



MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA E CONTROLE DO CÂNCER

PPGCan

CRISTIANE FERNANDES CARDOSO MAIA

**CENÁRIO ASSISTENCIAL PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DO
CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: NECESSIDADE E
VIABILIDADE DE UM CENTRO DIAGNÓSTICO NO HOSPITAL DO CÂNCER III**

Rio de Janeiro
2024

CRISTIANE FERNANDES CARDOSO MAIA

Cenário assistencial para confirmação diagnóstica do câncer de mama no município do Rio de Janeiro: Necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico no Hospital do Câncer III

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer do Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Oncologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jeane Tomazelli

Coorientadora: Prof.^a Dra. Adriana Tavares de Moraes Atty

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Elaborado pela bibliotecária Izani Saldanha – CRB7 5372

M217c Maia, Cristiane Fernandes Cardoso.

Cenário assistencial para confirmação diagnóstica do câncer de mama no município do Rio de Janeiro: necessidade e viabilidade de um centro diagnóstico no Hospital do Câncer III / Cristiane Fernandes Cardoso Maia. – Rio de Janeiro, 2024.
141 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Nacional de Câncer, Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Orientadores: Prof.^a Dra. Jeane Tomazelli.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Adriana Tavares de Moraes Atty.

1. Neoplasias da mama. 2. Saúde da mulher. 3. Diagnóstico tardio. 4. Serviços de saúde. 5. Serviços de diagnóstico. I. Tomazelli, Jeane. II. Atty, Adriana Tavares de Moraes. III. Instituto Nacional de Câncer. IV. Título.

CDD 616.992 49

CDD edição 23^a

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia/tese/dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

CRISTIANE FERNANDES CARDOSO MAIA

Cenário assistencial para confirmação diagnóstica do câncer de mama no município do Rio de Janeiro: Necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico no Hospital do Câncer III

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer do Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Oncologia.

Aprovado em: 16/04/2024

Banca examinadora:

Prof.^a Dr^a Mônica de Assis - Instituto Nacional de Câncer

Prof. Dr Mario Jorge da Sobreira da Silva - Instituto Nacional de Câncer

Prof. Dr Mário Círio Nogueira - Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que enfrentam o câncer de mama.
Suas histórias e lutas inspiram a busca por melhorias no diagnóstico e tratamento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde, força e sabedoria para concluir esta etapa tão importante da minha vida.

Aos meus pais, Horácio e Alcina, por todo amor, apoio e encorajamento ao longo de toda minha vida. Vocês sempre acreditaram nas minhas vitórias e me deram forças para seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Ao meu esposo, Gustavo, pela compreensão, paciência e suporte incondicional. Seu amor e incentivo foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar a este projeto.

Às minhas filhas, Mariana e Alice, por serem minha maior fonte de inspiração e alegria. Cada sorriso e abraço de vocês foi um incentivo para continuar em busca deste objetivo. Espero que este trabalho mostre a vocês a importância de nunca desistir dos seus sonhos.

Às minhas orientadoras, Dra. Jeane e Dra. Adriana, pela orientação, paciência e incentivo ao longo desta jornada. Deixo aqui registrado que agradeço sempre a Deus por tê-las colocado na minha vida. Sem elas, nada disso seria possível.

À chefia do Serviço de Mastologia e à Direção do HCIII/INCA, por todo apoio, incentivo e colaboração.

Aos meus amigos de trabalho, por estarem sempre ao meu lado e me auxiliando para que eu pudesse conciliar trabalho e mestrado.

Aos meus colegas de curso. A colaboração e amizade de vocês tornaram esta caminhada mais leve e feliz.

A todos, obrigada.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

MAIA, Cristiane Fernandes Cardoso. **Cenário assistencial para confirmação diagnóstica do câncer de mama no município do Rio de Janeiro**: Necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico no Hospital do Câncer III. 2024. 139p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

O câncer de mama no Brasil apresenta elevadas taxas de incidência e mortalidade com diagnóstico em estadiamento avançado. Pacientes sintomáticos e assintomáticos, com suspeita de câncer em exames radiológicos, devem ser referenciadas para confirmação diagnóstica, através de estratégias eficazes que promovam a detecção e o tratamento mais precoce. O objetivo deste estudo foi avaliar a necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer, no município do Rio de Janeiro. Estudo descritivo transversal com abordagem quanti-qualitativa. Foi estimado: o total de mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos, para o rastreamento, e as sintomáticas, usuárias do SUS, residentes no município; a necessidade de biópsias mamárias para a linha de cuidado do câncer de mama na população usuária exclusivamente do SUS; o cenário da oferta de biópsias mamárias; os problemas do fluxo de encaminhamento da rede do município e do estado do Rio de Janeiro na linha de cuidado do câncer de mama; a estrutura existente no HCIII/INCA e a realização de procedimentos diagnósticos de câncer de mama. Estima-se que teria sido necessário realizar, no ano de 2022, 8.150 biópsias de mama para atender a população feminina do município do Rio de Janeiro, onde 2.941 seriam provenientes do rastreamento e 5.209 biópsias para investigação de lesões suspeitas do câncer de mama em mulheres sintomáticas. Considerando a produção de mamografias informadas no SIA/SUS, foram realizadas 55.478 mamografias de rastreamento na população alvo, representando 31,69% das necessárias e 14.182 mamografias diagnósticas, representando 36,08% do total necessário. A partir dessa produção estimou-se que seriam necessárias 3.869 biópsias de mama para atender a demanda de todas as mulheres com alterações suspeitas que precisariam de investigação histopatológica por biópsia. Em 2022, o Sistema de Regulação, disponibilizou um total de 3.006 vagas para biópsias. Essa oferta atende 77,69% da necessidade estimada a partir das mamografias informadas no sistema de informação do SUS. No entanto, considerando a necessidade estimada para a população dependente exclusivamente do SUS, o *déficit* de biópsias foi de 63,11%. O estudo identificou a necessidade de ampliar a oferta de biópsias. Como a cobertura de mamografias de rastreamento é abaixo da necessária, há uma subestimação da necessidade de biópsias que é avaliada pelos gestores como suficientes. O estudo também identificou problemas nos sistemas de regulação, ausência de mecanismos para monitorar o tempo diagnóstico e problemas com recursos humanos que assegurem o planejamento da oferta de biópsias. Para viabilizar um centro diagnóstico de mama no HCIII é necessário considerar os recursos humanos, o aumento de custo associado a oferta de procedimentos e a capacidade operacional dos equipamentos envolvidos. A articulação entre os níveis de gestão pode contribuir para viabilizar a ampliação da oferta de biópsias.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Diagnóstico Tardio; Serviços de Saúde; Serviços de Diagnóstico.

ABSTRACT

MAIA, Cristiane Fernandes Cardoso. **Care scenario for diagnostic confirmation of breast cancer in the city of Rio de Janeiro:** Need and feasibility of a Diagnostic Center at the Cancer Hospital III. 2024. 139p. Course Completion Paper (Post-Graduation in Public Health and Cancer Control) – National Cancer Institute, Rio de Janeiro, 2024.

Breast cancer in Brazil has high incidence and mortality rates with advanced stage diagnosis. Symptomatic and asymptomatic patients with suspected cancer on radiological examinations should be referred for diagnostic confirmation, through effective strategies that promote earlier detection and treatment. The objective of this study was to evaluate the need and feasibility of a Breast Cancer Diagnostic Center (CDCM) at the Cancer Hospital III of the National Cancer Institute, in the city of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative-qualitative approach. The following were estimated: the total number of women aged 50 to 69 years, for screening, and symptomatic women, SUS users, living in the municipality; the need for breast biopsies for breast cancer care in the population that uses SUS exclusively; the scenario of offering breast biopsies; the problems of the referral flow of the network of the city and the state of Rio de Janeiro in the line of breast cancer care; the existing structure at HCIII/INCA and the performance of breast cancer diagnostic procedures. It is estimated that it would have been necessary to perform, in 2022, 8,150 breast biopsies to serve the female population of the municipality of Rio de Janeiro, where 2,941 would come from screening and 5,209 biopsies to investigate suspicious breast cancer lesions in symptomatic women. Considering the production of mammograms reported in the SIA/SUS, 55,478 screening mammograms were performed in the target population, representing 31.69% of those needed, and 14,182 diagnostic mammograms, representing 36.08% of the total needed. Based on this production, it was estimated that 3,869 breast biopsies would be necessary to meet the demand of all women with suspicious alterations that would require histopathological investigation by biopsy. In 2022, the Regulation System made available a total of 3,006 vacancies for biopsies. This offer meets 77.69% of the estimated need based on the mammograms reported in the SUS information system. However, considering the estimated need for the population dependent exclusively on the SUS, the *deficit* of biopsies was 63.11%. The study identified the need to expand the supply of biopsies. As the coverage of screening mammograms is below what is necessary, there is an underestimation of the need for biopsies, which is evaluated by managers as sufficient. The study also identified problems in the regulatory systems, the absence of mechanisms to monitor the time to diagnosis, and problems with human resources to ensure the planning of the supply of biopsies. To make a breast diagnostic center feasible at HCIII, it is necessary to consider human resources, the increase in costs associated with the offer of procedures and the operational capacity of the equipment involved. The articulation between the management levels can contribute to enable the expansion of the supply of biopsies.

Keywords: Breast Neoplasms; Women's Health; Late diagnosis; Health Services; Diagnostic Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Atraso do diagnóstico no câncer de mama.....	17
Figura 2	Deteção precoce do câncer de mama.....	20
Figura 3	Linha de Cuidado no controle do câncer de mama no Rio de Janeiro, estratégias orientadas por protocolos clínicos...	28
Figura 4	Fluxo de encaminhamento através dos Sistemas de Regulação. Rio de Janeiro, 2023.....	29
Figura 5	Fluxo de encaminhamento de pacientes para o HCIII através dos Sistemas de Regulação. Rio de Janeiro.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Oferta de biópsias de mama para a população residente realizadas por estabelecimentos de saúde, segundo área programática. Sistema de Regulação de Vagas da Rede Municipal. Município do Rio de Janeiro, 2021 e 2022	48
Tabela 2	Produção informada de procedimentos de PAG e Biópsia Cirúrgica em estabelecimentos de saúde, segundo área programática para a população residente do município do Rio de Janeiro, 2017 a 2022.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conduta pós rastreamento de acordo com achado mamográfico e o risco de câncer	22
Quadro 2	Crítérios para investigação diagnóstica de lesões mamárias no município do Rio de Janeiro.....	27
Quadro 3	Temas levantados nas entrevistas com gestores dos Sistemas de Regulação municipal e estadual. Rio de Janeiro, 2023	40
Quadro 4	Temas levantados na entrevista com o gestor do Hospital o Câncer III. Rio de Janeiro, 2023	41
Quadro 5	Estimativa da população SUS dependente, em todas as idades e na faixa etária de 50 a 69 anos, com base no total de mulheres e taxa de cobertura da saúde suplementar. Município do Rio de Janeiro, dezembro/202.....	43
Quadro 6	Estimativa de mulheres sintomáticas na população SUS dependente por grupo etário. Município do Rio de Janeiro, 2022	44
Quadro 7	Parâmetros e estimativa de procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, usuárias exclusivamente do SUS, 2022.....	46
Quadro 8	Mamografias realizadas e estimativa de necessidade de biópsias de mama. Município do Rio de Janeiro, 2022	47
Quadro 9	Necessidade estimada de biópsias, oferta e <i>déficit</i> no município do Rio de Janeiro, 2022.....	50
Quadro 10	Síntese das entrevistas com os gestores estadual e municipal - Tema Regulação	52
Quadro 11	Síntese das entrevistas com os gestores estadual e municipal - Tema Percepção sobre o processo de regulação pelo gestor responsável	54
Quadro 12	Síntese das entrevistas com os gestores estadual e municipal - Tema Comunicação	55
Quadro 13	Estrutura para assistência em ambiente ambulatorial e hospitalar do Hospital do Câncer III segundo fontes de levantamento. Rio de Janeiro, 2023	56
Quadro 14	Procedimentos realizado no Hospital do Câncer III, segundo o SCNES e o gestor da Unidade. Rio de Janeiro, 2023	57
Quadro 15	Síntese da entrevista com o gestor do Hospital do Câncer III. Rio de Janeiro, 2023	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição temporal das Punções por Agulha Grossa e Biópsias Cirúrgicas. Município do Rio de Janeiro, 2017-2022.....	50
Gráfico 2	Produção e oferta de biópsias para diagnóstico de câncer de mama para mulheres residentes. Município do Rio de Janeiro, 2022.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
BRCA 1	<i>Breast Cancer Gene 1</i>
BRCA 2	<i>Breast Cancer Gene 2</i>
BI-RADS	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CIB-RJ	Comissão Intergestores Bipartite – Rio de Janeiro
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Central Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIPAT	Divisão de Anatomia Patológica
ECM	Exame Clínico das Mamas
GLOBOCAN	<i>Global Cancer Observatory</i>
HCI	Hospital do Câncer I
HCII	Hospital do Câncer II
HCIII	Hospital do Câncer III
HCIV	Hospital do Câncer IV
HER-2	<i>Human Epidermal growth factor Receptor-type 2</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MMG	Mamografia
MS	Ministério da Saúde
PAG	Punção por Agulha Grossa
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Reuni	Central Unificada de Regulação
RH	Recursos Humanos
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USG	Ultrassonografia
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

@	Arroba
%	Percentual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 Câncer de mama.....	18
3.1.1 Detecção Precoce.....	20
3.1.2 Diagnóstico e Tratamento	23
3.2 Caracterização assistencial da Linha de Cuidado do controle do Câncer de Mama no Rio de Janeiro	26
3.2.1 SISREG: Sistema de Regulação de Vagas	30
3.2.2 SER: Sistema Estadual de Regulação.....	32
3.3 Fluxo assistencial no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer..	32
4. OBJETIVOS	36
4.1 Objetivo Geral	36
4.2 Objetivos Específicos.....	36
5. PERCURSO METODOLÓGICO	37
6. RESULTADOS	43
7. DISCUSSÃO	60
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
10. REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO.....	75
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/SMS	103
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DE VAGAS (SISREG).....	107
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO (SER)	109
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR HOSPITAL DO CÂNCER III	111
APÊNDICE G - SUMÁRIO EXECUTIVO	114
ANEXO A – PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP.....	125
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO	130
ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA SES/RJ	133

1. INTRODUÇÃO

Estimativas do *Global Cancer Observatory* – Globocan, elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer* – IARC, para 2020, estimaram cerca de 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo (18,1 milhões, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma), sendo o câncer de mama feminina o mais incidente, com 2,3 milhões de casos novos (11,7%), cerca de 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres (SUNG et al., 2021).

No Brasil, de acordo com dados apresentados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para cada ano do triênio 2023-2025, estimam-se 73.610 casos novos de câncer de mama, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina é o mais incidente em todas as regiões brasileiras. O maior risco estimado é observado na Região Sudeste, 84,46 por 100 mil mulheres, onde destaca-se o estado do Rio de Janeiro e sua capital com taxas brutas de incidência de 111,83 e 130,80 por 100 mil habitantes, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2022).

Em 2022, o câncer de mama foi a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi 11,71 óbitos/100.000 mulheres, em 2021, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 12,43 e 12,69 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022a).

As taxas de incidência e mortalidade são preocupantes e é importante disseminar na população os conhecimentos dos principais fatores de risco para a doença. A mortalidade por este tipo de câncer pode ser impactada através de estratégias de detecção precoce e garantia de início imediato do tratamento oncológico. O estudo CONCORD-3 avaliou a sobrevida por câncer de mama em cinco após o diagnóstico apresentou, para o Brasil, uma taxa de 75,2%, no período de 2010 a 2014. Essa taxa foi a maior entre os sete principais tipos de câncer considerados no estudo (ALLEMANI et al., 2018).

As estratégias de detecção precoce do câncer de mama, rastreamento e diagnóstico precoce, diferenciam-se pela ausência ou presença de sintomas na mulher, como, por exemplo, a presença de um nódulo. Casos assintomáticos, detectados na estratégia de rastreamento, e casos sintomáticos, com sinais observados pela mulher ou pelo profissional de saúde, precisam ser investigados. A rede de atenção à saúde deve ser capaz de absorver as demandas por biópsias dos casos suspeitos, estabelecendo critérios clínicos de encaminhamento aos serviços de diagnóstico mamário. Recomenda-se que esses serviços priorizem os casos sintomáticos objetivando o diagnóstico precoce (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021a).

Pesquisas realizadas no Brasil evidenciam casos diagnosticados em estadiamento avançado. Estudo apontou que a prevalência do diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado foi de 43,67% (SANTOS et al., 2022) o que piora o prognóstico comprometendo a qualidade de vida a mulher (GONÇALVES et al., 2017). Estudo no Rio de Janeiro identificou um intervalo significativo de 5 a 6 meses entre a primeira consulta da paciente com sintomas do câncer de mama e o diagnóstico (REZENDE et al., 2009). O atraso no diagnóstico pode estar relacionado à falta de referências para realização da biópsia ambulatorial dos casos suspeitos, ao longo tempo para agendamento da consulta especializada nos Centros de Referências (GEBRIM et al., 2014), ou ao não reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos ou ao medo da doença (SOUSA et al., 2019).

Além do acesso à investigação diagnóstica, a rede de atenção à saúde precisa estar organizada para garantir o início imediato do tratamento oncológicos dos casos confirmados com vistas a impedir o crescimento do tumor. Estudo realizado com dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), no período entre 2000 e 2012, indicou um tempo mediano de 43 dias entre o diagnóstico e o tratamento (RENNA JUNIOR; SILVA, 2018). E em estudo que considerou mulheres residentes do município do Rio de Janeiro e com mamografia com resultado alterado, o tempo mediano até o início do tratamento foi de 206 dias (TOMAZELLI; DOS-SANTOS-SILVA; SILVA, 2018). A diferença de tempo entre os dois estudos pode indicar dificuldade em obter a confirmação diagnóstica após um resultado anormal na mamografia. Outro estudo que mostrou uma associação importante entre os tempos que as pacientes levaram para procurar atendimento médico após início dos sintomas e o diagnóstico, realizado

no Hospital do Câncer III (HCIII), localizado no município do Rio de Janeiro, concluiu que o atraso se deu mais pela demora do diagnóstico, de responsabilidade da rede de serviços de saúde, do que por responsabilidade da mulher, que muitas vezes se sente culpada por acreditar que poderia ter identificado a doença mais cedo (SIQUEIRA et al., 2014).

Uma pesquisa recente, que investigou os gastos associados ao tratamento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em diferentes estágios, chegou à conclusão de que há um significativo impacto econômico quando se compara o custo do cuidado de pacientes em estágios avançados com o tratamento daqueles em estágios iniciais da doença. Isso reforça, também, a relevância das políticas e programas voltados para a detecção precoce do câncer de mama (MONTIEL-JARQUÍN et al., 2023).

No município do Rio de Janeiro, o HC III é o principal hospital habilitado em oncologia para tratamento do câncer de mama e confirmação diagnóstica de casos assintomáticos do estado do Rio de Janeiro. Considerando a expertise acumulada vislumbra-se que inserção do HC III como centro diagnóstico do câncer de mama na rede do Rio de Janeiro poderia contribuir na absorção de parte das necessidades de biópsias, inclusive dos casos sintomáticos, considerando a urgência que esses casos inspiram e que padecem pela demora no processo diagnóstico (TESSER; D'ÁVILA, 2016).

2. JUSTIFICATIVA

Como enfermeira do HC III há 20 anos observo relatos diários de pacientes que apesar da identificação de um sinal, sintoma ou exame radiológico suspeito, tiveram dificuldades para realização de exames e procedimentos para o diagnóstico do câncer de mama. Nem todos têm acesso fácil a serviços de saúde ou conseguem assumir os custos dos procedimentos, repercutindo em atraso no plano diagnóstico, terapêutico e, conseqüentemente, no prognóstico.

Ressalta-se que são observados, na rotina atrasos significativos no início da terapêutica do câncer de mama devido ao desconhecimento dos usuários sobre a importância de levarem, na primeira consulta no HC III, a lâmina e o bloco das biópsias realizadas fora do INCA e aos obstáculos enfrentados na obtenção dos resultados nos laboratórios.

Considerando a relevância do HC III para o tratamento do câncer de mama, a sua localização estratégica no município do Rio de Janeiro, a capacidade instalada do hospital e toda expertise do corpo clínico, me questiono sobre a necessidade e viabilidade de um centro diagnóstico de câncer de mama. Essa iniciativa se justificaria para ampliar a oferta de procedimentos diagnósticos no Sistema Único de Saúde (SUS) para lesões palpáveis e impalpáveis, garantindo a qualidade, precisão e agilidade nos resultados, o que resultaria em tratamento mais adequado aos pacientes.

