCUSSÃO

A partir da análise dos 28 artigos listados, foi possível realizar a descrição dos resultados e sua discussão a partir de quatro unidades de sentido, sendo fatores sociodemográficos, fatores relacionados à gestão do serviço, fatores relacionados à características clínicas e tratamento e, por fim, fatores relacionados à Políticas Públicas.

4.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO À SAÚDE NO CÂNCER DE MAMA

Os fatores sociais têm se apresentado como um importante determinante no acesso aos serviços de saúde pelas pacientes portadoras de câncer de mama. Na análise dos dados coletados foram identificados os seguintes fatores: escolaridade, renda, cor, estado civil e idade.

Em estudo para avaliar fatores que influenciam no estágio do câncer de mama no momento do diagnóstico, baixos níveis de escolaridade se relacionaram significativamente com o estágio avançado da doença. Mulheres com sete anos ou menos de escolaridade formal tiveram maior percentual do estágio IIIb ou superior do câncer de mama ao receberem o diagnóstico (12). Desse modo, pode-se inferir que diagnósticos em estágios avançados do câncer de mama podem estar associados à baixa escolaridade.

Segundo Facina (13), a mamografia é o exame de rastreio para o câncer de mama, ou seja, exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas sendo recomendado para faixa etária de 50 a 69 anos com periodicidade de dois anos. A mamografia permite detecção precoce da doença gerando impacto na redução da mortalidade pelo câncer de mama, fato confirmado em países que obtiveram sucesso na implementação do rastreio. Apesar disso, a baixa adesão ao rastreamento ainda permanece elevada, principalmente em mulheres com escolaridade restrita ao ensino fundamental (14).

Tal informação é reforçada ao verificar que há associação entre uma menor busca pelo exame em mulheres com menor escolaridade, residentes na região Norte do País. Ademais, esta mesma região também vivencia um cenário de mulheres com grande taxa de analfabetismo, fato este que também pode estar endossando a baixa procura pelo exame.

Estudo da região Norte brasileira detectou prevalência de não adesão à mamografia de 55,6% (não realização do exame nos últimos dois anos da pesquisa). Mulheres com ensino médio tiveram adesão 15% maior em relação àquelas que só realizaram o ensino fundamental, enquanto atingir o ensino superior teve ganho de 30%. Dessa forma, mais anos de escolaridade mostrou-se como fator protetor na adesão ao rastreo (14).

Estudo transversal tendo como referência dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), avaliou 10.571 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos que haviam recebido solicitação para realização de mamografia. A maior prevalência na realização do exame inclui variáveis como idade, sendo maior entre 40 a 49 anos, e escolaridade. Níveis mais baixos de adesão ao rastreamento na região Norte foram atrelados à baixa escolaridade. Analfabetismo e ter apenas ensino fundamental duplicaram a não realização do exame. Fato que corrobora a relação entre a não adesão e baixa escolaridade, mais evidente em regiões brasileiras deficitárias de ensino, como a Norte (15).

Além do rastreo precoce, a rápida identificação por parte das mulheres de alterações mamárias sugestivas de malignidade, reduz o atraso para o início do tratamento - fato que diminui a mortalidade (13). Contudo, a falta de conhecimento em relação a mamografia, já citada anteriormente, também se aplica para o reconhecimento das possíveis alterações indicativas de malignidade. Nódulo palpável, retração da pele, abaulamento, abscesso ou dor da mama foram alguns dos critérios utilizados para caracterizar os sinais e sintomas de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que já estavam em tratamento. Estudo transversal avaliou os influenciadores da demora entre o tempo da identificação da alteração mamária e do início do tratamento. Mais uma vez, a baixa escolaridade esteve presente como fator de risco. Houve menor chance de atraso em pacientes com maior escolaridade (16).

Os piores resultados foram encontrados não apenas em relação ao atraso, mas também a utilização do tratamento. A carência escolar afeta no tipo do serviço, onde mulheres acometidas pelo câncer de mama com menos de oito anos de estudo tiveram menor acesso a serviços de alta complexidade, sendo a atenção primária como principal porta de entrada e muitas vezes única forma de alcance ao serviço de saúde. Não obstante, há diferenças entre o atendimento e seguimento do tratamento de mulheres na rede particular e no Sistema Único de Saúde (SUS), onde piores desfechos no prognóstico se encontram no SUS, principalmente

entre mulheres com baixa escolaridade. Tal fato se justifica pela maior busca em serviços públicos, por aquelas que apresentam menor escolaridade, e conseqüentemente, renda (17).