A demora no diagnóstico do câncer de mama pode ser compreendida utilizando-se um modelo lógico, como proposto por Cassiolato e Guerresi (2010). O atraso para o diagnóstico de câncer de mama corresponderia ao macroproblema, propiciando a evolução da doença para fases mais agressivas, com possível aumento da taxa de mortalidade e/ou piora da qualidade de vida e aumento dos custos para os sistemas de saúde. Esse problema, esquematizado abaixo (Figura 1), acontece devido a inúmeros fatores como o *déficit* da oferta de biópsias mamárias pelo SUS, ao *déficit* de profissionais especializados na realização de biópsias mamárias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e/ou demora no encaminhamento de lesões que demandam biópsias, que impactam no tratamento

do câncer de mama. Ao abordar essas causas e consequências, identifica-se a criação de um centro diagnóstico de câncer de mama como possível solução e uma das estratégias para reduzir atrasos favorecer o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno.

Acredita-se que a avaliação da necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no HC III, como estratégia de detecção precoce para o câncer de mama, contribui na organização da linha de cuidado, pois fortalece as ações de controle do câncer de mama no município do Rio de Janeiro e amplia a oferta de biópsias na rede SUS, reduzindo o intervalo de tempo até a confirmação diagnóstica.

Figura 1 - Atraso do diagnóstico no câncer de mama



Fonte: Modelo adaptado (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Câncer de mama

O câncer de mama reúne um grupo de tumores que variam em termos de sintomas e progressão e podem responder de maneira diferente ao tratamento. Ele se inicia quando células anormais começam a se multiplicar sem controle, perdendo a capacidade de morrer de maneira programada, o que é chamado de apoptose. Essa desregulação ocorre devido a mudanças no código genético, que podem ser desencadeadas por fatores ambientais ou por características genéticas hereditárias, como mutações associadas a síndromes genéticas (SEGAL et al., 2001).

O nódulo é o sintoma mais comum de câncer de mama, geralmente indolor, duro e irregular. Também podem ser sinais de câncer de mama: edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022b).

Diversos fatores estão relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama entre as mulheres, como: envelhecimento, determinantes relacionados à vida reprodutiva da mulher, histórico familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, atividade física insuficiente e exposição à radiação ionizante. O INCA sintetiza os principais fatores, baseados em estudos que confirmam essa evidência, em: fatores de risco comportamentais/ambientais; relacionados a vida reprodutiva e hormonal; e relacionados a fatores hereditários e/ou genéticos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021a). Dentre os fatores genéticos envolvidos, dois genes são os de maior significado quando mutados, BRCA 1 e BRCA 2, e que aumentam significativamente o risco de aparecimento da doença nas mulheres portadoras (HAYES; PULFORD, 1995).

A obesidade é um fator de risco comportamental para o câncer de mama. Revisão bibliográfica concluiu que há uma associação entre surgimento de

neoplasias mamárias em mulheres com obesidade no período pós-menopausa (MENEZES; OLIVEIRA; BARRETO, 2021)

A atividade física também está relacionada com a prevenção do câncer de mama. Existem evidências científicas que a prática regular de exercícios físicos pode ter função protetora no desenvolvimento da doença. Estudo que associou fatores antropométricos a resultados de mamografia, evidenciou que mulheres ativas apresentavam 70% menos chance de alterações mamográficas do que em mulheres sedentárias. Reforçando a evidência de que a prática regular de exercícios físicos pode ter uma função protetora no desenvolvimentos da câncer de mama (SANT'ANA et al., 2016).

O álcool, quando consumido diariamente aumenta de 7 a 10% o risco da mulher desenvolver o câncer de mama. Essa associação é observada tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa. Comparada com outros órgãos, a mama parece ser mais suscetível aos efeitos cancerígenos do álcool (LIU; NGUYEN; COLDITZ, 2015).

A exposição frequente a radiações ionizantes (Raios-X, tomografia computadorizada, mamografia etc.) e história de tratamento prévio com radioterapia no tórax também são citados como fatores de risco ambientais (THULER, 2003).

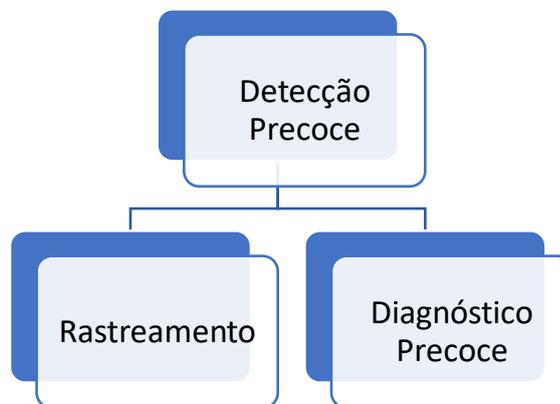
Entre os fatores de risco relacionados a aspectos da vida reprodutiva/hormonal, autores descrevem que, sendo o câncer de mama uma doença estrogênio-dependente, engloba a menarca precoce (que ocorre aos 11 anos ou em idades inferiores), a menopausa tardia (que ocorre aos 55 anos ou mais), primigesta com 30 anos ou mais e mulheres que não tiveram nenhuma gestação ao longo da vida (OLIVEIRA et al., 2019). Ter feito terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona), principalmente por mais de cinco anos com terapia combinada, pode aumentar o risco de carcinomas mamários (MARTINS et al., 2021).

Estudo publicado no *New England Journal of Medicine* (MØRCH et al., 2017) revela que o risco de câncer de mama é maior para as usuárias de anticoncepcionais em relação àquelas que nunca recorreram ao medicamento. O estudo também afirma que o risco se eleva na medida em que aumenta o tempo de uso. O risco foi 9% superior a partir de um ano de uso e 38% superior a partir de dez anos de uso.

3.1.1 Detecção Precoce

O controle do câncer através de ações de detecção precoce é recomendado visto que as chances de cura são maiores quanto mais cedo um câncer for diagnosticado e tratado. A detecção precoce do câncer visa a prevenção secundária da doença e compreende, como esquematizado na Figura 2, o rastreamento, quando pessoas aparentemente saudáveis são submetidas a exames com finalidade diagnóstica, e o diagnóstico precoce, quando indivíduos com sinais e sintomas suspeitos são investigados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021a).

Figura 2 – Detecção precoce do câncer de mama



Fonte: Elaboração própria, 2024.

As ações de rastreamento buscam a detecção da doença na fase pré-clínica, ou seja, assintomática. Para o sucesso dos programas de rastreamento deve-se garantir a cobertura da população-alvo, qualidade e acesso aos exames. O Ministério da Saúde recomenda, baseado em revisões sistemáticas da literatura, a

mamografia de rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos (MIGOWSKI et al., 2018a).

Essa abordagem, através da mamografia, é amplamente adotada na maioria dos países que implementaram programas organizados de rastreamento do câncer de mama. Isso ocorre porque essa estratégia possui evidências de eficácia, resultando em uma redução significativa na mortalidade e um equilíbrio mais favorável entre os riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e com intervalos de rastreamento diferentes, a relação entre riscos e benefícios associados à mamografia é menos favorável (KLARENBACH et al., 2018).

A detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária de Saúde (APS) é realizada de acordo com as Diretrizes Brasileiras do Ministério da Saúde publicadas em 2015 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). No município do Rio de Janeiro, conforme o Manual de Orientações para Regulação da Investigação Diagnóstica e Tratamento de Câncer (2019), os profissionais devem se atentar ao método indicado para o rastreamento, a periodicidade e a população alvo. A recomendação da realização da mamografia deve ser incluída no Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), definindo se a indicação é mamografia de rastreamento ou diagnóstica e descrevendo todos os aspectos clínicos relevantes na justificativa da solicitação. O agendamento é realizado pela própria unidade solicitante. A ultrassonografia também pode ser solicitada, não como exame de rastreamento, mas em casos de mamas densas e como indicação de complementação de mamografias inconclusivas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Com vistas a padronizar a leitura e estrutura do laudo, bem como a conduta orientada a partir de imagens da mamografia utiliza-se classificação BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) que consiste num dicionário de terminologias e definições (ACR, 2016). A partir da categoria BI-RADS, descrita no laudo da mamografia, estabelece-se a conduta clínica. No quadro 1, estão descritas as condutas pós rastreamento mamográfico considerando o resultado BI-RADS.

Quadro 1 - Conduta pós rastreamento de acordo com achado mamográfico e o risco de câncer

Categoria BI RADS	Achado Mamográfico	Risco de Câncer	Conduta
0	Inconclusivo	Indeterminado	Realização de nova mamografia ou ultrassonografia
1	Mamas normais	Excepcional	Mamografia de acordo com a faixa etária
2	Benignos	Excepcional	Mamografia de acordo com a faixa etária
3	Provavelmente benignos	<2%	Mamografia semestral no 1º ano, anual no 2º e 3º anos após, de acordo com a faixa etária
4	Suspeitos de malignidade	2% a 95%	Realizar estudo histopatológico
5	Altamente suspeitos de malignidade	>95%	Realizar estudo histopatológico

Adaptado: Manual para regulação da investigação diagnóstica e tratamento de câncer no município do Rio de Janeiro/2019

Destaca-se que na classificação BI-RADS existe também o resultado categoria 6, atribuído às mulheres que já possuem diagnóstico histológico de câncer de mama proveniente de uma mamografia diagnóstica.

O principal propósito da mamografia como ferramenta de rastreamento para o câncer de mama é diminuir a taxa de mortalidade por meio da detecção de casos em estágios iniciais da doença. No entanto, a eficácia do rastreamento está intrinsecamente ligada à qualidade e ao desempenho dos equipamentos, materiais e procedimentos utilizados na mamografia (NECZYPOR; VILLA REAL; BOCAMINO DORO, 2021). A portaria 2.898 de 2013, atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) e entre as ações para aprimoramento da qualidade do exame destaca-se a qualidade da imagem e da interpretação pelo profissional de saúde (BRASIL, 2013a).

Em relação às mulheres sintomáticas, independentes da idade, recomenda-se a realização dos exames indicados para investigação, que são a mamografia diagnóstica e/ou ultrassonografia mamária. Não existem, até o momento, evidências

científicas que respaldem a realização de outros exames de imagem para o rastreamento, como a tomossíntese, ultrassonografia ou ressonância magnética, na redução na mortalidade por câncer de mama (WÖCKEL et al., 2018).

Estudo realizado no município do Rio de Janeiro demonstrou que 52% das mulheres sintomáticas que confirmaram câncer de mama, apresentavam estadiamento clínico avançado. Esse resultado é preocupante, visto que o estadiamento avançado piora o prognóstico (MEDEIROS et al., 2020). Apesar de mulheres sintomáticas iniciarem o tratamento mais rapidamente, o diagnóstico do câncer após o sintoma aumenta em 31% a chance do tratamento iniciar em estadiamentos mais avançados, gerando um pior prognóstico (MEDEIROS, 2017).

3.1.2 Diagnóstico e Tratamento

Além de um exame clínico completo, a investigação diagnóstica para o câncer de mama pode iniciar-se com a mamografia e/ou a ultrassonografia mamária, seguidas de biópsia para confirmação diagnóstica (*core* biópsia, mamotomia e biópsia cirúrgica), conforme resultado da imagem e/ou da indicação clínica. Mulheres assintomáticas com resultado de mamografia alterada, dependendo das características da lesão, podem ficar em controle radiológico ou seguir diretamente para biópsia (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021b).

A punção por agulha grossa (PAG), também designada *core* biópsia (CB), é realizada por agulha acoplada a um tipo de pistola clínica que permite a retirada de alguns milímetros de tecido (amostra geralmente suficiente) e é realizada em ambiente ambulatorial sob anestesia local. Pode ser realizada guiada por palpação, por mamografia e por ultrassonografia (BRUENING, 2010; VERKOOIJEN, 2002). Em comparação com a biópsia por aspiração com agulha fina, a CB fornece um diagnóstico histológico mais preciso (GALHARDO et al., 2012).

A biópsia cirúrgica é um procedimento, ambulatorial e hospitalar, mais tradicional, podendo ser incisional, quando há retirada de parte da lesão, e excisional quando é retirada toda lesão. Estudos sinalizam que não deve ser utilizada como ferramenta diagnóstica, a menos que a biópsia percutânea guiada por palpação ou por imagem não seja possível (GALHARDO et al., 2012).

A mamotomia consiste num dispositivo gerador de vácuo, acoplado a uma caixa metálica, especialmente desenhada para acomodar uma agulha especial de *gauge* 11 (sonda). Nessa técnica, o tecido é aspirado para dentro de compartimento existente na extremidade da sonda, sendo de imediato cortado por um bisturi circular contido no seu interior. Em seguida o fragmento é aspirado para fora da mama e retirado do sistema. Múltiplos fragmentos podem ser obtidos sem que se necessite retirar a sonda (AMBROSIO et al., 2004). Trata-se de um exame pouco invasivo, que contribui para que mulheres com suspeita de câncer de mama não passem por cirurgias invasivas. Esse método diagnóstico não faz parte dos procedimentos ofertados pelo SUS.

O material coletado, por PAG ou biópsia cirúrgica, deve ser enviado a análise histopatológica para confirmação diagnóstica. Confirmado o câncer, as mulheres devem ser encaminhadas para tratamento numa unidade hospitalar de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O tratamento do câncer de mama varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como as condições da paciente (idade, *status* menopausal, comorbidades e preferências). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases (doença a distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022c).

Os métodos de diagnóstico não invasivos e invasivos, juntamente com a análise histológica das biópsias antes da cirurgia e os resultados dos testes imunohistoquímico (incluindo receptores de estrogênio, progesterona, status de HER2, classificação e antígeno Ki-67), possibilitam o planejamento cirúrgico direcionado durante a consulta pré-tratamento, considerando o tratamento quimioterápico neoadjuvante quando necessário (WÖCKEL et al., 2018). As

modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em tratamento local através de cirurgia e radioterapia e tratamento sistêmico que pode envolver quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2022c).

No Brasil, a Lei nº 12.732/2012 (BRASIL, 2012a) dispõe que o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ocorrer, no prazo de até 60 dias contados a partir do diagnóstico, sendo considerado primeiro tratamento oncológico a realização de cirurgia ou o início da radioterapia ou de quimioterapia ou hormonioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. Em 2013, a Portaria 876 dispõe que esse tempo deve ser contado a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente (BRASIL, 2013b), contudo a Portaria 1.220 de 2014 (BRASIL, 2014a) altera a Portaria 876 e esclarece que o prazo deverá ser contado a partir do diagnóstico patológico. E a Lei nº 13.896/2019 (BRASIL, 2019), estabelece a obrigatoriedade de que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.

Com o objetivo de fortalecer as ações relacionadas ao diagnóstico precoce, confirmação diagnóstica e tratamento especializado do câncer de mama, a Portaria nº 189/2014, estabelece a criação e os critérios para o funcionamento de Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM). Para obter a habilitação determinados, os serviços precisam atender a requisitos específicos, como a realização de procedimentos médicos, a presença de profissionais qualificados, oferta de consultas especializadas, ter parcerias com laboratórios para análise de exames citopatológicos e histológicos bem como acesso a serviços especializados para tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia. A portaria também estabelece incentivos financeiros para o custeio e investimento nesses serviços, incluindo a aquisição de equipamentos e materiais permanentes (BRASIL, 2014b).

Essas normativas buscam minimizar o atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento. Uma pesquisa da Fundação do Câncer mostrou que 65,70% das pacientes com diagnóstico de câncer de mama levam mais de 60 dias para iniciar o tratamento (MANCINI, 2022). Estudo recente, que incluiu mulheres com diagnóstico de câncer de mama residentes nas 118 macrorregiões de saúde brasileiras, concluiu

que metade das pacientes iniciaram seu tratamento 60 dias após o diagnóstico, principalmente mulheres na faixa etária acima de 40 anos e que moravam distante dos centros de tratamento (NOGUEIRA et al., 2023).

3.2 Caracterização assistencial da Linha de Cuidado do controle do Câncer de Mama no Rio de Janeiro

Com o aumento da expectativa de vida, o Rio de Janeiro, como muitos locais, vem mudando o perfil demográfico da população, podendo ser mais perceptível o aumento das doenças crônicas não transmissíveis incluindo o câncer. Apesar de sua localização em uma região economicamente próspera, o Estado do Rio enfrenta sérios problemas de desigualdade, que afetam negativamente a saúde da população e o acesso aos serviços de saúde tanto para prevenção quanto para o tratamento (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) institui como princípio a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer incluindo a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos que devem ser oferecidos de forma oportuna permitindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2023).

Segundo a PNPCC (BRASIL, 2023), o controle do câncer depende da otimização de toda linha de cuidado a ser operacionalizada nos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, considerando a natureza do trabalho realizado em cada um desses pontos. As unidades da atenção primária, por serem descentralizadas e espalhadas pelo território estão mais próximas da população e a elas competem as ações de promoção da saúde, prevenção dos principais fatores de risco e ações de detecção precoce. A atenção especializada, com consultas de especialistas pode ser regionalizada. Segundo a plataforma de sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde, o e-Gestor (2021), o Brasil possui uma cobertura de atenção primária em torno de 90%, mas ainda tem carência de serviços na atenção especializada (TOLÊDO et al., 2016).

A otimização dos encaminhamentos, tanto para confirmação quanto para o início do tratamento depende dos sistemas de regulação que são responsáveis por administrar a disponibilidade de consultas com especialistas e exames, além de determinar o local onde ocorrerá o atendimento, levando em consideração fatores como: a proximidade da residência do paciente e a complexidade do caso, visando, principalmente, minimizar a necessidade de grande deslocamento por parte do paciente, ao mesmo tempo em que busca diminuir as filas de espera (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Dois sistemas de regulação operam na linha de cuidado do câncer de mama no município do Rio de Janeiro: o Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) e o Sistema de Regulação Estadual (SER). O encaminhamento para investigação diagnóstica do câncer de mama segue critérios pré-estabelecidos no documento “Orientações para regulação da investigação diagnóstica e tratamento de câncer no município do Rio de Janeiro”, da Prefeitura do Rio de Janeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2019). O documento sinaliza aos profissionais de saúde que, para qualquer tipo de câncer, é fundamental que o profissional da APS esteja atento aos sinais de alerta, que demandam investigação imediata, como demonstrado no Quadro 2 e Figura 3.

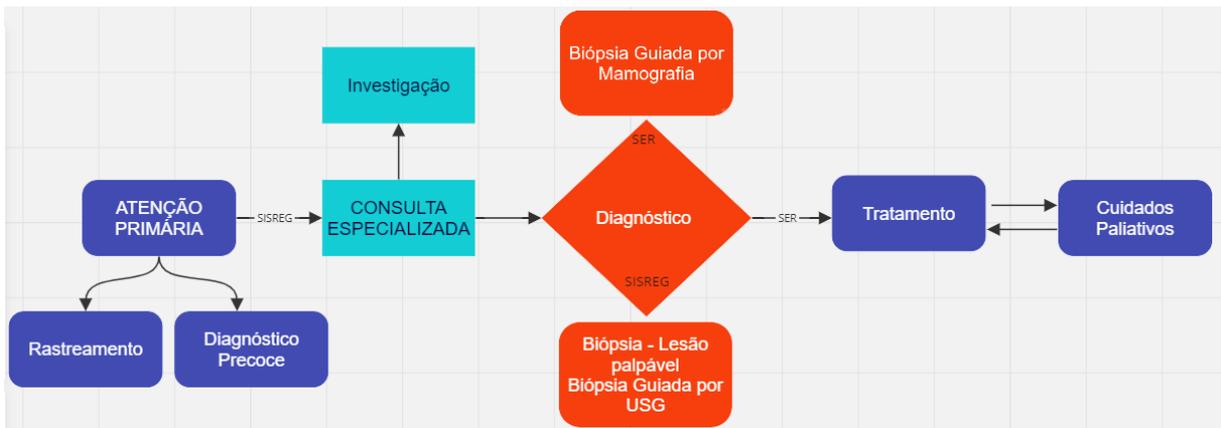
Quadro 2 – Critérios para investigação diagnóstica de lesões mamárias no município do Rio de Janeiro

Investigação Diagnóstica	Sistema	Procedimento	Critérios
Lesão Palpável	SISREG	Biópsia de Mama	<p>Achados suspeitos no Exame Clínico das Mamas (ECM):</p> <p>Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independentemente de idade;</p> <p>Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos, ou presente depois da menopausa.</p> <p>Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama;</p> <p>Nódulo mamário em mulheres com alto risco para o câncer de mama;</p>

			<p>Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções de mamilo;</p> <p>Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea;</p> <p>Exame de imagem BI-RADS 4,5,6;</p> <p>Exame de imagem BI RADS 0, que após USG permaneceu inconclusivo ou reclassificado como BI-RADS 4,5;</p> <p>Exame de imagem BI-RADS 3 com sinais de progressão em exames de controle.</p>
Lesão Impalpável	SISREG	Biópsia de Mama guiada por USG	<p>Achados suspeitos no ECM</p> <p>Exame de imagem BI RADS 4 ou 5;</p> <p>Lesão visível à USG.</p>
	SER	Consulta em Mastologia Oncológica	<p>Achados suspeitos no ECM</p> <p>Exame de imagem BI RADS 4 ou 5;</p> <p>Lesão visível à mamografia.</p>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019.