Embora haja diversas políticas públicas, campanhas e eventos relacionados ao incentivo à realização do rastreamento precoce, grande parte das mulheres ainda desconhecem os objetivos e as recomendações acerca da mamografia em virtude do baixo nível de instrução. Não obstante, regiões mais vulneráveis podem ser susceptíveis a maiores índices de diagnóstico tardio e, por conseqüência, morbimortalidade. O que faz com que maiores esforços devam ser voltados para tais locais com a finalidade de reduzir os altos números de diagnóstico tardio. (15).

No que tange à relação entre o rastreio, diagnóstico e tratamento, e a renda, verifica-se que este fator imprime grande relevância. A elevada incidência do câncer de mama em países com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), por exemplo, reflete tal dificuldade. Apesar do câncer de mama ser o mais incidente mundialmente, nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos sua morbimortalidade cresce exponencialmente (18). No Brasil o cenário não é diferente. De acordo com o INCA (3), a estimativa de incidência para 2022 é de 43,74/ 100.000 mulheres, enquanto a mortalidade, nos últimos dados de 2020, foi de 11,84 óbitos/100.000 mulheres.

Pesquisa transversal de base populacional obteve resultados referentes a 1520 mulheres residentes na cidade de Uberaba, Minas Gerais. Segundo Buranello et al (19), o fator socioeconômico mais relevante no rastreio foi a renda per capita (maior que 2,5 salários mínimos), responsável pela elevada prática da realização do rastreamento, sendo 38% maior em relação a mulheres com menor renda. Embora tal pesquisa expresse dados locais, podem ser comparados ao âmbito nacional uma vez que o estado de Minas Gerais é o 3º maior em incidência de câncer de mama (20). Portanto, a baixa renda, presente na realidade de grande parcela das mulheres brasileiras, é responsável pela redução na aderência à mamografia.

A escolaridade é fator que se relaciona entre baixa renda e adesão. Mulheres com baixa escolaridade são, em sua maioria, aquelas com menor retorno financeiro. Dois fatores que, se associados, duplicam as chances de não realização do rastreamento (19).

Devido à extensão do território brasileiro e sua grande diversidade regional, é esperado que cada área tenha maior prevalência de determinadas barreiras ao acesso à saúde. Como observado anteriormente, no estado de Minas Gerais, escolaridade e número de salários mínimos são dados que mostram a baixa renda como fator de risco. Já na região Norte, tal fato é comprovado por meio de dois elementos: receber auxílio social do governo e não ter plano

de saúde privado, sendo tais mulheres duas vezes mais propensas a não realização da mamografia (14).

O estadiamento clínico do câncer de mama é determinante e indispensável no processo de diagnóstico e tratamento. Por meio do exame físico ou complementar, são definidos parâmetros conhecidos internacionalmente pelo sistema TNM. Tal sistema possibilita compreender o tipo do tumor, tratamento e prognóstico. Qualquer atraso entre o diagnóstico e estadiamento de possível lesão maligna acarreta em pior sobrevida (20,12). Apesar da escassez de informações em relação ao prognóstico de pacientes com câncer de mama, baixa escolaridade e raça são encontrados como únicos influenciadores em relação à sobrevida. Estudo de coorte com 481 mulheres diagnosticadas com câncer de mama invasivo encontrou menor sobrevida em negras, a mortalidade destas foi de 56% enquanto as brancas foram apenas de 30%. O pior prognóstico esteve relacionado ao estadiamento mais avançado no momento do diagnóstico (21).

Tida como principal e única forma de rastreamento para o câncer de mama, a mamografia possibilita a suspeita de alterações mamárias permitindo o diagnóstico e estadiamento precoce. Desse modo, a observação anterior de que mulheres negras possuem menor sobrevida no câncer de mama está intimamente interligada a dificuldade de acesso ao rastreio precoce. É fato que alguns estudos demonstraram maior agressividade dos tumores em mulheres negras, contudo os elevados números de mortalidade não se justificam quando comparados às brancas.