Figura 3 – Linha de Cuidado no controle do câncer de mama no Rio de Janeiro, estratégias orientadas por protocolos clínicos



Fonte: Adaptado de Fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019

A consulta com especialista, o encaminhamento para investigação diagnóstica do câncer de mama e o tratamento são regulados por meio do SISREG e do SER. Embora o SER seja a referência para o início do tratamento oncológico nos hospitais

especializados, através do encaminhamento de mulheres com diagnóstico do câncer de mama, ele dispõe também de uma fila para inclusão de pacientes com lesões impalpáveis visualizadas apenas por mamografia que são encaminhadas para hospitais especializados que dispõe de métodos diagnósticos específicos para esse tipo de lesão suspeita (Figura 3 e 4).

Figura 4 – Fluxo de encaminhamento através dos Sistemas de Regulação. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: Adaptado de Fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019.

A regulação dos pacientes do município do Rio de Janeiro no SER pode ser feita diretamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Pacientes dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro devem procurar as Secretarias de Saúde dos seus municípios para solicitar o agendamento. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e/ou Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para cadastro na CNRAC – Central Nacional de Regulação

da Alta Complexidade (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017)

A articulação entre os gestores municipais para pactuação das referências intermunicipais é feita por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2006). A PPI é o instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (MOREIRA; TAMAKI, 2017). Deve, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada por outros municípios (BRASIL, 2011).

3.2.1 SISREG: Sistema de Regulação de Vagas

O Sistema de Regulação (SISREG) é uma plataforma informatizada desenvolvida pelo DATASUS e disponibilizada pelo Ministério da Saúde, com o propósito de coordenar o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Sua principal missão é garantir um fluxo eficiente e qualificado. Esse sistema desempenha um papel fundamental na administração das vagas ambulatoriais, abrangendo tanto a oferta quanto a solicitação e a execução dos atendimentos. O município do Rio de Janeiro começou a utilizar o SISREG no ano de 2019 para a regulação de exames, procedimentos e consultas médicas. Os usuários desse sistema são divididos em três perfis distintos: solicitante, regulador e coordenador de unidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

A solicitação no SISREG, segundo o Manual de Regulação Ambulatorial ocorre no momento do atendimento, exigindo um conjunto mínimo de informações para uma compreensão adequada do quadro clínico do paciente, visando evitar pendências ou devoluções à atenção primária. Todas as solicitações são comunicadas ao paciente,

permitindo que ele acompanhe o processo por meio do Portal da Transparência do SISREG (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

No contexto do Rio de Janeiro, o agendamento de procedimentos é categorizado por cores, com o vermelho destinado a situações clínicas graves que requerem agendamento prioritário em até 30 dias, o amarelo para situações com prioridade de agendamento em até 90 dias, o verde para agendamentos que podem aguardar até 180 dias e o azul para casos em que o agendamento pode ser feito em prazo superior a 180 dias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

Os reguladores desempenham papéis cruciais no SISREG, incluindo: negação de solicitações quando o quadro clínico do paciente não é compatível com o procedimento solicitado; devolução de solicitações que requerem informações adicionais do solicitante; autorização de vagas disponíveis; inserção de solicitações pendentes para vagas indisponíveis; e alteração dos critérios de prioridade, seja por avaliação do regulador ou em função de mudanças clínicas no paciente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

No agendamento dos procedimentos, são levados em consideração a escolha do paciente, a proximidade da unidade de saúde, a data mais adequada e a data viável para a comunicação com o paciente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

As Unidades de Atenção Primária têm a responsabilidade de coordenar o cuidado dos pacientes atendidos, agilizar a entrega dos agendamentos, monitorar solicitações devolvidas e negadas, identificar fragilidades na oferta de cuidados e administrar as senhas dos solicitantes. Por sua vez, as Unidades de Atenção Secundária (atenção especializada) têm a tarefa de fornecer escalas de vagas anuais tanto para primeiras consultas quanto para retornos, comunicar agendamentos para minimizar faltas, realizar contrarreferência dos pacientes e garantir a contrarreferência das pessoas reguladas. Essas ações desempenham um papel vital na gestão eficaz dos cuidados de saúde no município do Rio de Janeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2022).

3.2.2 SER: Sistema Estadual de Regulação

O SER foi criado em 2009, pela SES/RJ com o objetivo de agilizar o processo de busca de vagas na rede estadual de saúde do Rio de Janeiro. Organizar e otimizar as internações e realização de exames de alta complexidade, como, por exemplo, em oncologia (LUIZ; CARVALHO; LUIZ, 2018).

Determinados recursos assistenciais de alta complexidade e considerados estratégicos, conforme definição da CIB RJ nº 3.470 e 3.534,(COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2015a, 2015b), são solicitados e regulados exclusivamente por meio da REUNI/SES — Regulação Unificada. A plataforma utilizada é o Sistema Estadual de Regulação (SER) — acesso pelo link <https://ser.saude.rj.gov.br/ser/login>.

Com o objetivo de agilizar e qualificar o fluxo de acesso aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, a Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003, dispõe-se a garantir a integração das centrais no Estado, assessorar os municípios na implantação e operacionalização das ações de regulação e acompanhar a utilização dos protocolos de regulação e dos protocolos clínicos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2003).

3.3 Fluxo assistencial no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer

O INCA é um instituto do Ministério da Saúde (MS), diretamente vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), e sua relevância para o SUS está descrita na própria Lei Orgânica do SUS – Lei nº 8.080/1990, art. 41 – que destacou o INCA como “referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia” na área de Oncologia (BRASIL, 1990).

O Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, rerepresenta as competências regimentais do INCA e, em relação à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das

neoplasias malignas, ratifica sua abrangência, dentre as quais participar na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, bem como, planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020).

As unidades hospitalares do INCA (HC I, HC II, HC III e HC IV) estão localizadas na cidade do Rio de Janeiro e são classificadas como de alta complexidade, especializadas e habilitadas em oncologia, e oferecem tratamento integral às pessoas que têm câncer.

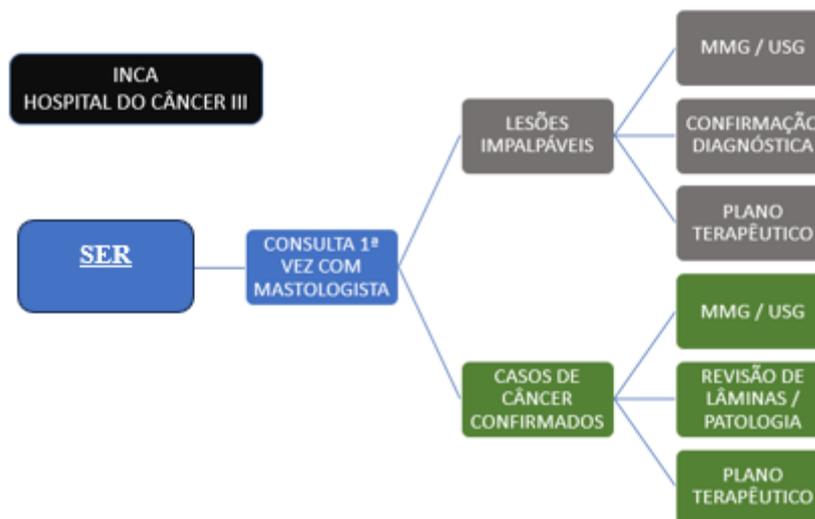
O HC III, uma das unidades hospitalares do INCA, se localiza no bairro de Vila Isabel e recebe, na sua triagem, pacientes provenientes do SER com diagnóstico de câncer para tratamento oncológico ou mulheres com lesões impalpáveis para confirmação diagnóstica, já que são lesões suspeitas com necessidade de procedimentos ofertados pela instituição (Figura 5).

O hospital tem 52 leitos ativos dedicados exclusivamente ao diagnóstico de casos de lesões impalpáveis e ao tratamento do câncer de mama (provenientes de lesões palpáveis e impalpáveis) e suas complicações. Trata-se de uma unidade de saúde do SUS que atende, isoladamente, ao maior número de pacientes com neoplasia mamária do município. Dados hospitalares internos de acesso público aos servidores do instituto, informados nas Aplicações Gerenciais da Intranet do INCA, mostram que no ano de 2021 e 2022 foram matriculados 1.338 e 1.252 pacientes, respectivamente.

O paciente, ao ser encaminhado pela regulação para o INCA, deverá se apresentar na data agendada com: autorização de consulta e exame, original e cópia dos documentos de identidade, CPF, comprovante de residência e todos os laudos/exames atuais que comprovem o diagnóstico de câncer. No caso de biópsias mamárias dos casos confirmados, a lâmina e o bloco devem ser solicitados no laboratório com pedido médico (geralmente da Unidade Básica de Saúde) para revisão obrigatória pelos laboratórios do INCA para início de qualquer propedêutica. A falta de orientação ou o não entendimento da necessidade desse material na consulta de 1ª vez (dia da triagem) compromete o fluxo e pode atrasar o início do tratamento.

Essas lâminas e blocos são recebidos pelo serviço de patologia da unidade e encaminhados para a Divisão de Patologia do INCA (DIPAT) para revisão de resultado e registro no sistema próprio do Instituto, na Intranet. Esse laudo leva aproximadamente 15 dias para ser liberado.

Figura 5: Fluxo de encaminhamento de pacientes para o HCIII através dos Sistemas de Regulação. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

As mulheres encaminhadas pelo SER com lesões impalpáveis, que necessitam de biópsia guiada por mamografia e casos já confirmados de câncer de mama são avaliadas, no primeiro atendimento no HCIII, por médico com especialidade em mastologia. Para os casos confirmados, se verificada a possibilidade de tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia) ou de cuidados paliativos, é feita a matrícula do usuário no INCA, com a abertura do prontuário. Quando não há indicação para tratamento relacionado ao câncer, os casos são reencaminhados, com orientação, às unidades de origem. Na avaliação inicial, é realizado, a anamnese completa, exame clínico das mamas, avaliação de exames complementares como mamografia e/ou ultrassonografia bilateral e confirmação diagnóstica com revisão e/ou realização de exames histopatológicos com o objetivo

de estadiamento clínico e conseqüente planejamento terapêutico. Para as mulheres com lesões impalpáveis com suspeita de câncer de mama, são realizados novos exames de imagem e, se a alteração for confirmada, procede-se a abertura de matrícula e encaminhamento para radiologia para agendamento de biópsias guiadas. Caso a alteração não seja confirmada, a mulher é reencaminhada para APS.

Após avaliação, os usuários matriculados são agrupados em quatro grupos distintos para solicitação de exames e consultas.

GRUPO I: lesões impalpáveis.

GRUPO II: tumores palpáveis até estágio II.

GRUPO III: tumores estágio IIIA ou maior. Nesses casos recorre-se ao tratamento neoadjuvante ou paliativo.

GRUPO IV: pacientes pós-tratamento neoadjuvante, antes da cirurgia.

A partir desses grupos são definidos exames e procedimentos invasivos complementares e retorno na deliberação cirúrgica com a mastologia para indicação de cirurgia, como primeiro tratamento ou encaminhamento para Oncologia Clínica para tratamento neoadjuvante ou paliativo.

O estadiamento clínico anatômico do câncer de mama leva em consideração o tamanho (T), nódulos comprometidos (N) e ocorrência de metástase (M). A Classificação de Tumores Malignos agrupa os tumores em estágio que variam de 0 a IV, sendo 0 a classificação referente ao carcinoma da mama *in situ*, o estágio mais inicial, e IV o mais avançado dos carcinomas invasivos (AMIN et al., 2017).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer, no município do Rio de Janeiro.

4.2 Objetivos Específicos

- a. Estimar o total de mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos, para o rastreamento, e as sintomáticas, usuárias do SUS, residentes no município do RJ;
- b. Estimar a necessidade de biópsias mamárias na linha de cuidado do câncer de mama na população usuária exclusivamente do SUS;
- c. Descrever o cenário atual da oferta e da realização de biópsias mamárias no município do Rio de Janeiro;
- d. Entender o fluxo de encaminhamento da rede assistencial do município e do estado do Rio de Janeiro na linha de cuidado do câncer de mama e propor um fluxo que contemple o CDCM;
- e. Descrever a estrutura existente no HCIII/INCA e a realização de procedimentos diagnósticos de câncer de mama nesta Unidade.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quanti-qualitativa, que utilizou os procedimentos metodológicos descritos nas etapas a seguir:

Etapa 1: Estudo descritivo da necessidade e oferta de biópsias no município do Rio de Janeiro

Para identificar a população feminina total do município do Rio de Janeiro e as mulheres com idade entre 50 e 69 anos a serem rastreadas foram utilizados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2021 por serem os mais atualizados no momento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A população de mulheres usuárias do SUS residentes no município do Rio de Janeiro foi obtida subtraindo-se a população de mulheres cobertas pela saúde suplementar, tendo como base o mês de dezembro de 2022 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022).

Para estimar a população de mulheres sintomáticas usuária do SUS residentes no município, foram utilizados os parâmetros técnicos para a detecção precoce do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023), que definem o número esperado de mulheres sintomáticas com base na incidência bruta de câncer de mama estimada. Utilizou-se a estimativa de casos de câncer de mama para a capital do Rio de Janeiro, no ano de 2023 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2022).

Para identificar a necessidade de biópsia, os parâmetros são usualmente aplicados numa base populacional para realizar o planejamento local. Além de calcular a necessidade de biópsia para uma cobertura populacional, avaliou-se também a necessidade a partir das mamografias realizadas e informadas. Assim, a necessidade de biópsia considerou:

- 1) a população SUS dependente do ano de 2022: rastreada (programação para 100% das mulheres com idade entre 50 e 69 anos na periodicidade bienal) e sintomática.

2) as mamografias realizadas e informadas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) do município do Rio de Janeiro, durante o ano de 2022.

Para definir a necessidade de biópsia a partir da mamografia de rastreamento, utilizou-se o parâmetro de necessidade de 0,86% e para mamografias diagnósticas, os parâmetros, de 31,10% e 23,90%, nas faixas etárias abaixo de 30 anos e de 30 anos ou mais, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023).

A identificação das mulheres sintomáticas SUS dependente e a necessidade de biópsias no município do Rio de Janeiro foi apresentada no artigo: Diagnóstico Precoce de Câncer de Mama em Mulheres com Lesões Palpáveis: Oferta, Realização e Necessidade de Biópsias no Município do Rio de Janeiro, publicado na Revista Brasileira de Cancerologia (APÊNDICE A).

Para descrever a oferta de vagas destinadas às biópsias de mama, levando em consideração lesões palpáveis e impalpáveis, foram utilizadas as informações contidas no Sistema de Regulação da Rede Municipal (SISREG) e a produção de biópsia informada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), esse último referente ao período de 2017 a 2022. Esse intervalo de tempo foi definido para amenizar o possível efeito da pandemia COVID-19 na oferta e realização de biópsias no município.

O total de vagas registrado no SISREG (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2023) foi disponibilizado, com acesso público, a partir 2021. Foram avaliadas para 2021 e 2022 as informações de “Biópsias de mama para lesão palpável” e “Biópsia de mama guiada por USG” por estabelecimento de saúde, agrupadas nas dez áreas programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro. A divisão em AP é feita pela localização e proximidade dos bairros seguindo a lógica do SUS que é de oferecer serviços de prevenção e promoção da saúde de acordo com as necessidades de cada área (CASTRO, 2020). As vagas destinadas a PPI não foram incluídas.

Comparou-se a necessidade estimada de biópsias com o total ofertado no SISREG e com as biópsias realizadas e informadas no SIA/SUS, quanto ao *déficit* ou sobre oferta. O cálculo considerou a diferença entre o total estimado, via base

população e mamografias realizadas e informadas no SIA/SUS, e o total ofertado dividido pelo total estimado multiplicado por 100.

Para a série histórica de biópsia foi considerada a produção de biópsia informada no SIA/SUS, o estabelecimento de saúde onde as biópsias foram realizadas e a localização na AP no município do Rio de Janeiro, fornecendo uma visão longitudinal das vagas disponíveis para os residentes do município do Rio de Janeiro.

Etapa 2: Entrevista semiestruturada com gestores

Foi realizada entrevista semiestruturada com os gestores dos Sistemas de Regulação estadual (SER) e municipal (SISREG) para conhecer melhor o fluxo de encaminhamento para a realização de biópsia de mama no município do Rio de Janeiro, bem como as dificuldades existentes. Com as entrevistas foi possível também identificar o fluxo para o tratamento do câncer de mama.

Utilizou-se um instrumento norteador (APÊNDICE D e E) para direcionar as entrevistas que aconteceram após contato telefônico prévio e agendamento com cada participante. As entrevistas ocorreram de forma presencial e foram realizadas em local reservado e gravadas após a aceitação do entrevistado e a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B e C), disponibilizado no formato impresso e entregue no momento da entrevista, com leitura e esclarecimento de eventuais dúvidas.

Apenas as pesquisadoras tiveram acesso à gravação e a transcrição das entrevistas. Para assegurar o anonimato e sigilo, os áudios das gravações foram arquivados durante o mestrado para o esclarecimento de eventuais dúvidas e serão excluídos após finalização da dissertação e defesa do mestrado.

Os dados coletados nas entrevistas foram sintetizados e analisados em três temas: regulação, comunicação e percepção do gestor (Quadro 3).

A proposta de fluxo de encaminhamento para realização da biópsia no CDCM e desse para o tratamento oncológico foi elaborada considerando as informações obtidas nas entrevistas e nos documentos norteadores. O fluxo encontra-se no Produto Técnico Tecnológico como Sumário Executivo (APÊNDICE G).

Quadro 3 – Temas levantados nas entrevistas com gestores dos Sistema de Regulação municipal e estadual. Rio de Janeiro, 2023.

Tema	
Regulação	Inclusão na Fila de Regulação
	Motivos de atrasos no encaminhamento
	Protocolos Técnicos para Regulação
	Capacitação para uso do Sistema de Regulação
Percepção sobre o processo de regulação pelo gestor responsável	Principais dificuldades
	Processo de Regulação no Município/Estado
	Estratégias para otimizar a regulação
Comunicação	Entre Regulador e Unidades executantes
	Entre Regulador/Solicitante e usuário

Etapa 3: Descrição da estrutura e serviços do Hospital do Câncer III

Para descrever a estrutura ambulatorial e hospitalar do HC III (física e de recursos humanos), relacionada a etapa de investigação diagnóstica do câncer de mama, foram utilizadas as informações do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) do DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS, [s.d.]), através do número de CNES do HC III (nº 2273462), e entrevista semiestruturada com o gestor da unidade.

Para a entrevista com o gestor do HC III foi elaborado um instrumento norteador (APÊNDICE F). A entrevista aconteceu após agendamento prévio, de forma presencial, em local reservado, e foi gravada após a aceitação do entrevistado e da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), que foi disponibilizado no formato impresso, entregue no momento da entrevista com leitura e esclarecimento de eventuais dúvidas.

As respostas da entrevista foram organizadas num quadro consolidado e agrupadas em temas conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Temas levantados na entrevista com o gestor do Hospital do Câncer III/INCA. Rio de Janeiro, 2023

Tema
Disponibilização de vagas para Regulação
Atrasos relacionados ao Serviço de Patologia
Viabilidade de um Centro de Diagnóstico
Estratégias de melhoria de acesso

O dimensionamento da estrutura necessária para o CDCM atender parte dos casos que necessitem de biópsia, considerou a infraestrutura atual e os procedimentos realizados no ano de 2022. Os procedimentos diagnósticos, realizados no HC III foram: número de atendimentos especializados com médico mastologistas (CBO: 225255), mamografia (diagnóstica e rastreamento), ultrassonografia das mamas, biópsias (guiadas por USG ou MMG e PAG), mamotomia guiada por estereotaxia ou ultrassonografia. Os procedimentos realizados foram obtidos no SIA/SUS e na entrevista com o gestor da Unidade, o qual forneceu dados de monitoramento interno, relacionados a procedimentos realizados na radiologia e no serviço de mastologia.

Do SIA/SUS foram utilizados os seguintes códigos dos procedimentos:

- Biópsia percutânea orientada por imagem – Código: 02.01.01.054-2
- Punção de mama por agulha grossa – Código: 02.01.01.060-7
- Mamografia de rastreamento – Código: 02.04.03.018-8
- Mamografia bilateral – Código: 02.04.03.003-0
- Ultrassonografia mamária bilateral – Código: 02.05.02.009-7
- Consulta médica especializada com médico mastologista – Código: 03.01.01.007-2 e CBO: 225255

As biópsias no HC III são registradas como biópsias percutâneas orientada por tomografia computadorizada / ultrassonografia / ressonância magnética / Raio X, contudo, as biópsias apresentadas e informadas no SIA/SUS não têm a informação

sobre o equipamento que orientou/guiou o procedimento. No estudo as biópsias realizadas no HC III foram agrupadas como “biópsia orientada por imagem”. Embora o procedimento diagnóstico de mamotomia, não faça parte do rol de procedimentos SUS e, por isso não tenha produção no SIA/SUS, o HCIII o realiza, sendo o total produzido levantado a partir dos dados internos do INCA.

Os procedimentos de mamografia (diagnóstica e rastreamento) também foram levantados considerando que a oferta desses procedimentos gera um impacto direto na necessidade de biópsias (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023).

Foi elaborado um sumário executivo que reúne as principais informações sobre a necessidade e viabilidade de um Centro Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer apresentado como Produto Técnico Tecnológico (APÊNDICE G).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer - CAAE: 69585623.1.0000.5274 (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde o Rio de Janeiro - CAAE: 69585623.1.3001.5279 (ANEXO B) conforme preconiza a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado também pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SEI-080001/018813/2023) com envio de carta de anuência com fluxo baseado na resolução SES/RJ N° 2.361/2021, carta em concordância com a carta N°0212/CONEP/CNS/2010 e com a resolução CNS 466/2012 (ANEXO C).

Este estudo foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio da Chamada CNPq/MCTI N°10/2023, processo 407351/2023-0.

6. RESULTADOS

A população feminina residente no município do Rio de Janeiro, no ano de 2021, conforme dados do IBGE, era de 3.581.447 mulheres, sendo 843.589 na faixa etária de 50 a 69 anos. A taxa de cobertura da saúde suplementar, em dezembro de 2022, era de 50,89% para toda população feminina e de 58,50% para mulheres de 50 a 69 anos. Excluindo a população coberta por plano de saúde, a população feminina total, dependente do SUS, foi de 1.758.491 mulheres, sendo 350.089 na faixa etária de 50 a 69 anos (Quadro 5).

Quadro 5 – Estimativa da população SUS dependente, em todas as idades e na faixa etária de 50 a 69 anos, com base no total de mulheres e taxa de cobertura da saúde suplementar. Município do Rio de Janeiro, dezembro/2022

Segmento etário	População Mulheres Residentes ¹	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde ²	População	
			Coberta pela Saúde Suplementar	SUS Dependente
Todas as idades	3.581.447	50,89 %	1.822.956	1.758.491
50 a 69 anos	843.589	58,50 %	493.500	350.089

¹<http://www.ibge.gov.br>. Dados referentes ao ano de 2021. Data de acesso: agosto de 2023

²<http://www.ans.gov.br>. Dados referentes ao ano de 2022. Data de acesso: agosto de 2023

A partir da taxa bruta de câncer de mama do município do Rio de Janeiro (130,80/100.00 mulheres) obteve-se, utilizando os parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama, a taxa de casos sintomáticos na população SUS dependente (96,79/100.000 mulheres). Ainda considerando os parâmetros, 1,6% dos casos sintomáticos ocorrem em mulheres com menos 30 anos ($1,6\% \times 0,9679$) e 98,4% em mulheres com 30 anos ou mais ($98,4\% \times 0,9679$). Logo, a taxa de casos sintomáticos estimada é de 1,55/100.000 mulheres com menos de 30 anos e 95,25/100.000 mulheres com 30 anos ou mais (Quadro 6).

Para o cálculo do número de mulheres sintomáticas, os parâmetros estabelecem que 0,048% das mulheres abaixo de 30 anos e 0,522% das mulheres com 30 anos ou mais serão sintomáticas. Considerando a população feminina total SUS dependente do município do Rio de Janeiro (1.758.491), estima-se 1.780 mulheres sintomáticas abaixo de 30 anos e 19.475 casos sintomáticos em mulheres com 30 anos ou mais, totalizando 21.255 casos sintomáticos (Quadro 6).

Quadro 6 – Estimativa de mulheres sintomáticas na população SUS dependente por grupo etário. Município do Rio de Janeiro, 2022

População feminina dependente do SUS	1.758.491
Taxa bruta estimada de incidência de câncer de mama no município do Rio de Janeiro para 2023	130,80/100.000
Taxa de casos sintomáticos dentre as estimativas de incidência de câncer de mama	96,79/100.000
Taxa de casos sintomáticos dentre a estimativa de incidência de câncer de mama por grupo etário	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mulheres com menos de 30 anos. ● Mulheres com 30 anos ou mais. 	1,55/100.000 95,24/100.000
Número de mulheres sintomáticas na população SUS dependente por grupo etário:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mulheres com menos de 30 anos ● Mulheres com 30 anos ou mais 	1.780 19.475
Total de mulheres	21.255

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Para a população SUS dependente do município do Rio de Janeiro, alvo do rastreamento (n = 350.089), considerando a periodicidade bienal e uma cobertura de 100% dessas mulheres, estimou-se a necessidade de 175.045 mamografias bilateral de rastreamento, 10.153 mamografias diagnósticas e para a população sintomática (n = 21.255), estimou-se a necessidade de 29.153 mamografias diagnósticas (28.652 + 501) (Quadro 7).

A partir da necessidade de mamografia para população alvo do rastreamento, estimou-se 2.941 biópsias para investigação de lesões suspeitas do câncer de mama, seja por PAG (2.556) ou Biópsia Cirúrgica (385). E considerando-se as mamografias para população sintomática, estimou-se 5.209 biópsias para investigação, seja por PAG (3.777) ou Biópsia Cirúrgica (1.432). Para assegurar a confirmação diagnóstica das mulheres sintomáticas e das mulheres rastreadas residentes no município do Rio de Janeiro que dependem do SUS são necessárias 8.150 biópsias (Quadro 7).

Quadro 7 – Parâmetros e estimativa de procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, usuárias exclusivamente do SUS, 2022

Procedimento/código	Parâmetro			Estimativa de procedimento			Total de procedimentos
	Rastreamento	População sintomática		Rastreamento	População sintomática		
	50 a 69 anos ¹ (N=350.089)	Abaixo de 30 anos ² (N=1.780)	30 anos ou mais ² (N=19.478)	50 a 69 anos	Abaixo de 30 anos	30 anos ou mais	
Mamografia Bilateral de Rastreamento (02.04.03.018-8)	50,00%	NA	NA	175.045	NA	NA	175.045
Mamografia (02.04.03.003-0)	2,90%	28,15%	147,10%	10.153	501	28.652	39.306
Punção aspirativa por agulha grossa (PAG) (02.01.01.060-7)	0,73%	18,07%	17,74%	2.556	322	3.455	6.333
Biópsia/exérese de nódulo de mama (02.01.01.056-9)	0,11%	13,03%	6,16%	385	232	1.200	1.817
Exame anatomopatológico de mama – Biópsia (02.03.02.006-5)	0,84%	31,10%	23,90%	2.941	554	4.655	8.150

Fonte: Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama, 2023

¹população feminina de 50 a 69 anos SUS dependente

²população feminina sintomática SUS dependente

Considerando a produção de mamografia informada no SIA/SUS em mulheres residentes no município, verificou-se que, em 2022, foram realizadas 55.478 mamografias de rastreamento na população alvo e 14.182 mamografias diagnósticas. A necessidade de biópsias estimada a partir dessas mamografias foi de 3.869 biópsias (Quadro 8).

As mamografias de rastreamento realizadas representaram 31,69% ($55.478 \cdot 100 / 175.045$) das necessárias para uma cobertura de 100%, ou seja, a cobertura de mamografias de rastreamento no município foi de 31,69%. O total de mamografias diagnósticas representa 36,08% ($14.182 \cdot 100 / 39.306$) do total necessário.

Segundo dados do Portal da Transparência do SISREG foram ofertadas 3.043 biópsias, em 2021, e 3.006, em 2022 (Tabela 1). Sendo assim, as biópsias ofertadas em 2022 foram suficientes para atender 77,69% ($3.006 / 3.869 \cdot 100$) das biópsias estimadas como necessárias a partir das mamografias realizadas.

Quadro 8 – Mamografias realizadas e estimativa de necessidade de biópsias de mama. Município do Rio de Janeiro, 2022

Procedimento/código	Idade	Produção mamografia Procedimentos SIA/SUS	Parâmetro para Biópsia*	Biópsias necessárias
Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8)	50 a 69 anos	55.478	0,84%	466
Mamografia (02.04.03.003-3)	Abaixo de 30 anos	193	31,10%	60
	30 anos ou mais	13.989	23,90%	3.343
Total		69.660		3.869

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbrj.def>.

*Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama, 2023.

Tabela 1 – Oferta de biópsias de mama para população residente realizadas por estabelecimento de saúde, segundo área programática. Sistema de Regulação de Vagas da Rede Municipal. Município do Rio de Janeiro, 2021 e 2022

Estabelecimento de Saúde	CNES	AP	Oferta de biópsia de mama ¹				Total de Biópsias	
			Lesão Palpável		Guiada por USG		2021	2022
			2021	2022	2021	2022		
Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem	6918417	1.0	480	428	398	538	878	966
Instituto de Ginecologia	2296594							
IFF Fiocruz	2708353	2.1	389	302	246	539	635	841
Hospital Federal de Ipanema	2269775							
Hospital Federal da Lagoa	2273659							
Policlínica Rocha Maia	9264612							
Hospital Municipal Rocha Maia	2273489							
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	2295415	2.2	62	75	89	57	151	132
Hospital Municipal da Piedade	2269481	3.2	511	377	0	0	511	377
Hospital Municipal Salgado Filho	2296306							
Policlínica Manoel Guilherme PAM Bangu	2270048	5.1	412	471	0	0	412	471
Policlínica Carlos Alberto Nascimento	2270331	5.2	456	219	0	0	456	219
TOTAL			2.310	1.872	733	1.134	3.043	3.006

Fontes: Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro (SISREG). Data de acesso: 20/07/2023.

¹ Biópsias de mama para lesão palpável e biópsia de mama guiada por USG.

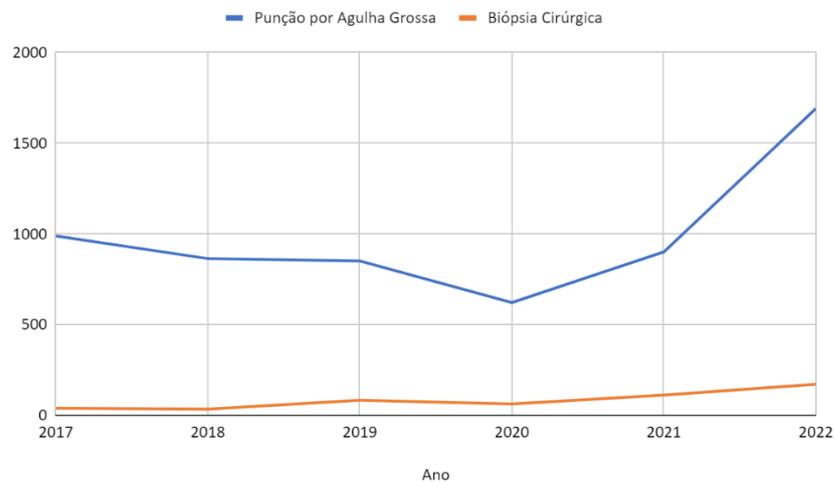
Entre os anos 2017 e 2022, foram realizadas e informadas no SIA/SUS 5.232 PAG por 14 estabelecimentos de saúde, distribuídos em oito Áreas Programáticas, e 552 biópsias cirúrgicas de mama em 10 estabelecimentos de saúde distribuídos em quatro AP (Tabela 2). Observou-se um aumento na realização de ambos os procedimentos diagnósticos ao longo dos anos, com exceção do ano de 2020. No último ano, 2022, foram realizadas 1.862 biópsias, sendo 1.691 PAG e 171 biópsias cirúrgicas (Gráfico 1).

Tabela 2 – Produção informada de procedimentos de PAG e Biópsia Cirúrgica em estabelecimentos de saúde, segundo área programática para a população residente do município do Rio de Janeiro, 2017 a 2022

Punção por Agulha Grossa – PAG						
Estabelecimento de Saúde	CNES	AP	N	%	Nº de serviços	Produção média dos serviços
Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem	6918417					
UFRJ – Instituto de Ginecologia	2296594	1.0	2.461	47,03	3	820
Policlínica Antonio Ribeiro Netto	2280299					
Policlínica Rocha Maia	9264612	2.1	418	7,98	2	209
IFF – Fiocruz	2708353					
Hospital Federal do Andaraí	2269384					
INCA – Hospital do Câncer III	2273462	2.2	299	5,71	3	99
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	2295415					
Hospital Mario Kröeff	2269899	3.1	486	9,28	2	229
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	2280167					
Hospital Municipal da Piedade	2269481	3.2	104	1,98	1	104
Policlínica Manoel Guilherme PAM Bangu	2270048	5.1	553	10,56	1	553
Policlínica Carlos Alberto Nascimento	2270331	5.2	343	6,55	1	343
Policlínica Lincoln de Freitas Filho	2280191	5.3	568	10,85	1	568
Total			5.232	100	14	371
Biópsia Cirúrgica						
Hospital Federal da Lagoa	2273659					
Policlínica Rocha Maia	9264612	2.1	182	33,0	4	45
Hospital de Ipanema	2269775					
Hospital Federal dos Servidores do Estado	2269988					
Hospital Federal do Andaraí	2269384					
INCA – Hospital do Câncer III	2273462	2.2	280	50,7	3	93
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	2295415					
Hospital Mario Kröeff	2269899	3.1	8	1,4	2	4
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	2280167					
Hospital Municipal Salgado Filho	2296306	3.2	82	14,9	1	82
Total			552	100	10	55

Fonte: SIA/SUS. Acessado em 10/08/2023.

Gráfico 1 – Distribuição temporal das Punções por Agulha Grossa e Biópsias Cirúrgicas. Município do Rio de Janeiro, 2017-2022



Fonte: SIA/SUS. Acessado em 24/07/2023.

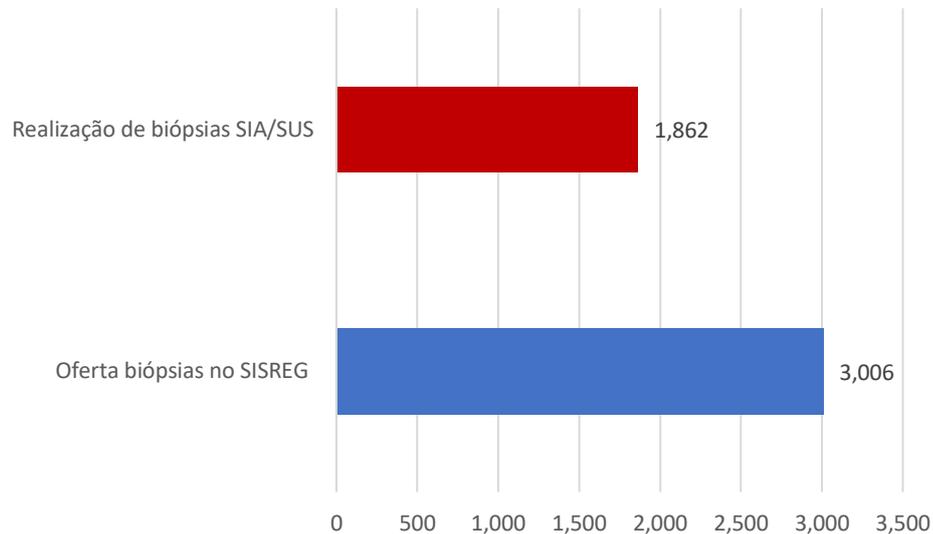
Comparando a oferta de biópsia pelo SISREG, no ano de 2022 (3.006) para a população residente, com a necessidade estimada (8.150) para as mulheres usuárias do SUS exclusivamente no município do Rio de Janeiro, verificou-se um *déficit* de 63,11% na oferta de biópsias. E ao comparar a oferta de biópsia com as mamografias realizadas, o *déficit* foi de 22,30% (Quadro 9). Observou-se também que a produção de biópsias informadas no SIA/SUS, em 2022, foi menor que o total ofertado no SISREG, com cerca de 38% das biópsias não sendo realizadas ou não informadas (Gráfico 2).

Quadro 9 – Necessidade estimada de biópsia, oferta e *déficit* no município do Rio de Janeiro, 2022

Procedimento	Oferta SISREG (a)	Estimados		Déficit (%)	
		por base populacional (b)	por mamografias realizadas SIA (c)	Estimada população/SISREG (a) e (b)	Estimado por mamografia/SISREG (a) e (c)
Biópsia	3.006	8.150	3.869	63,11	22,30

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Gráfico 2 – Produção e oferta de biópsias para diagnóstico de câncer de mama para mulheres residentes. Município do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: SIA/SUS. Acessado em 24/07/2023; SISREG. Acessado 24/07/2023

Nas entrevistas com os gestores municipal e estadual, responsáveis pela regulação, foram identificados os possíveis entraves no encaminhamento das pacientes com suspeita de câncer para realizar biópsias e dos casos confirmados para início do tratamento oncológico. Observou-se que os problemas, citados nas duas entrevistas, se iniciam na atenção primária, responsável pela inclusão dos pacientes na fila da regulação (unidade solicitante), devido a rotatividade das equipes e do número reduzido de profissionais. Por conseguinte, há dificuldade no agendamento do paciente e uma demanda constante por capacitação da equipe com vistas ao preenchimento correto do sistema de regulação e conseqüentemente otimização no agendamento. O gestor municipal pontua que o preenchimento incorreto no SISREG causa a devolução da mulher para a atenção primária e a usuária só retorna à fila da regulação quando as pendências forem solucionadas; e destaca que a regulação é centralizada (central de regulação), sendo o SISREG responsável pelo agendamento de biópsias para lesões palpáveis e impalpáveis identificadas pelos exames de imagem (Quadro 10).

Ambos os gestores ressaltaram a existência de manuais e protocolos que orientam esse processo, visando minimizar erros e otimizar o agendamento. No caso da regulação estadual, há a possibilidade dos técnicos da central de regulação

auxiliarem as unidades solicitantes quando identificadas dificuldades na solicitação de biópsias ou em caso de resultados duvidosos de lesões nas mulheres com alta suspeita de malignidade, regulando-as para biópsia em novo local ou diretamente ao hospital especializado (unidades executantes) (Quadro 10).

Segundo o gestor municipal, há a perspectiva de ofertar e regular biópsias por estereotaxia para as lesões impalpáveis, reguladas atualmente apenas pelo SER. Essa informação é reiterada pelo gestor estadual que assinala que o SER assume as responsabilidades pelo agendamento de lesões impalpáveis por biópsias por estereotaxia e pelo início do tratamento oncológico. Ademais, foi observado que existem critérios de prioridade nos Serviços de Regulação, que são informados pela unidade solicitante, podendo ser reclassificadas pelo regulador na central de regulação (Quadro 10).

Quadro 10 – Síntese das entrevistas com os gestores estadual e municipal – Tema Regulação

Gestor Estadual	Gestor Municipal
Inclusão na Fila de Regulação	
Paciente ambulatorial – Clínicas da Família e Secretarias de Saúde dos municípios.	Clínicas Municipais de Saúde ou Clínicas da Família
Motivos de Atrasos no Encaminhamento	
<p>Não existe um relatório ou mapeamento dos motivos de atraso no encaminhamento das mulheres, apenas observações diárias.</p> <p>Atribuem o atraso ao paciente ao medo do diagnóstico e tratamento; e à Atenção Primária devido a dificuldade de RH. Após a emissão dos laudos o paciente deve retornar à Atenção Primária e a regulação não gerencia esse fluxo.</p>	<p>Quando o Sistema de regulação (SISREG), devolve a paciente para a Atenção Primária por falta de informações.</p> <p>A paciente devolvida, sai da fila da regulação e só pode ser reinserida quando retorna a Unidade Básica.</p>
Protocolos Técnicos para Regulação	
<p>Há filas e ofertas diferentes de tratamento dependendo do tipo de lesão:</p> <p>Lesões palpáveis: não regula biópsia. Há a necessidade da mulher já ter realizado a biópsia e ter diagnóstico confirmado de câncer para a regulação encaminhar para início do tratamento.</p> <p>Lesões impalpáveis: regula para biópsias por</p>	<p>O agendamento de biópsias é centralizado no SISREG. A central regula biópsias para lesões palpáveis e impalpáveis.</p> <p>Há pressa em identificar e encaminhar os casos suspeitos para as biópsias disponíveis.</p> <p>Como nova funcionalidade no SISREG, há: 1) a possibilidade de troca do procedimento pela própria Central quando o paciente é inserido de forma</p>

<p>estereotaxia (guiada por mamografia).</p> <p>Seguem-se critérios de agendamento que podem ser: o tempo, idade, grau de acometimento, além de ter o perfil das vagas disponíveis.</p>	<p>equivocada pela unidade solicitante; 2) a inclusão de ofertas de vagas de biópsias por estereotaxia e sua regulação, não sendo necessário o encaminhamento para o SER (funcionalidade do sistema ainda não implementada).</p> <p>Cada unidade executante estabelece quais exames serão necessários para que a regulação possa ser feita. Na maioria, são exigidos a ultrassonografia de mama e a mamografia.</p> <p>O critério de prioridade é colocado pela unidade solicitante, mas poderá ser alterado pelo Regulador.</p>
Capacitação para uso do Sistema de Regulação	
<p>Para a unidade solicitante: Existe um manual do sistema contendo o passo a passo para o solicitante saber como incluir as informações no sistema e existe um trabalho de orientação e suporte para as dificuldades encontradas para a regulação.</p> <p>Para o regulador: não mencionado</p>	<p>Para a unidade solicitante: Existem protocolos diferentes para cada agendamento. E manuais que orientam a inclusão do paciente.</p> <p>Para o regulador: não apresentada</p>

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Na percepção do responsável pela regulação municipal, no SISREG não há dificuldade na oferta de vagas para biópsias e mamografias, seja diagnóstica ou de rastreamento, pois as unidades executantes apresentam número de vagas constante ao longo dos meses. No entanto, em relação ao agendamento para o início do tratamento em unidades habilitadas, o gestor estadual apontou oscilações mensais na oferta de vagas no SER, o que dificulta uma programação. Além disso, a demora para a inserção do usuário no sistema após o diagnóstico foi destacada como um desafio, seja pela demora na emissão do laudo histopatológico ou na inclusão desse laudo no sistema de regulação pela Unidade Básica após a consulta de retorno com a mulher. No atual fluxo, o laudo vai para atenção primária, que agenda a consulta com o paciente para inclusão nos sistemas de regulação. Os laudos demoram pelo menos 30 dias para serem disponibilizados pelo serviço executante e ocorre, às vezes, da paciente demorar a comparecer na unidade básica (Quadro 11).