Segundo o INCA (23), o sudeste possui a primeira colocação em incidência e morbimortalidade para o câncer de mama. Sendo assim, as poucas pesquisas em relação à sobrevida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama se encontram nos principais estados: Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo (representado pelo Vale do Paraíba). Tais estudos obtiveram resultados consonantes: mulheres pretas/pardas apresentam maior prevalência em estágios mais avançados ao diagnóstico, fato que se relaciona a baixa adesão ao rastreamento em virtude da raça/cor da pele estar associada a dificuldades socioeconômicas (23). Dentre elas, escassez de recursos econômicos, baixa escolaridade e falta de apoio social - mazelas estas ainda presentes e responsáveis pela categorização de negras e pardas em determinante social de pior prognóstico (24).

Questionários voltados para a compreensão das barreiras no acesso à saúde tiveram como resultado positivo o estado conjugal. Apesar de sua ausência não ter representatividade como fator de risco, duas variáveis demonstram a importância do estado civil: maior adesão à mamografia e prosseguimento ao tratamento (24).

A maior adesão ao rastreamento ocorreria pela vida sexual ativa cuja manutenção implica em maior quantidade de consultas ginecológicas. Sendo assim, tais mulheres teriam melhor cobertura e orientação dos exames preventivos. Tal fato é comprovado pela prevalência de mulheres com companheiros que realizaram o exame em relação àquelas que não o tinham (19).

As diversas condutas geram longos períodos de espera entre um resultado e outro, fato gerador de angústia e desistência. É nesse cenário que o apoio familiar, tendo como principal agente o cônjuge, se torna o propulsor da manutenção do processo até o início do tratamento (25). O seguimento ao rastreio leva a estadiamento precoce reduzindo o grau das lesões quando diagnosticadas. Estudo transversal corrobora com a discussão anterior já que seus resultados demonstraram maior prevalência do estágio avançado em mulheres que viviam sem parceiro (24). Dessa forma, uma sólida rede de apoio, traduzida na figura de um companheiro, por exemplo, pode ser considerado como bom influenciador no prognóstico do câncer de mama.

De acordo com o INCA (20) , o risco de câncer de mama aumenta com a idade. Apesar da relação de proporcionalidade, a maior incidência ocorre entre 50-69 anos. Na relação custo-benefício, a investigação antes dos 50 anos traria mais malefícios. Contudo, outras instituições reconhecidas no Brasil, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (26) , recomendam o rastreamento a partir dos 40 anos. As divergências implicam em confusão para a população alvo, gerando na idade fator de barreira ao acesso à mamografia.

Estudo transversal de base populacional avaliou o perfil de 1520 mulheres acima dos 20 anos. A conclusão da pesquisa foi de uma superutilização do rastreamento na faixa etária entre 40-49 anos, sendo assim, idade inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Portanto, de acordo com os dados coletados, o rastreamento foi considerado ineficiente em relação às idades, tendo necessidade de melhor conscientização das mulheres (19). Diante disso, fica evidente que as divergências literárias refletem em dificuldade para as mulheres que deveriam ser orientadas de forma clara e objetiva ao invés de serem mais confundidas com informações discrepantes.

A respeito dos aspectos demográficos que abrangem causas como alta demanda ou déficits em determinadas regiões do país, ou, ainda, a distância entre município de residência e tratamento, estes têm se demonstrado como importantes fatores geradores de iniquidade na saúde.

Um estudo transversal realizado com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde com uma amostra de mais de dez mil mulheres, objetivou determinar os fatores associados à

não realização da mamografia. Obteve-se como resultado que, em relação à maior prevalência de realização desse exame, 81% das mulheres da amostra residiam na região Sudeste, o que corrobora a hipótese da desigual oferta de procedimentos da linha de cuidado inter-regiões (15).

Ainda, desigualdades na oferta e utilização de procedimentos entre diferentes regiões foram evidenciadas em estudo avaliativo com base em dados de diferentes sistemas de informação do SUS. A razão de mamógrafos por mulheres na região Sul mostrou-se o dobro da correspondente à região Norte, reforçando a iniquidade da oferta entre tais regiões, apesar de tal distribuição não ser o único fator determinante à não realização da mamografia (27).

Tal panorama também é evidenciado no estudo de Takahashi Margarido (28), estudo com base em dados coletados no DATASUS que analisou 558 microrregiões do Brasil. Demonstrou-se maior acesso à consultas médicas, maior concentração de mamógrafos e, conseqüentemente, maior número de internações hospitalares pela doença nas regiões Sul e Sudeste. Já as pacientes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram acesso limitado à consultas e mamografias, com conseqüente queda no número de diagnósticos.