Estratégias para otimizar o acesso ao diagnóstico foram levantadas pelos gestores e ambos concordam que a atenção primária pode desempenhar um papel crucial na detecção precoce e na resolução de pendências que impedem o atendimento oportuno aos usuários. O gestor do SER indaga o porquê de um número

significativo de mamografias de rastreamento ociosas e aponta a existência de critérios rígidos para solicitações de mamografias. Pondera que flexibilizar os critérios, como permitir que enfermeiros solicitem esses exames, pode contribuir para diminuir a ociosidade das vagas. Além disso, discorre sobre a necessidade de trabalhar a conscientização da população sobre o diagnóstico.

Ao encerrar a entrevista, o gestor do SER coloca em pauta a eventual inadequação da oferta de biópsias diante da hipótese da realização de todas as mamografias necessárias para rastreamento e diagnóstico município do Rio de Janeiro. Ela expressa a preocupação, destacando a possibilidade concreta de um desafio maior emergir, caracterizado pelo *déficit* efetivo de procedimentos de biópsia. O gestor do SISREG acredita que agilizar os resultados das biópsias com os serviços executantes e a sua inclusão no sistema de Regulação seria fundamental para otimizar o início do tratamento (Quadro 11).

Quadro 11 – Síntese das entrevistas com os gestores estadual e municipal – Tema Percepção sobre o processo de regulação pelo gestor responsável

Gestor estadual	Gestor municipal
Processo de Regulação	
<p>Apesar de não regular biópsia para mulheres com lesão palpável, identifica que a oscilação da oferta de vagas para tratamento oncológico compromete as ações de controle do câncer de mama por não ser possível garantir todo mês a mesma quantidade de vagas.</p> <p>Não identifica problema na oferta de vagas de biópsias para mulheres com lesão impalpável.</p>	<p>As unidades executantes se planejam e apresentam um número constante de vagas para biópsias.</p>
<p>Além da dificuldade de acesso a biópsias, existe uma demora de mais de 30 dias para o resultado o que leva a paciente a ser inserida na regulação para o tratamento num prazo superior a esse.</p> <p>Em 2021, mais da metade das mulheres eram inseridas no sistema com mais de 30 dias de diagnóstico.</p>	<p>Não existe problema na oferta de biópsias mamárias, nem de mamografias de rastreamento e diagnóstica.</p> <p>O atraso pode estar na liberação do laudo que demora mais de 30 dias e que precisa ser monitorado pela unidade solicitante.</p>
Estratégias para Otimizar a Regulação	
<p>As vagas de exames diagnósticos ficam ociosas e deve ser feito um trabalho de conscientização sobre a importância do diagnóstico visando o</p>	<p>O resultado histopatológico em menor tempo para que os pacientes sejam inseridos na Regulação.</p>

preenchimento dessas vagas. Flexibilizar critérios para solicitação de exames diagnósticos, como a mamografia.	
	Resolver as pendências dos pacientes devolvidos no sistema para Unidade Solicitante.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

No tema comunicação, os gestores destacaram que no sistema de regulação, o solicitante, o regulador e a unidade executante acompanham todo o processo de regulação no Sistema. O solicitante fica ciente do agendamento ou da pendência gerada e é ele o responsável pela comunicação ao paciente. Entretanto, ressaltaram a dificuldade de comunicação com os usuários, apontada pelas Unidades Básicas, devido à falta de atualização de contatos, o que pode impactar a eficácia do processo (Quadro 12).

Quadro 12 – Síntese da entrevista com gestor estadual e municipal – Tema Comunicação

Gestor estadual	Gestor municipal
Entre Regulador e Unidades Executantes	
Para atender a demanda pode ser necessário uma negociação entre a regulação e as unidades executantes: a Central de regulação tem obrigação de informar a unidade executante de que a oferta não tem demanda e que a demanda não tem oferta com vistas a uma possível adaptação.	Existe comunicação por sistema, e-mail e grupos de regulação via whatsapp.
Entre Regulador/Solicitante e Usuários	
O agendamento é realizado com um intervalo de tempo suficiente para que o solicitante consiga avisar ao paciente e para que este possa se organizar. Se o agendamento ocorrer com menos de 10 dias, a Central assume a responsabilidade de avisar ao paciente.	Existe o serviço “ Minha Saúde ”, que funciona 24 horas por dia e tem as informações do agendamento. Existe uma dificuldade de comunicação com o usuário sobre o agendamento devido a falta de atualização dos contatos.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Em relação a estrutura física e de equipamentos do HC III, verificou-se junto ao gestor do hospital que nem toda estrutura apresentada no SCNES estava em uso

(Quadro 13). Das duas salas de cirurgia ambulatorial (pequena cirurgia) apenas uma estava em uso e entre as cinco salas de cirurgia hospitalar, quatro estavam em uso.

Quadro 13 – Estrutura para assistência em ambiente ambulatorial e hospitalar do Hospital do Câncer III, segundo o SCNES e gestor da Unidade. Rio de Janeiro, 2023

Infraestrutura para Assistência		
	SCNES	Gestor
Ambulatorial		
Clínicas especializadas	28	28
Outros consultórios não médicos	23	23
Sala de pequena cirurgia	2	1
Hospitalar		
Leitos	52	52
Sala de cirurgia	5	4
Equipamentos – Radiologia		
Mamógrafo	2	1
Mamógrafo com Estereotaxia	1	1
Raio X	1	1
Ultrassom Doppler Colorido	2	2

Fonte: CNES/DATASUS. Acesso: 31/10/2023; Entrevista com o gestor do HC III

Há diferença no número de procedimentos diagnósticos de mama realizados conforme a fonte de consulta. De acordo com dados do SIA, o HC III realizou, em 2022, 870 biópsias guiadas enquanto segundo dados internos a produção foi de 1.636 procedimentos (1.616 guiadas por ultrassonografia e 20 guiadas por raio X). A biópsia/exérese também foi inferior: 47 procedimentos informados no SIA e 70 *core* biópsias nos registros internos. Em relação aos procedimentos diagnósticos de mamotomia, foram realizadas 720 guiadas por ultrassonografia e 2.124 por estereotaxia (Quadro 14)

Foram apresentadas 4.644 consultas médicas em atenção especializada (mastologista) no SIA/SUS. O gestor informou que foram realizadas 8.641 consultas pelo profissional mastologista, incluindo as de tratamento e de acompanhamento da paciente no HC III. Dessas, 1.224 foram para atender a demanda de mulheres de primeira vez proveniente do Sistema de Regulação, sendo 1.212 matriculadas nesse ano (Quadro 14).

O quadro de mastologistas conta com doze profissionais, incluindo o diretor da unidade, e quatro médicas radiologistas. Em relação à realização de biópsias, cabe ao mastologista do HC III a realização de PAG, em sala de pequena cirurgia em nível ambulatorial, e biópsias cirúrgicas quando o procedimento radiológico não foi suficiente para confirmar ou descartar o diagnóstico de câncer de mama. Cabe às médicas do serviço de radiologia realizar as biópsias guiadas no Serviço de Radiologia.

Quadro 14 – Procedimentos realizados no Hospital do Câncer III segundo dados do SIA/SUS e do gestor da Unidade. Rio de Janeiro, 2022

Procedimentos	SIA/SUS	Gestor
Biópsia percutânea orientada por imagem ^a	870	1.636 (1.616 guiadas por USG e 20 por Raio X)
Punção por agulha grossa	47	70
Mamografia de rastreamento	426	1.836
Mamografia diagnóstica	5.855	2.090
Ultrassonografia mamária bilateral	1.078	1.180
Mamotomia guiada por estereotaxia	NA	2.124
Mamotomia guiada por ultrassonografia	NA	720
Consulta médica – Mastologista	4.644	8.641

Fonte SIA/SUS. Data de acesso: 10/12/2023. Entrevista com Gestor HCIII.

O gestor do hospital informou que a unidade disponibiliza vagas para mulheres com diagnóstico de câncer e para mulheres com lesões impalpáveis com necessidade de biópsia por estereotaxia. As mulheres com diagnóstico de câncer de mama são orientadas a trazer para a consulta com o mastologista as lâminas e blocos do exame anatomopatológico para que seja feita revisão desse material na Divisão de Patologia do INCA. As mulheres com lesões impalpáveis não possuem diagnóstico anatomopatológico, mas uma lesão radiológica de alta suspeição. Essas mulheres devem passar pela consulta com mastologista de 1ª vez, realizar mamografia e, mantendo-se a suspeição, são encaminhadas para realizar biópsia guiada no Serviço de Radiologia, por profissional radiologista (Quadro 15).

A disponibilidade de vagas no HC III, segundo o gestor, não é constante devido a algumas dificuldades, principalmente de recursos humanos (RH), e exemplifica uma

inversão do número de vagas para mulheres com diagnóstico de câncer e para aquelas com lesão impalpável no ano de 2022: a oferta de vagas, na maioria dos meses, era de 7 vagas/dia para pacientes provenientes da Regulação estadual (SER) sendo 5 para pacientes com diagnóstico de câncer de mama e 2 para mulheres com lesões impalpáveis. No ano de 2022, devido à dificuldade de RH, mais especificamente de oncologista clínico, houve inversão da fila: durante alguns meses foram disponibilizadas 5 vagas/dia para pacientes com lesões impalpáveis e 2 vagas/dia para mulheres com diagnóstico de câncer de mama (Quadro 15).

Em relação a possibilidade do INCA ser um centro diagnóstico para câncer de mama, ressalta que é importante um diagnóstico da necessidade de RH e da infraestrutura além da avaliação do impacto esperado nas ações de controle do câncer de mama com a criação desse centro (Quadro 15).

Acrescenta que a absorção de casos suspeitos, que demandem biópsia, impacta não somente na realização do procedimento, mas também na análise da amostra no laboratório, realizada pelo patologista. Ao mesmo tempo, sugere algumas possíveis soluções para o aumento de alguns procedimentos que possam ser necessários, além da biópsia, como uma articulação com os gestores da rede para realizar mamografias. O gestor do hospital também apresentou como sugestão a definição de critérios para encaminhar mulheres com lesões palpáveis para a realização de biópsias, agilizando assim o diagnóstico de casos suspeitos (Quadro 15).

Quadro 15 – Síntese da entrevista com o gestor do Hospital do Câncer III. Rio de Janeiro, 2023

Gestor do HCIII	
Disponibilização de Vagas para Regulação	
Critérios na disponibilização de vagas para a Regulação	<p>As vagas no HC III são abertas a cada mês, devido as inúmeras dificuldades enfrentadas na Unidade, muitas vezes relacionadas a recursos humanos.</p> <p>Há oscilação é no número de vagas ofertado para cada fila (Ambulatório de 1ª vez em mastologia e Ambulatório 1ª vez em mastologia – lesão impalpável). Em 2022, a inversão na fila foi devido ao número reduzido de oncologistas clínicos para iniciar tratamento com indicação de</p>

	quimioterapia, o que acabou gerando alta demanda na radiologia, que por sua vez gerou um atraso na realização de procedimentos devido a um quadro reduzido também de RH. Além de aumentar custos devido aos insumos utilizados serem caros.
Atrasos Relacionados ao Serviço de Patologia	
A necessidade de trazer lâminas e blocos anatomopatológico para revisão na patologia do INCA pode impactar o início do tratamento	O resultado da revisão de lâminas é rápido, em menos de cinco dias já está disponibilizado.
Viabilidade de um Centro de Diagnóstico	
Sobre a viabilidade o HCIII ter um centro diagnóstico para câncer de mama, informa que a capacidade instalada hoje do HC III não consegue absorver mais nada. Mas ele não deveria ser inviabilizado totalmente. Deveria se saber qual impacto do CDCM na detecção precoce, o que precisa para ele existir, de aumento de RH até equipamentos.	
O HC III conseguiria absorver pacientes que precisem de biópsia?	Quando abordado se o HC III conseguiria absorver pacientes que precisem de biópsia, o gestor responde que para lesões palpáveis, que são dependentes apenas do mastologista para realização de biópsias (core biópsias ou biópsias excisionais), o HC III poderia usar sua expertise e ser realizado em sala de pequena cirurgia. E o resultado histopatológico sai rápido. Entretanto começa a se ver problema relacionado também a esse RH (patologista). Elas poderiam nem precisar de mamografia e se precisassem poderia ser pactuado com o município essa realização. E deveria se estabelecer critérios para encaminhamento correto dessas mulheres.
Estratégias de Melhoria de Acesso	
Falta enxergar essa paciente na atenção básica. Talvez por falta de acesso e por falta de treinamentos dos agentes de saúde.	

Fonte: Elaboração própria, 2024.

7. DISCUSSÃO

O câncer de mama continua a ser uma das principais preocupações de saúde pública (SUNG et al., 2021) e o diagnóstico precoce desempenha um papel essencial na redução da mortalidade por essa doença. O presente estudo analisou a necessidade de procedimentos diagnósticos para população assintomática e sintomática, separadamente, para identificar gargalos na oferta do procedimento diagnóstico e para priorizar as ações, conforme recomendado nas diretrizes de detecção precoce do câncer de mama (MIGOWSKI et al., 2018b).

Os dados disponíveis revelaram uma série de desafios para o diagnóstico do câncer de mama no SUS, no município do Rio de Janeiro. Esses desafios podem não afetar igualmente todas as mulheres visto que uma parcela significativa da população feminina tem acesso a saúde suplementar. Ainda que o presente estudo tenha dimensionado a necessidade de biópsia considerando a população usuária do SUS, a existência de diferentes tipos de plano de saúde pode levar parte dessas mulheres a utilizarem também o SUS, ocasionando tempos de espera prolongados para consultas, diagnósticos e tratamentos. (SANTOS et al., 2022) (LOMBARDO; POPIM, 2020)

O Brasil, como muitos países de baixa e média renda, implementa um modelo de rastreamento oportunista e não baseado na abordagem populacional, com uma cobertura de mamografia insuficiente na faixa etária alvo, especialmente entre mulheres dependentes do SUS (DOS-SANTOS-SILVA et al., 2019). A necessidade de biópsias para investigação diagnóstica no rastreamento está relacionada com a cobertura da mamografia, enquanto para mulheres com suspeita clínica a necessidade de biópsias está relacionada ao número de mulheres sintomáticas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023). Ao avaliar a necessidade de biópsias no município, evidenciou-se que há uma oferta insuficiente para atender as mulheres do município do Rio de Janeiro. O estudo, também, mostrou que nem todas as biópsias disponíveis no Sistema de Regulação (SISREG) foram utilizadas ou adequadamente informadas.

Considerando as mamografias efetivamente realizadas, o *déficit* de realização de biópsias foi de 33%. Esse *déficit* poderia ter sido maior se todas as mamografias

estimadas para o ano tivessem sido realizadas. Possíveis motivos para a baixa cobertura de mamografias, informadas pelo SIA/SUS e também sinalizada pelo gestor estadual, podem ser o adiamento da mamografia, por fatores pessoais como medo, dificuldade para a priorização no autocuidado e por fatores relacionados aos serviços de saúde, como: barreiras físicas, carência de vagas e demora no atendimento (GINSBURG et al., 2020; PINHEIRO et al., 2019). Tais fatores ressaltam a importância de uma linguagem mais acessível nos atendimentos, a necessidade de expandir a oferta de vagas para atendimentos e exames, bem como promover ações de educação em saúde mais abrangentes para a população (SILVA et al., 2024). Destaca-se o papel dos profissionais de saúde da atenção primária nas ações educativas junto aos usuários devido ao vínculo previsto na natureza do trabalho desenvolvido pelas equipes (KRANN; COLUSSI, 2023).

A necessidade de melhorar a cobertura de mamografias é respaldada pela literatura nacional, já que é o procedimento utilizado para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama. Isso implica em investimento em comunicação em saúde, capacitação dos profissionais e formulação de políticas públicas que visem a atenção integral a mulher (MOREIRA; MALTA; CARVALHO, 2023). E deve ser acompanhado pela expansão dos demais procedimentos que fazem parte da linha de cuidado do câncer de mama para garantir uma abordagem abrangente e integrada para o diagnóstico.

De acordo com os dados dos sistemas de informação, a rede municipal não utilizou 38% das biópsias ofertadas, indicando possível problema para a rede realizar esse procedimento. Outra explicação pode ser o não registro da informação no SIA/SUS, embora seja obrigatório para o repasse de recursos financeiros aos municípios (FERREIRA et al., 2020). É preciso compreender por que as biópsias ofertadas não são utilizadas na sua totalidade e em contrapartida, por que grande parte da população com diagnóstico de câncer de mama é regulado para os hospitais especializados com estadiamento avançado.

Destaca-se que no total de biópsias realizadas foram incluídas as cirúrgicas, pois não há no SIA/SUS a possibilidade de distinguir essas biópsias. Além disso, há a possibilidade de que as biópsias realizadas e informadas por hospitais habilitados sejam de pacientes com diagnóstico prévio, podendo estar em tratamento ou não. Essas diferenças entre os binômios “oferta e demanda”, “oferta e biópsias realizadas”

e “demanda e biópsias realizadas” trazem questionamentos quanto ao acesso aos exames ofertados na rede e a efetividade da organização do sistema de saúde na operacionalização das ações de detecção precoce do câncer de mama.

A não percepção do *déficit* de biópsias, não reflete a realidade das mulheres que chegam aos hospitais para tratar o câncer de mama. Dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) mostram que, entre 2017 e 2022, aproximadamente 40% das mulheres iniciaram seu tratamento com estadiamento III e IV. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2024). O estadiamento avançado do câncer de mama ao início do tratamento, sinaliza a necessidade de otimizar as ações de detecção precoce na rede de atenção à saúde, garantindo a equidade no acesso (DUGGAN et al., 2020). Estudo em um hospital do estado do Rio de Janeiro identificou que 43,7% dos diagnósticos de câncer de mama são em estágio avançado (SANTOS et al., 2022) sendo a proporção em mulheres que se declararam de cor preta maior (LEMOS et al., 2024). A dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento de mulheres negras vem sendo reportada na literatura (GÓES et al., 2024; SANTOS et al., 2022).

Outro fator que compromete a detecção precoce em tempo oportuno é a demora dos resultados do exame histopatológico. Os gestores entrevistados reportaram dificuldade para monitorar o tempo de emissão do laudo pelos laboratórios. O atraso nos laudos pode ser por questões de logística, sobrecarga dos laboratórios dada a carência de serviços de patologia que, por serem de alto custo, costumam ter a incorporação de novos serviços postergada; além da insuficiência de recursos humanos (ANGLADE; MILNER; BROCK, 2020; CAMPOS et al., 2022).

Estudo na cidade do Rio de Janeiro identificou um atraso na emissão de laudos superior a 60 dias (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020). Dados do Sistema de Informação do Câncer (Siscan), para o ano de 2023, mostraram que para mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, 38% dos laudos foram emitidos entre 11 e 20 dias e 28% levaram mais de 30 dias enquanto que para residentes do estado do Rio de Janeiro na maioria dos laudos o tempo foi superior a 30 dias (47%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Considerando que o tempo médio de espera no SISREG para biópsias de mama foi de 30 dias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2023) em média as mulheres tem levado quase dois meses para confirmação diagnóstica.

Ressalta-se que, no fluxo atual do município do Rio de Janeiro, a mulher ao receber o laudo da biópsia de mama deve retornar à Unidade Básica de Saúde para ser inserida, caso necessário, no sistema de regulação. Ainda que a atenção primária deva ser o principal acesso à rede de atenção à saúde, a falta de articulação entre os demais pontos da rede dificulta o fluxo da linha de cuidado e compromete o início do tratamento (TRALDI et al., 2016).