Em relação ao diagnóstico da doença, o estudo demonstrou diminuição da realização de biópsias diagnósticas em várias regiões, exceto no Sul e Centro-Oeste. Entende-se, a partir do relatado, que a rede pública não supriu as necessidades de biópsia de todas as regiões, procedimento este indispensável na confirmação das neoplasias malignas da mama. Segundo Tomazelli et al (27), este fato pode estar relacionado à menor disponibilidade de recursos humanos para a realização desse procedimento.

É fato que a não realização de procedimentos preconizados no diagnóstico implica em maior atraso deste e, conseqüentemente, em um maior risco de progressão da doença e metastatização, como evidenciado em estudo que demonstrou haver relação entre diagnósticos em estágios avançados e a demora entre a realização de mamografia e biópsia. Tal hipótese pode ser corroborada, principalmente, em regiões de maior vulnerabilidade, como demonstrado na análise de Saldanha et al. (29), que evidenciou haver maior probabilidade de diagnósticos tardios entre as pacientes da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, quando comparadas às pacientes das regiões Sul e Sudeste.

Acerca do tratamento da neoplasia, a distância entre município de residência e de tratamento se revelou um importante fator influenciador. O estudo que buscou analisar o fluxo de pacientes oncológicos atendidos fora do seu município com base em internações e tratamentos como quimioterapia ou radioterapia, demonstrou que 51,34% das pacientes acometidas usuárias do SUS são afetadas pela dificuldade de acesso à saúde, ao passo que é

imposto à essas, deslocamentos superiores a três horas de viagem (29). O processo de adoecimento advindo do câncer impõe, em muitos momentos, a necessidade de internação hospitalar necessária para estabilização e maior conforto do paciente oncológico. Ainda segundo Saldanha et al. (29), a elevada distância percorrida por tais pacientes e suas famílias se apresenta como dificuldade importante no próprio tratamento e na recuperação destas.

Pôde ser comprovado, ainda, que há disparidade regional nas estimadas distâncias percorridas pelas usuárias. Ao passo que as usuárias das regiões Norte e Nordeste apresentaram maior deslocamento rodoviário, principalmente para a região Sudeste; em contrabalanço, as regiões Sul e Sudeste apresentaram menores taxas de deslocamentos necessários ao tratamento e internação. Tal fato observado reflete a maior distribuição de unidades de saúde de média e alta complexidade nas regiões de melhores índices de desenvolvimento, Sul e Sudeste (30).

Além disso, a disposição dos profissionais também é um fator de relevância abordado nos estudos analisados. A distribuição de profissionais aptos a realizar os procedimentos específicos pertinentes ao diagnóstico de câncer de mama no Brasil é desigual, sendo verificados déficits significativos principalmente nas regiões Norte e Nordeste. No estudo, tais regiões apresentaram as menores ofertas de profissionais aptos a realizar procedimentos como Punção de Agulha Grossa (PAG) e biópsia, sendo estes indispensáveis para o correto estabelecimento do diagnóstico e, conseqüentemente, da terapêutica adequada (27).

As barreiras geográficas constituem, portanto, importante fator de desigualdade no acesso à saúde, principalmente entre as pacientes que residem distante das capitais e em regiões de menor índice de desenvolvimento (24).

4.2 FATORES RELACIONADOS À GESTÃO DO SERVIÇO QUE INFLUENCIAM NO ACESSO À SAÚDE NO CÂNCER DE MAMA

Apesar das divisões organizacionais serem pensadas para um melhor funcionamento da saúde brasileira, a realidade é discrepante. O que é encontrado nos serviços de saúde, conforme percebido nos estudos analisados, é a falta de atendimento adequado, longos períodos de espera para atendimento, diagnóstico e tratamento, dentre outros problemas.

Estudo descritivo de dados do SISMAMA e SIA-SUS analisou se houve adesão às diretrizes do câncer de mama em relação à cobertura das mamografias no estado de São Paulo entre 2010 e 2012. Os resultados mostraram aumento da espera para realização do rastreamento e, ainda mais demora, para obtenção dos resultados do exame. De acordo com Fayer et al (21),

tal lentidão se justifica por uma gestão deficiente responsável por não liberar os laudos em tempo adequado, o que acarreta em diagnósticos e tratamentos tardios levando a maior morbimortalidade das mulheres.

Corroborando com os achados, Barros et al (16) entrevistou 444 mulheres com câncer de mama residentes no Distrito Federal. Mais de um terço delas tiveram atraso entre o início dos sintomas e o acesso à consulta médica. Ainda segundo estudo transversal no Piauí em 2018, 155 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que estavam em tratamento foram entrevistadas. Houve maior tempo no início do tratamento para mulheres que residiam distante dos locais de atendimento, sendo superior a 60 dias (32).

O estudo de Medeiros et al (31) constatou, ainda, que 46,4% das pacientes diagnosticadas entre 2012 a 2017 tiveram seu diagnóstico atrasado, período em que a Lei 12.732/12, a “Lei dos 60 Dias”, passou a vigorar. Tal fato pode estar relacionado ao aumento da incidência desse tipo de câncer, somado à ineficiência na oferta de serviços especializados necessários. A partir disso, a Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA verificou em um levantamento realizado que a capacidade real da rede oncológica necessária para suprir a demanda de todo o território nacional era 30% menor do que o necessário. Isso corrobora, portanto, que o pico de incidência de casos somado ao déficit de capacidade da rede à época contribuíram para atrasos além do preconizado pelo MS nesse período.

Em comparação, o estudo de McLaughlin et al (34) demonstrou que 90% das pacientes portadoras do Câncer na Carolina do Norte (EUA) iniciaram seu tratamento em menos de 60 dias, em uma mediana de tempo de 22 dias. Tal discrepância observada evidencia as diferentes estruturas e ofertas dos serviços de saúde entre o Brasil e outros países, com taxas de mortalidade correspondentes. A queda de 40% na mortalidade por câncer de mama nos EUA nas últimas duas décadas, assim como da Suíça de 28% no mesmo período e de tantos outros países que lideram o ranking de IDH pelo mundo, destoam das crescentes taxas de morbimortalidade decorrentes do câncer de mama no Brasil, dado à dificuldade no acesso aos serviços de saúde (35).

4.3 FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E AO TRATAMENTO DO TUMOR QUE INFLUENCIAM NO ACESSO À SAÚDE NO CÂNCER DE MAMA

O diagnóstico do câncer em estágios avançados é um fator preditivo importante que impacta diretamente no prognóstico e, conseqüentemente, na sobrevivência de mulheres portadoras da doença. Estudo coorte retrospectivo com base em dados de mais de 170 mil mulheres portadoras da neoplasia demonstrou um aumento do número de diagnóstico em estágios III e IV, principalmente entre 2000 e 2009 (12).

Em contrapartida, vários estudos evidenciaram que houve menor atraso entre diagnóstico e tratamento nos casos de diagnóstico tardio, o que corrobora a hipótese de que a capacidade de reação dos serviços de saúde ocorre mais rapidamente diante de casos mais avançados. Tal hipótese pôde ser corroborada no estudo de (RJ), que demonstrou que mulheres diagnosticadas em fase precoce da doença tiveram maior atraso entre confirmação diagnóstica e tratamento. Dessa forma, a tendência observada acarreta em tratamentos mais agressivos, maiores chances de complicação e, conseqüentemente, maiores taxas de óbito (31).

4.4 FATORES RELACIONADOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO À SAÚDE NO CÂNCER DE MAMA

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher têm importante papel na prevenção do câncer de mama, porém, apresentam determinadas limitações. Por um lado, ações de prevenção da Atenção Básica são inversamente proporcionais ao número de casos da doença, fato que se deve à redução da exposição a fatores ambientais e comportamentais com potencial cancerígeno. Tais ações englobam desde exame clínico, avaliação de sinais e sintomas, até encaminhamento a serviços de referência, cuidados paliativos e participação das atividades de educação em saúde (24).

Essas ações, por sua vez, medeiam a aquisição do conhecimento pelas mulheres usuárias do sistema, proporcionando maior autonomia, autocuidado e promoção de saúde. Pode-se inferir, portanto, que nos locais em que a Atenção Básica e as Equipes de Saúde da Família são deficitários, as complicações e conseqüentes internações hospitalares pelo câncer de mama são mais frequentes (28).

Um estudo descritivo e retrospectivo com base em dados de registros do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) analisou o impacto de políticas públicas de saúde voltadas à saúde da mulher, como o Outubro Rosa sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama. Segundo De Arruda e Silva & Nava Martins (37), em sua análise foi observado um significativo aumento de mais de 100% na procura da mamografia no mês da

campanha Outubro Rosa e nos dois meses subsequentes, tendo tal política pública, portanto, cumprido seu objetivo.