Embora os sistemas de regulação sejam necessários para a garantia do acesso igualitário, ele pode não ser eficiente. No caso do município do Rio de Janeiro as mulheres precisam passar por dois sistemas de Regulação diferentes: um para a biópsia, através do SISREG ou SER (nos casos de lesões impalpáveis não visíveis a ultrassonografia) e outro para o tratamento através do SER (JOMAR et al., 2023). Além disso, o preenchimento incorreto nos sistemas de regulação, pelos solicitantes, apesar da existência de manuais e protocolos, geram atrasos na regulação (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020). Dessa forma, um sistema que deveria conectar os pontos, pode gerar barreiras no processo e criar práticas desconexas (GOLDMAN et al., 2019).

Ainda que os gestores tenham informado a existência de capacitações na atenção primária sobre aos critérios para inclusão das pacientes nos sistemas de regulação, a alta rotatividade de profissionais compromete o processo de regulação, sendo, portanto, necessária a Educação Permanente das equipes de saúde (GOLDMAN et al., 2019).

Contudo, ainda que a atenção primária esteja devidamente organizada, a garantia de realização de biópsia e emissão de laudo em tempo oportuno representam um desafio maior. A possibilidade de serviço de patologia existir no mesmo centro onde é realizada a investigação diagnóstica pode ser uma opção para otimizar o fluxo (MIGOWSKI et al., 2018c). Destaca-se, como exemplo, a estratégia adotada pelo Centro de Referência da Mulher (Hospital Pérola Byington) em São Paulo, onde após uma primeira avaliação nas unidades de atenção primária, as pacientes com achados suspeitos são encaminhadas para realizar exames de imagem e, se necessário, biópsias mamárias, em uma mesma unidade, no mesmo dia. Em seguida, as mulheres são agendadas para receber os resultados e iniciar o tratamento em até 15 dias. Essa intervenção resultou em uma significativa redução no tempo (MUTEBI et al., 2020).

Frente à necessidade de ampliar a oferta de biópsias e conferir agilidade ao processo diagnóstico para as residentes do município do Rio de Janeiro, o HCIII, de forma similar ao Hospital Pérola Byington, pode ser uma unidade estratégica na linha de cuidado do município contribuindo na oferta de biópsia e na redução dos tempos entre suspeita-diagnóstico e diagnóstico-tratamento.

O HC III desempenha um papel fundamental na linha de cuidado do câncer de mama na rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro. Contudo, assim como em outras instituições, o hospital sofre com a escassez de recursos humanos. O gestor da unidade ofereceu uma visão aprofundada sobre os problemas enfrentados para atender a população no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. A oferta de vagas é condicionada à disponibilidade de recursos humanos, o que compromete, segundo o gestor estadual da regulação, a organização de fluxo dos sistemas de regulação e o planejamento da distribuição de vagas.

No ano de 2022, segundo o Painel Público de Regulação do SER, houve oferta de 1.397 vagas para HCIII (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2024), onde 87% foram matriculadas na instituição. Mas a distribuição dessas vagas ao longo dos meses não foi constante conforme sinalizado pela gestora do SER e confirmada pelo gestor do HCIII que justificou a medida como uma solução para o *déficit* de RH.

O fluxo interno do HCIII estabelece que todas essas mulheres realizem uma nova mamografia e, se necessário, ultrassonografia. E todas as pacientes permanecem em acompanhamento no INCA após tratamento, sendo por vezes necessário um novo procedimento investigativo. Portanto, a proposta de criar um centro diagnóstico no HCIII requer uma avaliação cuidadosa das necessidades de RH, infraestrutura e capacidade laboratorial para análise das amostras biopsiadas, o que pode demandar treinamento adicional de patologistas e investimentos em tecnologia.

O impacto potencial nas ações de controle do câncer de mama com implantação de um centro diagnóstico no HCIII deve considerar não apenas os benefícios esperados, mas, principalmente, os desafios logísticos. Além disso, demandará um planejamento colaborativo entre gestores do INCA, da rede municipal e estadual com o estabelecimento de protocolos claros, comunicação eficiente e do comprometimento de todas as partes na otimização de linha de cuidado do câncer de mama.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo não incluiu a previsão de biópsias para mulheres em tratamento nem para homens com câncer de mama. A estimativa de câncer e necessidade de procedimentos diagnósticos nos parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023) não contempla os usuários do sexo masculino e nem mulheres de alto risco. O câncer de mama masculino é raro, representando cerca de 1% de todos os cânceres em homens.

A necessidade de biópsias, estimadas a partir da produção de mamografias, pode estar superestimada, pois o SIA/SUS não diferencia mamografia diagnóstica pós rastreamento das mamografias diagnósticas de pacientes sintomáticas. Ou seja, essa mamografia pode ser um acompanhamento de um exame com resultado BI-RADS 3 ou outra mamografia diagnóstica.

Além disso, não foram incluídos dados de mamografias e biópsias do SMS Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por imagem (CNES: 2970627), também chamado de “Super Centro Carioca”, inaugurado em 2023.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise do estudo e discussões apresentadas, fica evidente que o diagnóstico do câncer de mama no município do Rio de Janeiro enfrenta uma série de desafios, que incluem a cobertura de mamografias, oferta de biópsias mamárias, demora nos resultados histopatológicos, complexidade dos sistemas de regulação, escassez de profissionais e sobrecarga do sistema de saúde.

A busca por soluções, seja com o aumento do quadro de profissionais ou de uma redistribuição eficiente de responsabilidades, torna-se um ponto crucial para promover melhorias e garantir uma prestação de serviços de saúde que atenda plenamente às necessidades das pacientes. Ações que não vislumbrem a integralidade do cuidado podem produzir um gargalo na rede e causar danos às mulheres com diagnóstico confirmado e que precisam iniciar o tratamento imediatamente.

Além disso, é fundamental investir na capacitação de profissionais de saúde, melhoria da comunicação e na implantação de protocolos claros para a garantia de cuidado integrado e eficiente nos sistemas de regulação.

Por fim, a colaboração entre diferentes instituições de saúde e de todos os níveis de atenção é essencial para enfrentar os desafios para a melhoria das ações de controle do câncer de mama no município do Rio de Janeiro.

10. REFERÊNCIAS

ACR. Atlas BI-RADS do ACR: sistema de laudos e registro de dados de imagem da mama/ American College of Radiology. Em: 2 ed. ed. São Paulo: 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários por Município [2022]**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 28 jan. 2023.

ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **The Lancet**, v. 391, n. 10125, p. 1023–1075, 2018.

ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F. D.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. suppl 1, p. e190609, 2020.

AMBROSIO, A. C. C. et al. Valor da mastotomia no diagnóstico e na terapia de lesões não palpáveis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 1, fev. 2004.

AMIN, M. B. et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, n. 2, p. 93–99, mar. 2017.

ANGLADE, F.; MILNER, D. A.; BROCK, J. E. Can pathology diagnostic services for cancer be stratified and serve global health? **Cancer**, v. 126, n. S10, p. 2431–2438, 15 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080 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, 1990.

BRASIL. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS: Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. v. 13

BRASIL. 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. Brasília, DF. 22 nov. 2012a.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF. 2012b

BRASIL. Portaria nº 2.898 de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Brasília, DF. 2013 a.

BRASIL. Portaria nº 876 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2013 b.

BRASIL. Portaria nº 1.220 de 03 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2014 a.

BRASIL. Portaria nº 189 de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasília, DF. 2014 b.

BRASIL. Lei nº 13.896 de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **População residente - Rio de Janeiro [2021]**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poprij.def>>. Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF. 19 dez. 2023.

BRUENING, W. Systematic Review: Comparative Effectiveness of Core-Needle and Open Surgical Biopsy to Diagnose Breast Lesions. **Annals of Internal Medicine**, v. 152, n. 4, p. 238, 2010.

CAMPOS, A. A. L. et al. Time to diagnosis and treatment for breast cancer in public and private health services. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210103, 2022.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. Brasília: Ipea, 2010.

CASTRO, M. R. D. A contribuição da Geografia Médica e da Saúde na pandemia do COVID 19: uma reflexão sobre a cidade do Rio de Janeiro. **P2P E INOVAÇÃO**, v. 7, p. 230–240, 26 set. 2020.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. CIB nº 3.470. Instituir a Central Unificada de Regulação - RJ, a ser denominada REUNI-RJ, com o apoio e parceria das demais instâncias governamentais existentes, a saber, (MRJ e DGH-MS) e do COSEMS-RJ – Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde). Rio de Janeiro, RJ. 20 jul. 2015 a.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. CIB nº 3.534 de 18 de setembro de 2015. Agregar aos recursos assistenciais hoje regulados pela REUNI/RJ, a oferta

ambulatorial adulto e infantil nas ESPECIALIDADES de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRURGIA, CARDIOLOGIA e ONCOLOGIA existentes nas unidades hospitalares federais, estaduais, municipais, universitárias e/ou contratualizadas com o sistema único de saúde, 18 set. 2015 b.

DOS-SANTOS-SILVA, I. et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 6, p. e784–e797, jun. 2019.

DUGGAN, C. et al. The Breast Health Global Initiative 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare Through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and overview. **Cancer**, v. 126, n. S10, p. 2339–2352, 15 maio 2020.

FERREIRA, J. E. D. S. M. et al. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, 17 dez. 2020.

GALHARDO, C. A. V. et al. Concordância entre core biopsy e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 48, n. 1, p. 59–65, fev. 2012.

GEBRIM, L. H. et al. Avaliação do tempo de início do tratamento, estadiamento histopatológico e positividade dos biomarcadores (RE, RP, HER-2) em 3.566 pacientes tratadas pelo SUS no período de 2012 a 2014, no Hospital Pérola Byington. **Rev. bras. mastologia**, v. 24, n. (3) jul-set, p. 65-69, 2014.

GINSBURG, O. et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. **Cancer**, v. 126, n. S10, p. 2379–2393, 15 maio 2020.

GÓES, E. F. et al. The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. **Ethnicity & Health**, v. 29, n. 1, p. 46–61, 2 jan. 2024.

GOLDMAN, R. E. et al. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 1, p. 274–281, fev. 2019.

GONÇALVES, C. V. et al. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4073–4082, 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Complexo Estadual de Regulação - Painel Público**. Disponível em: <<https://painel.saude.rj.gov.br/PainelRegulacao/regulacaoestadual.html>>. Acesso em: 2 jan. 2024.

HAYES, J. D.; PULFORD, D. J. The Glutathione S-Transferase Supergene Family: Regulation of GST and the Contribution of the Isoenzymes to Cancer Chemoprotection and Drug Resistance Part I. **Critical Reviews in Biochemistry and Molecular Biology**, v. 30, n. 6, p. 445–520, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Atlas On-line de Mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2022, 2022a**. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo10/consultar.xhtml>>. Acesso em: 26 set. 2023

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Conceito e Magnitude**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 1 jul. 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tratamento do câncer de mama**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/tratamento>>. Acesso em: 20 dez. 2022c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama**. INCA, 2023. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Integrador RHC**. Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>. Acesso em: 20 fev. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Plano estratégico do INCA 2020-2023: conectados podemos ser melhores!** INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**. INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/parametrostecrastreamentocamama_2021_0.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA**. INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>>. Acesso em: 25 nov. 2022

JOMAR, R. T. et al. Fatores associados ao tempo para submissão ao primeiro tratamento do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2155–2164, jul. 2023.

KLARENBACH, S. et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. **Canadian Medical Association Journal**, v. 190, n. 49, p. E1441–E1451, 10 dez. 2018.

KRANN, R.; COLUSSI, C. F. Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 101–115, 2023.

LEMOS, L. L. P. et al. Racial disparities in breast cancer survival after treatment initiation in Brazil: a nationwide cohort study. **The Lancet Global Health**, v. 12, n. 2, p. e292–e305, fev. 2024.

LIU, Y.; NGUYEN, N.; COLDITZ, G. A. Links between Alcohol Consumption and Breast Cancer: A Look at the Evidence. **Women's Health**, v. 11, n. 1, p. 65–77, 2015.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C. Access of the patient to the cancer network under the “Sixty-Day Law”: Integrative Review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190406, 2020.

LUIZ, L. L. G.; CARVALHO, M. C. M. DE; LUIZ, L. D. DA S. A Atividade Regulatória na Saúde Pública: o caso do Rio de Janeiro. **Revista dos Estudantes de Públicas**, v. 3, n. 1, p. 99–123, 2018.

MANCINI, N. **Saiba seus direitos quando a Lei dos 60 Dias não é cumprida no SUS**. **Revista Online ABRALE**, 18 abr. 2022. Disponível em: <<https://revista.abrale.org.br/saiba-seus-direitos-quando-a-lei-dos-60-dias-nao-e-cumprida-no-sus/>>. Acesso em: 2 mar. 2023

MARTINS, S. C. et al. Terapia de reposição hormonal e câncer de mama: uma revisão de literatura acerca da influência do tratamento hormonal no desenvolvimento neoplásica. **REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS**, v. 31, 2021.

MEDEIROS, G. C. DE 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**, v. 66, n. 3, p. e-09979, 6 ago. 2020.

MEDEIROS, G. C. **Análise do intervalo de tempo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico de mulheres com câncer de mama em um centro oncológico de referência no Rio de Janeiro**. Tese de mestrado—Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: 2017.

MENEZES, C. A.; OLIVEIRA, V. S.; BARRETO, R. F. Estudo da correlação entre obesidade e câncer de mama no período pré e pós-menopausa / Study of the correlation between obesity and breast cancer in the pre and post-menopause period. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1487–1501, 2021.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I - Métodos de elaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018a.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018b.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 25 jun. 2018c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado**. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/>>. Acesso em: 20 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SISCAN - Sistema de Informação do Câncer - Histopatológico de mama.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/HISTMAMA_RESID_rj.def>. Acesso em: 24 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=INCA>>.

MONTIEL-JARQUÍN, Á. J. et al. Análisis del coste directo de la atención médica y quirúrgica del cáncer de mama. Estudio comparativo entre etapas temprana y tardía en tercer nivel de atención. **Cirugía y Cirujanos**, v. 91, n. 1, p. 8041, 22 fev. 2023.

MØRCH, L. S. et al. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 23, p. 2228–2239, 2017.

MOREIRA, A. P. L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, A. T. D. Tendência de realização da mamografia e fatores associados em mulheres de 50 a 69 anos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030594, 2023.

MOREIRA, L. C. D. O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações (Campo Grande)**, p. 99–108, 21 set. 2017.

MUTEBI, M. et al. Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. **Cancer**, v. 126, n. S10, p. 2365–2378, 15 maio 2020.

NECZYPOR, M. R.; VILLA REAL, J.; BOCAMINO DORO, R. Avaliação da qualidade da imagem através da análise da relação sinal-ruído e contraste-ruído em um sistema de mamografia digital. **Revista Brasileira de Física Médica**, v. 15, p. 622, 13 jul. 2021.

NOGUEIRA, M. C. et al. Frequency and factors associated with delay in breast cancer treatment in Brazil, according to data from the Oncology Panel, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, p. e2022563, 2023.

OLIVEIRA, A. L. R. et al. Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista Cadernos de Medicina**, v. 2, n. 3, p. 135–145, 2019.

PINHEIRO, C. P. O. et al. Procrastination in the early detection of breast cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 3, p. 227–234, dez. 2019.

RENNA JUNIOR, N.; SILVA, G. Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital-Based Cancer Registries (2000–2012). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 40, n. 03, p. 127–136, 2018.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 2, fev. 2009.

SANT'ANA, R. S. D. et al. Associated factors with mammographic changes in women undergoing breast cancer screening. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 3, p. 324–329, set. 2016.

SANTOS, T. B. DOS et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 471–482, 2 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003. Estabelece a missão da Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro, bem como sua função, cria o Fórum de Coordenadores das Centrais de Regulação e dá outras providências, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estadual de Atenção Oncológica**, 2017. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html>>. Acesso em: 28 out. 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais**, 2016. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/arquivos/SISREG%E2%80%93Protocolo_Regulador.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Orientações para regulação da investigação diagnóstica e tratamento de câncer no município do Rio de Janeiro**, 2019. Disponível em: <https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_N_TRANSMISSIVEIS/CANCER/orientacoes_para_regulacao_cancer_mrj.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Manual de Regulação Ambulatorial – diretrizes para a coordenação do cuidado**, 2022. Disponível em: <https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_ManualDeRegucacao_Final.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Portal de transparência SISREG**. Disponível em: <<https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/>>. Acesso em: 11 set. 2022.

SEGAL, S. L. et al. Genética e câncer de mama. **Revista HCPA**, v. 21, n. 2, p. 191–197, 2001.

SILVA, A. C. DE F. DA et al. Prevenção do câncer de mama: percepção de mulheres usuárias do SUS. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 2838–2851, 29 jan. 2024.

SIQUEIRA, L. DAS G. et al. Sentimentos das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama. **Humanidades**, v. v. 3, n. n. 2, jul. 2014.

SOUSA, T. P. et al. Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, 2019.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TESSER, C. D.; D'ÁVILA, T. L. D. C. É necessário mudar a perspectiva sobre o câncer de mama: afastar o rastreamento e priorizar a agilidade no diagnóstico e tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016.

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

TOLÊDO, S. R. D. S. et al. Fluxo assistencial de usuárias com câncer de mama na rede pública de atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

TOMAZELLI, J. G.; DOS-SANTOS-SILVA, I.; SILVA, G. A. E. Trajetória de Mulheres Rastreadas para o Câncer de Mama na Rede Pública de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 517–526, 2018.

TRALDI, M. C. et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 185–191, 2016.

VERKOOIJEN, H. M. Diagnostic accuracy of stereotactic large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: Results of a multicenter prospective study with 95% surgical confirmation. **International Journal of Cancer**, v. 99, n. 6, p. 853–859, 2002.

WÖCKEL, A. et al. The Screening, Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Breast Cancer. **Deutsches Ärzteblatt international**, 4 maio 2018.

APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO

ORIGINAL

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3963>

Câncer de Mama: Diagnóstico Precoce nas Lesões Palpáveis

Maia CFC, Atty ATM, Tomazelli J

Diagnóstico Precoce de Câncer de Mama em Mulheres com Lesões Palpáveis: Oferta, Realização e Necessidade de Biópsias no Município do Rio de Janeiro

Early Diagnosis of Breast Cancer in Women with Palpable Lesions: Offer, Performance, and Demand for Biopsies in the Municipality of Rio de Janeiro

Detección Precoz del Cáncer de Mama en Mujeres con Lesiones Palpables: Oferta, Realización y Necesidad de Biopsias en el Municipio de Rio de Janeiro

Cristiane Fernandes Cardoso Maia¹; Adriana Tavares de Moraes Atty²; Jeane Tomazelli³

¹⁻³Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: cardocristiane@gmail.com; aatty@inca.gov.br; jtomazelli@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9844-1044>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2271-746X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2472-3444>

Endereço para correspondência: Cristiane Fernandes Cardoso Maia. Rua Visconde de Santa Isabel, 274-A, 3º andar – Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20560-121. E-mail: cardocristiane@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer de mama no Brasil apresenta elevadas taxas de incidência e mortalidade com diagnóstico em estadiamento avançado. **Objetivo:** Descrever a oferta e realização de biópsias mamárias no Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, de 2017 a 2021. **Método:** Estudo descritivo transversal a partir de dados do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro, considerando os procedimentos de biópsia por punção por agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica. Para avaliar a suficiência da oferta e utilização dos procedimentos, foi estimado o número de mulheres sintomáticas usuárias do SUS. Os dados foram avaliados por estabelecimento e área programática (AP). **Resultados:** Estimaram-se 21.687 mulheres sintomáticas e a necessidade de 5.314 biópsias para 2021. Neste mesmo ano, foram ofertadas 2.541 biópsias de mama por dez estabelecimentos de saúde; 90,9% para mulheres residentes das quais apenas 52,7% foram realizadas. Observaram-se oferta e realização desigual de biópsias pelas AP no período com resultado anual inferior a um quinto do necessário. A oferta e a realização de biópsias são insuficientes para a investigação diagnóstica de mulheres com lesões palpáveis, gerando sobrecarga sobre as demandas anuais com comprometimento do diagnóstico precoce. **Conclusão:** A disparidade na realização das biópsias nas AP deve ser superada com estratégias que visem alcançar sobretudo mulheres com lesões palpáveis.

Palavras-chave: neoplasias da mama; diagnóstico precoce; sistemas de informação em saúde; saúde da mulher; sinais e sintomas.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer in Brazil has high incidence and mortality rates with diagnosis at advanced stage. **Objective:** Describe the offer and performance of breast biopsies in the National Health System (SUS) for women residing in the city of Rio de Janeiro, from 2017 to 2021. **Method:** A cross-sectional descriptive study based on data from the Outpatient Information System and the Regulation System of the Municipality of Rio de Janeiro, considering core needle biopsy (PAG) or surgical biopsy procedures. To assess the level of offer and utilization of procedures, the number of symptomatic women consulted by SUS was estimated. Data were evaluated by health clinics and programmatic area (PA). **Results:** For 2021, 21,687 symptomatic women and demand of 5,314 biopsies were estimated. In this same year, 2,541 breast biopsies were offered by 10 health clinics, 90.9% for female residents of which only 52.7% were performed. The offer and performance of biopsies by PA were uneven, only less than one fifth of the required volume were met revealing an important gap for

diagnostic investigation of women with palpable lesions causing overburden on the annual demands and compromise of early diagnosis. **Conclusion:** The disparity in the performance of biopsies in PA must be overcome with strategies to include women with palpable lesions mostly.

Key words: breast neoplasms; early diagnosis; health information systems; women's health; signs and symptoms.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama en Brasil tiene altas tasas de incidencia y mortalidad con diagnóstico en etapa avanzada. **Objetivo:** Describir la provisión y realización de biopsias de mama en el Sistema Único de Salud (SUS) para mujeres residentes en la ciudad de Río de Janeiro, de 2017 a 2021. **Método:** Estudio descriptivo transversal a partir de los datos del Sistema de Informaciones Ambulatorias y del Sistema de Regulación del Municipio del Río de Janeiro, considerando procedimientos de biopsia con aguja gruesa (PAG) o biopsia quirúrgica. Para evaluar la suficiencia de la oferta y uso de los procedimientos, se estimó el número de mujeres sintomáticas usuarias del SUS. Los datos fueron evaluados por establecimiento y área programática (AP). **Resultados:** Se observó un estimado de 21687 mujeres sintomáticas y la necesidad de 5314 biopsias para 2021. Ese mismo año, diez establecimientos de salud ofrecieron 2541 biopsias de mama; 90,9% para mujeres residentes de las cuales solo se realizó el 52,7%. Hubo una oferta y realización desigual de biopsias por AP en el período con una realización anual inferior a la quinta parte de las necesarias. La oferta y realización de biopsias son insuficientes para la investigación diagnóstica de mujeres con lesiones palpables y produce una acumulación creciente de necesidades anuales, comprometiendo el diagnóstico precoz. **Conclusión:** La disparidad en la realización de biopsias en AP debe ser superada con estrategias que apunten a llegar principalmente a mujeres con lesiones palpables.

Palabras clave: neoplasias de la mama; diagnóstico precoz; sistemas de información en salud; salud de la mujer; signos y síntomas.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, e a causa mais frequente de morte por câncer nessa população¹. No Brasil, estimam-se 74 mil casos novos de câncer de mama para cada ano do triênio 2023-2025². Quanto à mortalidade, é a primeira causa de morte por câncer em mulheres³.

A incidência e a mortalidade por câncer de mama no país tendem a crescer a partir dos 40 anos^{4,5}, e observam-se desigualdades dentro do país⁶. Esse cenário contrasta com o observado nos países desenvolvidos onde, apesar da tendência ascendente da incidência do câncer de mama, a mortalidade e a sobrevida em cinco anos apresentam uma tendência decrescente⁷.

Estratégias de detecção precoce do câncer de mama possibilitam a identificação de casos suspeitos e a realização das investigações diagnósticas, quanto mais cedo um tumor invasivo for detectado e o tratamento iniciado, maior probabilidade de cura. Para tanto, as ações e serviços voltados para o cuidado da pessoa com câncer devem ser oferecidas de forma oportuna permitindo sua continuidade, conforme instituído pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)⁸. Contudo, as dificuldades de acesso das mulheres aos métodos diagnósticos e ao tratamento propiciam o avanço da doença, comprometendo o prognóstico^{9,10}.

A linha de cuidado do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção e depende da articulação entre eles para o melhor resultado das ações. O encaminhamento do usuário, quando necessário, deve ser feito por meio do Sistema de Regulação, para assegurar a resolutividade do atendimento mediante referenciamento adequado e oportuno.

Ações de prevenção e detecção precoce de câncer de mama devem ser realizadas na Atenção Primária, dada a capilaridade desse nível de atenção¹¹. A mamografia é o exame utilizado na detecção precoce, tanto no rastreamento para mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos e a cada dois anos, quanto no diagnóstico precoce para mulheres sintomáticas de qualquer idade que devem ser investigadas. A Atenção Primária deve estar organizada para reconhecer corretamente essa população e encaminhar para realização dos exames necessários, priorizando mulheres com sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama¹².

Além da mamografia, utiliza-se, também, a ultrassonografia na investigação de alterações suspeitas de câncer nas mamas¹³. Em casos de lesões palpáveis, devem ser realizadas biópsias mamárias por meio de punção por agulha grossa (PAG)^{12,13}, também designada *core* biópsia, realizada por agulha acoplada a um tipo de pistola clínica que permite a retirada de alguns milímetros de tecido e é feita em ambiente ambulatorial sob anestesia local. Pode-se

também realizar a biópsia cirúrgica, procedimento ambulatorial e hospitalar mais tradicional, podendo ser incisional, quando há retirada de parte da lesão, e excisional, quando ocorre a retirada total da lesão. Quase sempre a paciente está sob anestesia geral, permitindo a remoção total da área nodular¹⁴. O material coletado deve ser enviado à análise histopatológica para confirmação diagnóstica. Confirmado o câncer, as mulheres são encaminhadas para tratamento em uma unidade hospitalar de referência.

Um estudo realizado no Brasil, em um município no interior do Estado de São Paulo, sobre a demora no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, mostrou que 8,9% das mulheres receberam o diagnóstico em até 60 dias e que o tempo médio entre a consulta médica e o diagnóstico foi de 142,6 dias, sendo, portanto, 2,4 vezes maior do que o preconizado na Lei de 60 dias^{15,16}.

Embora a linha de cuidado para o câncer de mama esteja bem estabelecida, observa-se a existência de gargalos para confirmação diagnóstica que comprometem as ações de controle da doença^{17,18}, sobretudo no caso de mulheres sintomáticas que necessitam de agilidade no processo investigativo. Diante do exposto, o objetivo do presente artigo é descrever a oferta e realização de biópsias mamárias no Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, de 2017 a 2021.

MÉTODOS

Estudo descritivo transversal sobre a oferta, a realização e a estimativa da necessidade de biópsias mamárias para mulheres com lesões suspeitas de câncer de mama no SUS no município do Rio de Janeiro, no período de 2017 a 2021.

A informação de oferta de biópsia foi obtida no Portal de Transparência do Sistema de Regulação (SisReg)¹⁹ do Município do Rio de Janeiro, a informação das biópsias realizadas foi obtida do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)²⁰ e a estimativa de mulheres com lesões palpáveis foi realizada conforme os parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama¹³.

Para a investigação diagnóstica das lesões suspeitas de mama, consideraram-se os procedimentos de biópsia realizados no sistema público de acordo com o Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS¹⁴: PAG ou *core* biópsia (código 02.01.01.060-7) e biópsia cirúrgica, também denominada biópsia/exérese de nódulo de mama (código 02.01.01.056-9).

Pelo SisReg¹⁹, obteve-se o número de biópsias mamárias para lesões palpáveis disponibilizadas na rede municipal por estabelecimento de saúde. Conforme as regras do

SisReg, pacientes com lesões palpáveis são incluídas nesse sistema para realização de biópsias mamárias na rede municipal²¹. O procedimento é apresentado apenas como oferta de biópsia de mama para lesão palpável, não estabelecendo distinção entre PAG ou biópsia cirúrgica. As biópsias ofertadas são apresentadas em vagas pactuadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI) ou não. A PPI é um instrumento que viabiliza pactuações de referências intermunicipais com vistas a garantir a integralidade do cuidado²².

Foram considerados os anos de 2017 a 2021 para amenizar o possível efeito da pandemia covid-19 na realização de biópsias. A informação de oferta de biópsia no SisReg só estava disponível a partir do ano de 2021 e, por essa razão, foi utilizada apenas nesse ano.

Para avaliar a produção de PAG e biópsia cirúrgica, foi considerada a produção apresentada para o sexo feminino, disponível no SIA/SUS. Optou-se por considerar a produção apresentada para minimizar o subdimensionamento da produção²³. O procedimento biópsia cirúrgica também é registrado como procedimento secundário na autorização de internação hospitalar (AIH)¹⁴, porém não havia nenhum registro desse procedimento na AIH no período de estudo.

Foram consideradas as variáveis: ano de realização do procedimento; município de residência da usuária (residente ou não residente, de acordo com o município do estabelecimento que informou a realização dos procedimentos); local de realização do exame (dentro ou fora do município de residência); número do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES) que realizou o procedimento; área programática (AP) de saúde do município do Rio de Janeiro onde o estabelecimento está localizado, que atualmente é dividido por dez AP (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3).

Para avaliar se os procedimentos de PAG e de biópsia cirúrgica ofertados e os realizados, em 2021, no município do Rio de Janeiro, foram suficientes para as mulheres com lesões palpáveis, utilizaram-se os parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer¹³. A população feminina residente de 2021 e a estimativa bruta de incidência de câncer de mama do município do Rio de Janeiro para o ano de 2023² foram utilizadas para se obter a estimativa da população de mulheres sintomáticas residentes no município e a necessidade de biópsias.

Foram consideradas apenas as mulheres residentes no município e usuárias do SUS. Para obter-se a população feminina SUS-dependente, multiplicou-se a estimativa da população feminina do município do Rio de Janeiro para o ano 2021²⁴ pela cobertura de mulheres da saúde suplementar no município²⁵ do mesmo ano e subtraiu-se da população feminina estimada, obtendo-se a população de mulheres não cobertas pela saúde suplementar.

Os dados foram agrupados por estabelecimentos, AP e por ano, segundo o período do estudo. Utilizou-se um mapa temático para avaliar espacialmente a distribuição dos tipos de procedimentos de biópsia informados no SIA/SUS, segundo a localização do estabelecimento.

Foram calculados dois indicadores: a produção média da biópsia por AP no período e a produção média dos serviços da AP.

Produção média de biópsias:

$$\frac{\text{Total de biópsias, por tipo, informadas na AP no período}}{\text{número de anos}}$$

Produção média dos serviços:

$$\frac{\text{Total de biópsias, por tipo, informadas na AP por período}}{\text{número estabelecimentos que informaram procedimento}}$$

A análise dos dados foi feita utilizando tabelas descritivas. Todas as informações utilizadas são de acesso público, disponibilizados nas páginas do SisReg¹⁹, Datasus²⁰ da Agência Nacional de Saúde (ANS)²⁵. Conforme a Resolução CNS 510/2016²⁶, estudos com dados secundários, de acesso público, estão isento da necessidade de análise ética.

Foram utilizados o *Excel, Tab para Windows (TabWin)*²⁷ e o *software QGIS*²⁸ para agrupar os estabelecimentos em AP.

RESULTADOS

A população feminina estimada para 2021 foi de 3.581.447²⁹ mulheres e a cobertura para mulheres na saúde suplementar nesse ano foi de 49,9%, logo, a população de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro e dependentes do SUS correspondeu a 1.794.305 mulheres (Quadro 1).

A taxa bruta estimada de incidência de câncer de mama no Rio de Janeiro, em 2023, foi de 130,80 casos novos por 100 mil mulheres. Aplicando-se o parâmetro da proporção de casos sintomáticos estimados (74%), calcula-se que 96,79 casos em cada 100 mil mulheres serão sintomáticos, dos quais 1,55/100 mil em mulheres com menos de 30 anos e 95,24/100 mil em mulheres com 30 anos ou mais. Estima-se que 21.687 mulheres residentes no município do Rio de Janeiro e SUS-dependente terão sintomas relacionados ao câncer de mama, sendo 1.816 mulheres com menos de 30 anos e 19.871 mulheres com 30 anos ou mais (Quadro 1).

A necessidade de biópsia estimada (PAG e biópsia cirúrgica) para a população feminina do município do Rio de Janeiro SUS-dependente foi de 5.314 procedimentos.

Quadro 1. Estimativa de casos sintomáticos entre a estimativa de casos novos, de mulheres sintomáticas na população, e necessidade de biópsias para investigação de lesão palpável. Município do Rio de Janeiro, 2021

População feminina residente no município	3.581.447
População feminina SUS-dependente	1.794.305
Taxa bruta estimada de incidência de câncer de mama no município do Rio de Janeiro para 2023	130,80/100 mil
Taxa de casos sintomáticos entre a estimativa de incidência de câncer de mama ^a	96,79/100 mil
Taxa de casos sintomáticos entre a estimativa de incidência de câncer de mama por grupo etário ^b : <ul style="list-style-type: none"> ● mulheres com menos de 30 anos ● mulheres com 30 anos ou mais 	1,55/100 mil 95,24/100 mil
Número de mulheres sintomáticas na população SUS-dependente por grupo etário ^c : <ul style="list-style-type: none"> ● mulheres com menos de 30 anos ● mulheres com 30 anos ou mais 	1.816 19.871
Estimativa de procedimentos de PAG e biópsia cirúrgica para investigação de lesão palpável ^d	5.314

Legendas: SUS = Sistema Único de Saúde; PAG = punção por agulha grossa.

^aConsiderando o parâmetro¹³ de que 74% dos casos estimados serão sintomáticos: $(130,80 * 0,74)$.

^bConsiderando o parâmetro⁹: 1,6% das mulheres com menos de 30 anos $(1,6% * 0,9679)$ e 98,4% das mulheres com 30 anos ou mais serão sintomáticas $(98,4% * 0,9679)$.

^cSegundo o parâmetro¹³, para calcular o número de mulheres sintomáticas na população, utiliza-se o percentual de casos de câncer estimados entre as mulheres sintomáticas por grupo etário: 1,53% no grupo com menos de 30 anos e 8,60% no grupo com 30 anos ou mais. Dessa forma, 0,101% $(1,55 * 100 / 1,53)$ das mulheres com menos de 30 anos e 1,107% $(95,24 * 100 / 8,6)$ das mulheres com 30 anos ou mais serão sintomáticas na população SUS-dependente no município do Rio de Janeiro. Aplicam-se essas proporções na população feminina SUS-dependente $(1.794.305 * 0,101)$ e $(1.794.305 * 1,107)$. ^dParâmetro para mulheres sintomáticas¹³: 18,07% de *core* biópsia $(18,07% * 1.816)$ e 13,03% de biópsia cirúrgica $(13,03% * 1.816)$ em mulheres com menos de 30 anos e 17,74% de *core*

biópsia (17,74%*19.871), e 6,16% de biópsia cirúrgica (6,16%*19.871) em mulheres com 30 anos ou mais.

Em 2021, foram ofertadas pelo SisReg 2.541 biópsias de mama para pacientes com lesão palpável no município do Rio de Janeiro, distribuídas por dez estabelecimentos de saúde e seis AP. Não houve oferta de biópsia pelo SisReg nas AP 3.1, 3.3, 4.0 e 5.1. Das vagas ofertadas, 2.310 (90,1%) foram para residentes e 231 (9,1%) foram pactuadas na PPI, ou seja, para não residentes do município, e ofertadas em três AP (1.0, 2.1 e 2.2). O total de biópsias (PAG e biópsia cirúrgica) realizadas em 2021 pelos estabelecimentos com vagas disponibilizadas pelo SisReg foi de 1.510 procedimentos, representando 59,4% das biópsias de mama para pacientes com lesão palpável ofertadas pelo SisReg. A proporção de procedimentos realizados entre os ofertados por AP variou de 3,4% a 199,5%. Das biópsias realizadas, 796 (52,7%) foram para mulheres residentes no município (Tabela 1).

Tabela 1. Oferta de biópsias de mama para lesões palpáveis e biópsias realizadas por estabelecimento de saúde, CNES, AP e PPI. Município do Rio de Janeiro, 2021

Estabelecimentos de saúde	SisReg						SIA/SUS		
	CNES	AP	PPI		(n)	%	PPI ¹		(n)
			Sim	Não			Sim	Não	
Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem Instituto de Ginecologia ²	6918417 2296594	1.0	100	480	580	22,8	685	472	1.157
Hospital Federal da Lagoa	2273659								
Policlínica Rocha Maia ²	9264612	2.1	75	389	464	18,3	3	13	16
Hospital Municipal Rocha Maia ²	2273489								
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	2295415	2.2	56	62	118	4,6	19	65	84
Hospital Municipal da Piedade	2269481	3.2	0	511	511	20,1	6	74	80
Hospital Municipal Salgado Filho	2296306								
Policlínica Manoel Guilherme Bangu	2270048	5.1	0	412	412	16,2	1	131	132
Policlínica Carlos Alberto Nascimento	2270331	5.2	0	456	156	17,9	0	41	41
TOTAL	-	-	231	2.310	2.541	100,0	714	796	1.510

Fontes: SisReg¹⁹, SIA/SUS²⁰.

Legendas: CNES = Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde; AP = Área Programática; PPI = Programação Pactuada e Integrada; PAG = punção por agulha grossa.

¹PPI: o SIA/SUS fornece a informação por população residente ou não residente. Os procedimentos realizados em mulheres não residentes no município foram considerados como sim na PPI.

²Estabelecimentos sem informação de procedimentos (PAG ou biópsia cirúrgica) informados no SIA/SUS no ano.

De acordo com o SIA/SUS, entre 2017 e 2021, foram realizadas 7.356 PAG em mulheres com lesões palpáveis de mama, em 14 estabelecimentos de saúde localizados no município e distribuídos em oito AP. Um total de 4.279 procedimentos (58,2%) foi realizado em mulheres residentes do município e os demais (41,8%), em mulheres não residentes. Nas AP 1.0 e 2.2, três estabelecimentos informaram o procedimento, seguidos das AP 2.1 e 3.1 com dois estabelecimentos cada. A produção média de PAG nos cinco anos do estudo foi de 1.471 procedimentos e variou de 9,2 (AP 3.2) a 1.037 (AP 1.0) enquanto a produção média dos serviços foi de 525 procedimentos e variou de 46 (AP 3.2) a 1.728 (AP 1.0) (Tabela 2).

Foram realizadas 479 biópsias cirúrgicas de mama em mulheres no período por nove estabelecimentos de saúde do município e distribuídos em quatro AP. Destes, 67,4% foram em mulheres residentes do município. A AP 2.2 realizou 66,8% das biópsias cirúrgicas. A produção média de biópsia cirúrgicas foi de 96 procedimentos e variou de 1,6 (AP 3.1) a 66,8 (AP 2.2). A produção média dos serviços foi de 53 procedimentos e variou de quatro (AP 3.1) a 111 (AP 2.2) (Tabela 2).

Hospital Mario Kröeff	2269899										
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	2280167	3.1	5	62,5	3	37,5	8	1,6	2	4	
Hospital Municipal Salgado Filho	2296306	3.2	82	92,1	7	7,9	89	17,8	1	89	
Total 2			323	67,4	156	32,6	479	95,8	9	53	

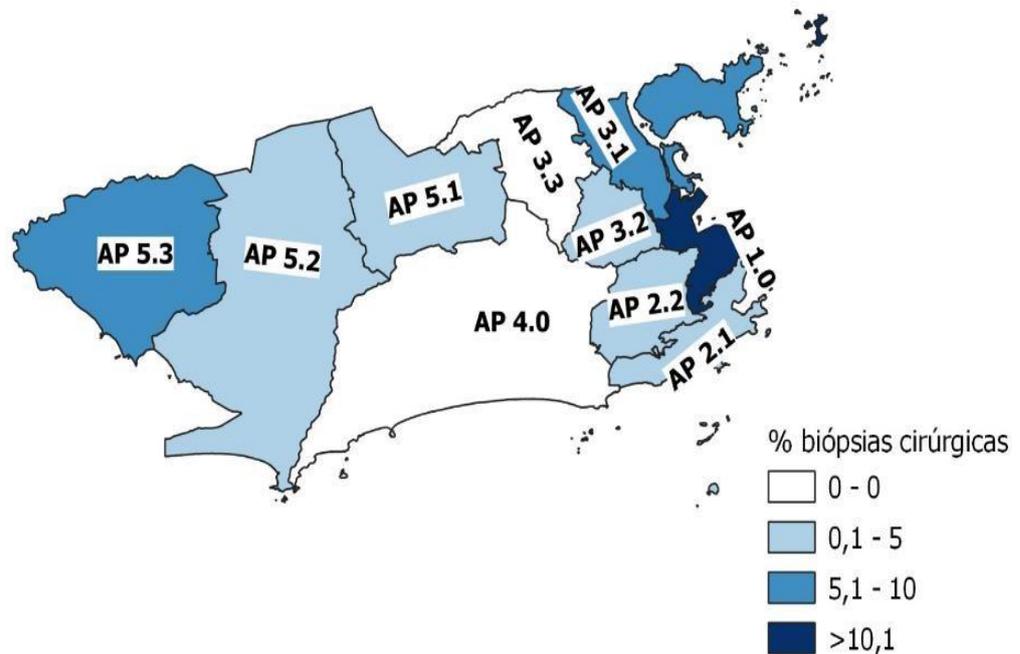
Fonte: SIA/SUS²⁰.

Legendas: CNES = Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde; AP = Área Programática; PAG = punção por agulha grossa.

O SIA/SUS apresenta a realização de biópsia nas AP 3.1 e 5.3, as quais não constam com estabelecimentos com oferta de biópsia para lesão palpável no SisReg no ano de 2021. Verificou-se que, na AP 3.1, houve a realização de PAG em todos os anos do estudo, enquanto a realização de biópsia cirúrgica foi informada nessa AP nos anos de 2017 (n=2) e 2021 (n=6). Quanto à AP 5.3, há informação de PAG apenas no ano de 2017 (n=569).