Por outro lado, o estímulo à realização em massa da mamografia pode, além de sobrecarregar o sistema de saúde que já demonstra oferta irregular entre as macrorregiões do país; levar ao sobrediagnóstico e, conseqüentemente, ao sobre tratamento (37,38). Este panorama abre lacunas para questionamentos quanto à efetividade das ações de rastreamento na redução da mortalidade pela doença.

Neste mesmo estudo, foi demonstrado, que houve um déficit no número de mamografias entre as pacientes dentro da faixa etária preconizada pelo programa, enquanto nas demais faixas etárias um excedente, considerando a população de alto risco. Este resultado reafirma que embora bem intencionada, campanhas como o Outubro Rosa, quando não geridas ou divulgadas do modo correto, podem, em alguns casos, representar desserviço e uso inadequado de recursos já escassos (37,38,39).

5 CONCLUSÃO

Por meio da análise dos artigos em estudo, os principais impeditivos do acesso à saúde identificados incluíram: fatores sociodemográficos - escolaridade, renda, cor, estado civil, idade e regionalidade; fatores clínicos e do tratamento e fatores relacionados à gestão dos serviços de saúde, e políticas públicas. Sendo assim, a baixa adesão das mulheres ao rastreamento, diagnóstico e tratamento reflete a existência de barreiras que ainda persistem na detecção precoce do câncer de mama e que devem ser reduzidas para que o direito mínimo à saúde seja contemplado por todas. As insistentes elevadas taxas de morbimortalidade pela neoplasia mamária permitiram concluir que, apesar das diversas políticas e estratégias governamentais a favor da redução de desigualdades entre as mulheres portadoras do câncer de mama, estas ainda possuem insatisfatório acesso aos serviços de saúde.

Embora o presente estudo tenha realizado minuciosa análise dos artigos, houveram limitações como a restrição do período de publicação dos trabalhos analisados, bem como a carência de dados de determinadas regiões brasileiras. Sendo assim, há dificuldade de se estabelecer políticas públicas nacionais efetivas uma vez que cada região possui déficits

específicos. Portanto, mais estudos sobre o tema são necessários para que ações eficazes possam ser implementadas no combate à mortalidade pelo câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de mama: conceito e magnitude [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Instituto Nacional do Câncer. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>.
2. World Health Organization (WHO). estimated age-standardized incidence rates (world) in 2020, worldwide, both sexes, all ages [Internet]. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer; 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa da incidência do câncer de mama no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
4. Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019. Ciclos de vida. Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101846>.
5. Instituto Nacional de Câncer de Mama José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. INCA; 2019.
6. Traldi MC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Caderno de Saúde Coletiva [Internet]. 2016;24(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-185.pdf>.
7. Simon SD, Bines J, Werutsky G, Nunes JS, Pacheco FC, Segalla JG, et al. Characteristics and prognosis of stage I-III breast cancer subtypes in Brazil: The AMAZONA retrospective cohort study. The Breast. 2019 Apr;44:113–9.

8. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Mais Acesso, Mais Respeito é o alerta da SBM neste Outubro Rosa. [Internet]. Sociedade Brasileira de Mastologia. 2019. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/aceso-respeito-com-o-cancer-de-mama/>.

9. INCA. Ministério da Saúde. Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>.

10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação. [Internet]. 1st ed. Coordenação de Ensino, editor. Vol. 1, Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_d_o_cancer_de_mama_no_brasil.pdf.

11. Bardin L. L'analyse de contenu. Vol. 7. Presses universitaires de France; 1993.

12. Renna Junior NL, Silva G de A e. Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital-Based Cancer Registries (2000-2012). Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2018 Mar 1;40(3):127–36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YZpNXdZTjYWXMJkStfnhNML/abstract/?lang=en>

13. Facina T. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2016 Mar 31;62(1):59–60. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_DDT_CancerMama_final.pdf

14. Souza CI de A, Araújo DS, Teles DA de F, Carvalho SGL de, Cavalcante KWM, Rabelo WL, et al. Factors related to non-adherence to mammography in a city of the Brazilian Amazonian area: A population-based study. Revista da Associação Médica Brasileira. 2017 Jan;63(1):35–42.

15. Barbosa YC, Oliveira AGC, Rabêlo PPC, Silva F de S, Santos AM dos. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2019 Dec 5;22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xHPpC9rzbMttbfpBMtBNVcG/?lang=pt>.

16. Barros ÂF, Murta-Nascimento C, Abdon CH de, Nogueira DN, Lopes ELC, Dias A. Factors associated with time interval between the onset of symptoms and first medical visit in women with breast cancer. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 Jan 31;36(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7VLwGYNV57jZx6SWrS6Xh4b/?lang=en>.

17. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. Ciência & Saúde Coletiva

[Internet]. 2019 Feb 1;24(2):613–22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z5mz8Tp7w56HXHycNX6pdZp/?lang=pt>.

18. World Health Organization (WHO). Top cancer per country, estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, both sexes, all ages (excl. NMSC) [Internet]. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer; 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D.

19. Buranello MC, Meirelles MCCC, Walsh IAP de, Pereira G de A, Castro SS de. Prática de exames de rastreamento para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Aug;23(8):2661–70.

20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fatores de risco: Fatores de risco relacionados ao aumento do risco de desenvolver o câncer de mama [Internet]. Ministério da Saúde, editor. INCA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/fatores-de-risco#:~:text=Mulheres%20mais%20velhas%2C%20sobretudo%20a,de%20desenvolver%20c%20c%3%A2ncia%20de%20cama>.

21. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamante-Teixeira MT. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Sep 6;34(9).

22. Rodrigues GM, Carmo CN do, Bergmann A, Mattos IE. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2021;30(3).

23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência: Dados da incidência do câncer de mama no Brasil, regiões e estados [Internet]. Ministério da Saúde, editor. INCA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>.

24. Silva PA, Vianna PVC, Barja PR. MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA PELO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE: TENDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME, ENTRE 2010 E 2014. *Revista Univap*. 2017 Apr 12;22(41):45.

25. Santos TB dos, Borges AK da M, Ferreira JD, Meira KC, Souza MC de, Guimarães RM, et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de

mama em estágio avançado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022 Feb;27(2):471–82.

26. França AFO, Silva RMM da, Monroe AA, Mairink APAR, Nunes LC, Panobianco MS. Therapeutic itinerary of breast cancer women in a border municipality. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(6).

27. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Sociedades Brasileiras recomendam mamografia anual a partir dos 40 anos [Internet]. Sociedade Brasileira de Mastologia. 2022. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>.

28. Tomazelli JG, Silva GA e, Tomazelli JG, Silva GA e. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017 Nov;26(4):713–24.

29. Takahashi Margarido O, Favoretto Costa CK, Parré JL. Determinantes espaciais das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde por câncer de mama nas microrregiões do Brasil. *Economia Aplicada*. 2019 Sep 1;23(3):113–56.

30. Saldanha R de F, Xavier DR, Carnavalli K de M, Lerner K, Barcellos C. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n7/1678-4464-csp-35-07-e00090918.pdf>.

31. Coutinho de Medeiros G, Gomes Chagas Teodózio C, Alves Nogueira Fabro E, Sales de Aguiar S, Henrique Machado Lopes A, Cordeiro de Conte B, et al. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020 Aug 6;66(3).

32. Fayer VA, Guerra MR, Nogueira MC, Correa CSL, Cury LCPB, Bustamante-Teixeira MT. Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Mar;28(1):140–52. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v28n1/1414-462X-cadsc-1414-462X202028010322.pdf>.

33. Sousa SMMT, Carvalho M das GF de M, Santos Júnior LA, Mariano SBC. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde em Debate*. 2019 Sep;43(122):727–41.

34. McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED. Effect on Survival of Longer Intervals Between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation Among Low-Income Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012 Dec 20;30(36):4493–500.

35. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. *Cancer Statistics, 2021*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021 Jan;71(1):7–33.

36. SANTOS ROMD, RAMOS DN, MIGOWSKI A. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(4).

37. De Arruda e Silva T, Nava Martins DL. Eficácia da campanha “Outubro Rosa” no rastreamento do câncer de mama baseada no BIRADS®. *REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE*. 2019 Nov 17;9(4):8–12.

38. Baquero OS, Rebolledo EAS, Ribeiro AG, Bermudi PMM, Pellini ACG, Failla MA, et al. Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 Nov 22;37(11). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dwyGCdk4r69qnqGKx5N5qwQ/abstract/?lang=pt>.

39. Rodrigues TB, Stavola BD, Bustamante-Teixeira MT, Guerra MR, Nogueira MC, Fayer VA, et al. Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(1).