Os procedimentos realizados pelos estabelecimentos por AP do município do Rio de Janeiro apresentam um padrão heterogêneo: a realização de PAG concentra-se em estabelecimentos localizados na AP 1.0, responsável por 70,5% desse procedimento, e não há registro de PAG nas AP 3.3 e 4.0. A realização de biópsia cirúrgica ocorreu em poucas AP, com a maior realização do procedimento na AP 2.2 (69,7%) e sem informação do procedimento nas AP 1.0, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 (Figura 1). O cenário de realização por procedimento também foi distinto: das 7.835 biópsias realizadas, 93,9% foram PAG e 6,1%, biópsia cirúrgica. Essa distribuição foi semelhante às biópsias realizadas em mulheres residentes: das 4.602 (58,7%) biópsias, 93,0% foram PAG e 7,0% foram biópsia cirúrgica.

a)



b)

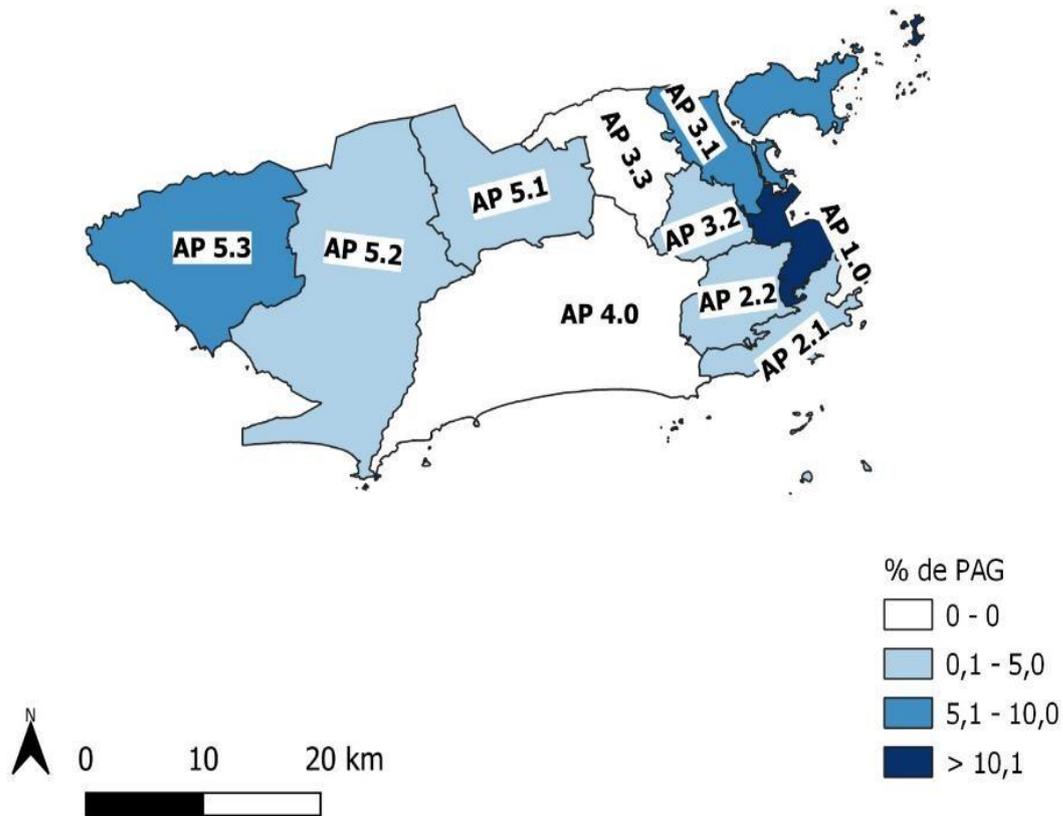


Figura 1. Distribuição da proporção de biópsias cirúrgicas (a) e PAG (b) realizadas no município do Rio de Janeiro segundo a AP do estabelecimento de saúde. Município do Rio de Janeiro, de 2007 a 2021

Fonte: SIA/SUS²⁰.

Legendas: AP = Área Programática; PAG = punção por agulha grossa.

A realização de PAG para mulheres residentes no município, entre 2017 e 2021, diminuiu, enquanto a realização de biópsia cirúrgica aumentou até o ano de 2019. A realização de PAG e biópsia cirúrgica para mulheres residentes foi realizada majoritariamente em estabelecimento dentro do município com percentuais que variaram de 91,4% a 100% (Tabela 3).

Tabela 3. Procedimentos de PAG e biópsia cirúrgica realizados em mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, segundo a localização do estabelecimento. Município do Rio de Janeiro, 2017 a 2021

Punção por agulha grossa					
Ano	Total	Estabelecimento dentro do município do Rio de Janeiro		Estabelecimento fora do município do Rio de Janeiro	
		n	%	n	%
2017	998	985	98,7	13	1,3
2018	883	860	97,4	23	2,6
2019	871	868	99,7	3	0,3
2020	624	623	99,8	1	0,2
2021	911	905	99,3	6	0,7

Biópsia cirúrgica					
Ano	Total	Estabelecimento dentro do município do Rio de Janeiro		Estabelecimento fora do município do Rio de Janeiro	
		n	%	n	%
2017	38	38	100	0	-
2018	35	32	91,4	3	8,6
2019	82	75	91,5	7	8,5
2020	62	61	98,4	1	1,6
2021	119	117	98,3	2	1,7

Fonte: SIA/SUS²⁰.

DISCUSSÃO

O estudo identificou que as biópsias de mama realizadas e informadas são insuficientes para as mulheres com lesão palpável residentes do município do Rio de Janeiro. O número de biópsias para lesão palpável ofertadas pelo SisReg, em 2021, não contempla a necessidade estimada para investigação dessas lesões nesse grupo de mulheres. Os procedimentos de PAG e biópsia cirúrgica realizados e informados no SIA/SUS em 2021 são inferiores ao quantitativo ofertado para investigação de lesão palpável nos estabelecimentos indicados no SisReg.

Os procedimentos de PAG e biópsia cirúrgica realizados no município situam-se majoritariamente nas AP 1.0 e 2.2. A AP 1.0 concentra mais de 70% da realização da PAG, destacando-se o Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem comparado aos demais estabelecimentos. A realização de PAG foi 15 vezes maior do que a realização de biópsia cirúrgica. A elevada realização de biópsia por PAG pode ser parcialmente explicada pela menor complexidade desse procedimento: pode ser realizado ambulatorialmente, com anestesia local e minimamente invasiva; permite obter amostras de fragmentos de tecido mamário, o que melhora a capacidade diagnóstica; possibilita realizar estudo imuno-histoquímico, essencial para a programação terapêutica nos casos do câncer de mama³⁰; e, para lesões palpáveis, pode dispensar exames de imagem³¹.

Já a biópsia cirúrgica, apesar de admitir a realização ambulatorial e hospitalar¹⁴, foi feita apenas de forma ambulatorial e por poucos estabelecimentos, sendo que, entre nove, sete eram unidades habilitadas em oncologia³². A predominância de realização de biópsia cirúrgica em unidades habilitadas sugere que esse procedimento não tenha tido finalidade diagnóstica, ou seja, possivelmente foram realizadas em pacientes já matriculadas nessas instituições. Outro fator que pode contribuir para a compreensão na disparidade de oferta dos dois procedimentos é o valor de pagamento: a PAG remunera o dobro do valor da biópsia cirúrgica¹⁴. Ainda assim, os procedimentos realizados e informados anualmente estão muito distantes da necessidade estimada, representando menos de um quinto do necessário.

As AP 3.3 e 4.0 não apresentaram realização de procedimentos de PAG ou biópsia cirúrgica e nem havia oferta prevista pelo SisReg, demonstrando desigualdade na distribuição espacial das localidades onde a mulher pode realizar a confirmação diagnóstica no SUS. A AP 3.1 também não tinha previsão de estabelecimento pelo SisReg, ofertando biópsia para lesões palpáveis, mas verificou-se que foram realizados procedimentos de PAG e biópsia cirúrgica por dois estabelecimentos habilitados em oncologia (Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Hospital Mário Kröeff).

As AP possuem características diferentes quanto aos serviços de saúde e educação, à atividade econômica, à mobilidade e ao perfil de morbi-mortalidade³². Essas particularidades devem ser consideradas na avaliação de oferta dos procedimentos de biópsia, sobretudo como estratégias para alcançar mulheres com lesão palpável de mama. A AP 1.0 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%) e o maior aparato público de saúde instalado na cidade³², e a que mais realiza PAG nessa AP. Já as AP 2.1 e 2.2 têm a maior população de idosos com elevado IDH, com exceção da Rocinha. As AP 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), com metade dos moradores vivendo em

favelas³². A realização de PAG nelas não alcançou 8%, o que demonstra a necessidade de estratégias específicas para assegurar a confirmação diagnóstica das mulheres com lesão palpável dessas regiões. A AP 4.0 é a segunda maior em área, concentra rendas média e alta³³, e não apresenta estabelecimentos de saúde com informação de realização de biópsias ou vagas previstas no SisReg. Por fim, as AP 5.1, 5.2 e 5.3, em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade³³, e realizou menos de 15% dos procedimentos para diagnóstico definitivo do câncer de mama.

A confirmação diagnóstica do câncer de mama vem sendo associada na literatura ao atraso para início do tratamento^{9,15,34,35}. A disparidade da oferta e a realização do procedimento no território, mais localizado em algumas AP do município do Rio de Janeiro, promovem deslocamentos maiores e possivelmente contribuem para o atraso da investigação diagnóstica, caso não exista um sistema de acompanhamento e monitoramento desses casos fortemente estruturado. Além da heterogeneidade na realização de biópsias, destaca-se que toda produção registrada para mulheres residentes no município, entre 2017 e 2021, foi inferior à necessidade estimada para o ano de 2021. Fatores sociodemográficos, culturais, barreiras geográficas e relacionadas ao serviço de saúde podem influenciar na sua utilização, dificultando o acesso da população, contribuindo para o diagnóstico tardio do câncer de mama e para o atraso do início do tratamento⁹.

Estudo com 600 mulheres com câncer de mama, realizado no Distrito Federal, identificou que o atraso para o início do tratamento era maior quando o exame era realizado pelo SUS³⁴. Recomenda-se que os serviços de diagnóstico mamário tenham suas vagas reguladas de forma a priorizar o atendimento de pacientes com sinais e sintomas suspeitos³⁶.

A elevada proporção de mulheres com estadiamento clínico avançado ao diagnóstico e a elevada taxa de mortalidade por câncer de mama indicam que as ações estabelecidas para o controle do câncer de mama no Brasil podem não estar sendo eficazes.

Pesquisadores brasileiros observaram que, na maioria dos casos, o primeiro tratamento oncológico é iniciado com atraso³⁷ e estudos têm mostrado que os longos intervalos de tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento estão associados ao pior prognóstico⁹.

Os achados do presente artigo indicam um componente anterior ao início do tratamento que atua comprometendo todo prognóstico do câncer de mama: o *gap* entre as biópsias realizadas e a necessidade estimada gera um acúmulo crescente sobre as necessidades de cada ano, o que potencialmente produz diagnósticos em estadiamentos avançados. Estes, por sua vez, serão ainda afetados pelo tempo de espera para início do tratamento.

Destaca-se que os procedimentos realizados e informados nos sistemas de informação oficial englobam a investigação diagnóstica de casos sintomáticos e assintomáticos, isto é, os procedimentos de confirmação diagnóstica realizados em mulheres sintomáticas são os mesmos realizados em mulheres rastreadas, não existindo código distinto para o registro nos sistemas de informação. Estima-se que 1,6% da população de mulheres de 50 a 69 anos rastreadas também precisa realizar biópsia³⁸, representando um acréscimo considerável sobre a necessidade dos procedimentos estimados para a população sintomática. Logo, o déficit de biópsias observado no município é ainda maior, devendo ser acrescentado à necessidade estimada o quantitativo necessário de biópsias para mulheres rastreadas e para aquelas pacientes em tratamento, que necessitam realizar os exames de seguimento¹⁰. E ainda, nota-se a necessidade de procedimentos para mulheres de alto risco e para câncer de mama em homens que não são contemplados nos parâmetros de detecção precoce.

As vagas destinadas à PPI constituem-se em uma etapa essencial no processo de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as esferas de governo. A programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde: pela oferta existente no próprio município ou pelo encaminhamento para outros municípios^{22,39}. Verifica-se que mesmo que toda a oferta de biópsia fosse direcionada para as mulheres residentes no município, ainda assim o déficit permaneceria muito grande. Logo, para que seja garantido o acesso das mulheres à investigação diagnóstica de câncer de mama, é necessário rever o dimensionamento da oferta de biópsia de mama, sobretudo para lesões palpáveis.

Como limites, deve ser considerado que o estudo utiliza os procedimentos informados nos sistemas de informação oficiais do SUS e há possibilidade de um estabelecimento ter realizado o procedimento, mas não informado no sistema, provocando um sub-registro dos exames realizados. Para calcular a proporção de mulheres sintomáticas no município do Rio de Janeiro, o estudo utilizou o parâmetro estabelecido para o Brasil que indica que 74% dos casos estimados serão sintomáticos¹³, e é possível que um parâmetro específico para o município do Rio de Janeiro difira deste. Também é possível que alguns planos de saúde não contemplem a média complexidade e, nesse caso, a cobertura de saúde suplementar utilizada pode subestimar o número de mulheres sintomáticas no SUS.

CONCLUSÃO

Distinguir procedimentos da linha de cuidado para mulheres sintomáticas e assintomáticas pode contribuir para assegurar a oferta e priorização da investigação diagnóstica em mulheres com sinais e sintomas de câncer de mama.

O quantitativo de biópsias realizadas em 2021 e de vagas para lesão palpável de mama disponibilizadas no SisReg, diante das estimativas de mulheres sintomáticas usuárias do SUS e da necessidade de biópsias, aponta para a deficiência municipal em assegurar a investigação diagnóstica de câncer de mama para as mulheres residentes do município. E, simultaneamente, apresenta e projeta cumulativamente um cenário desfavorável de necessidade de biópsias de mama, que se constata nos estadiamentos tardios de câncer de mama referidos na literatura e nas elevadas taxas de mortalidade.

Os resultados sinalizam a necessidade de buscar estratégias para ampliar a oferta de biópsia de mama e rediscutir a sua Rede de Atenção à Saúde. Assegurar a realização de biópsia de mama, seguindo parâmetros de suficiência e critérios de priorização, entre eles a urgência diagnóstica para mulheres com lesão palpável, pode ser uma alternativa para abreviar o tempo de diagnóstico e consolidar ações efetivas de controle do câncer de mama.

Ressalta-se que, apesar de o estudo ser restrito ao município do Rio de Janeiro e dos limites apresentados, o número de mulheres sintomáticas estimado é expressivo e os resultados encontrados podem contribuir para o planejamento das ações de controle do câncer de mama.

CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso 2023 ago 29]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
3. Dourado C, Santos CMFD, Santana VMD, et al. Câncer de mama e análise dos fatores relacionados aos métodos de detecção e estadiamento da doença. *Cogit Enferm.* 2022;27:e81039. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81039>
4. Costa LDLN, Sardinha AHDL, Verzaro PM, et al. Mortalidade por câncer de mama e condições de desenvolvimento humano no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(1):e-12050. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.50>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. 85 p. [acesso 2023 ago 29]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_ma_brasil_2019.pdf
6. Silva GAE, Jardim BC, Ferreira VDM, et al. Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. *Rev saúde pública.* 2020;54:126. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002255>
7. Lee BL, Liedke PE, Barrios CH, et al. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. *Lancet Oncol.* 2012;13(3):95-102. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70323-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70323-0).
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo IX: Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso 2022 mar 15]; Seção I:61. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
9. Medeiros GC, Teodózio CGC, Fabro EAN, 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. *Rev Bras Cancerol.* 2020; 66(3):e-09979. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979>
10. Tomazelli JG, Silva GAE. 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*. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017;26(4):713-24. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400004>

11. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):289-301. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021. 28 p. [acesso 2022 mar 15]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/parametrostecrastramentocamama_2021_0.pdf
13. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. 48 p. [acesso 2022 mar 15]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>
14. SIGTAP: Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2007] - [acesso 2022 abr 10]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
15. Traldi MC, Galvão P, Moraes SSD, et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad saúde colet*. 2016;24(2):185-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>
16. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2012 nov 23 [acesso 2022 mar 15]; Seção I:1. Disponível em: 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm
17. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JDA, et al. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200005>
18. Tomazelli JG, Girianelli VR, Silva GAE. Mulheres rastreadas para câncer de mama: acompanhamento por meio dos sistemas de informações em saúde, 2010-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018;27(3):e2017445. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300005>.
19. SISREG. Portal de transparência [Internet]. Rio de Janeiro: SMSRio; [2023] – [acesso 2020 maio 28]. Disponível em: Disponível em: <https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/>
20. TABNET [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. c2008 – [acesso 2023 maio 28]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
21. Secretaria de Saúde do Governo de Estado Rio de Janeiro. Entendendo a regulação assistencial no estado e município do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/regulacao/complexo-regulador-estadual/sobre-a-regulacao>
22. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Legislação estruturante do SUS [Internet]. Brasília, DF: Conass; 2011. 534 p. (Para entender a gestão do SUS; vol. 13).

- [acesso 2023 maio 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf
23. Pires M, Vieira R. Medidas preliminares de produção na saúde pública [Internet]. Carta de Conjuntura Ipea. 2017 [acesso 2023 jan 28];37:1-11. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8164/1/cc_37_nt_Medidas.pdf
 24. Ministério da Saúde (BR). População Residente - Rio de Janeiro. TABNET [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. c2008 – [acesso 2020 maio 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poprj.def>
 25. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Beneficiários por município. TABNET [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. c2008 Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def
 26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2023 maio 10]; Seção I:44. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 62p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). [acesso 2023 maio 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf
 28. QGIS Geographic Information System [Internet]. Versão QGIS 3.32. [Berna]: QGIS; 2009. Disponível em: <http://qgis.org>
 29. PASS: Portal de Acesso a Sistemas da SES [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde; c2013 [acesso 2023 set 6]. Disponível em: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/pop_populacao_estimada.def
 30. Salles MDA, Cúrcio VS, Perez AA, et al. Contribuição da imuno-histoquímica na avaliação de fatores prognósticos e preditivos do câncer de mama e no diagnóstico de lesões mamárias. J Bras Patol Med Lab. 2009;45(3):213-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442009000300006>
 31. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Controle do câncer de mama - documento de consenso. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):77-90. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n2.2039>
 32. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VTipo=H
 33. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (BR), Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Vigilância. Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de

- Janeiro; 2017. 81p. [acesso 2023 ago 23]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>
34. Tomazelli JG, Dos-Santos-Silva I, Silva GAE. Trajetória de mulheres rastreadas para o câncer de mama na rede pública de saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(4):517-26. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.200>
 35. Barros ÂF, Araújo JMD, Murta-Nascimento C, et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. *Rev saúde pública.* 2019;53:14. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000406>
 36. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 168 p. [acesso 2023 ago 23]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf
 37. Santos TBD, Borges AKDM, Ferreira JD, et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(2):471-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.36462020>
 38. Tomazelli J, Dias MBK, Ribeiro CM, et al. Avaliação dos indicadores de rastreamento do câncer de mama na população feminina atendida no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018-2019: estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saúde.* 2023;32(2):e2022567. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200009>
 39. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. [acesso 2023 ago 30]. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>

Recebido em 10/5/2023

Aprovado em 17/8/2023

Editora-científica: Anke Bergmann. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1972-8777>

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia de detecção precoce no tratamento do Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa para a compreensão do problema relacionado a carência de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro. Suas informações auxiliarão para construção da proposta de um Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama no Hospital do Câncer III que é uma das unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo geral da pesquisa é elaborar o projeto de Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer. E os objetivos específicos são: Descrever o cenário atual da oferta e da realização de biópsias mamárias no município do Rio de Janeiro; Estimar o número de mulheres sintomáticas e assintomáticas usuárias do SUS no município do RJ; Dimensionar a estrutura existente no HCIII/INCA e a necessária para o CDCM absorver uma proporção dos casos conforme parâmetros de estimativa; Propor o fluxo de encaminhamento para o CDCM; Propor o fluxo de encaminhamento dos usuários que realizaram biópsias no CDCM para a rede; Propor indicadores para o monitoramento do CDCM, a serem incorporados em sistema de informação próprio para o acompanhamento.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Será realizada uma entrevista com perguntas semiestruturadas, de acordo com o objetivo proposto, em local reservado e adequado, para permitir a privacidade e quietude, sem interrupções externas. Para registrar todas as respostas com precisão, objetividade e imparcialidade, gravaremos a entrevista, caso seja autorizado. Ao final da entrevista, realizarei um resumo das informações coletadas para confirmação das respostas. O tempo estimado para que a entrevista seja eficiente e não comprometa a disposição e seu conforto, será de 30 a 40 minutos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e tratamento para o câncer de mama possa ser mais eficiente.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. Será realizado uma entrevista semiestruturada com a finalidade de compreender melhor os problemas que envolvem a realização de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro. O instrumento que será utilizado para nortear as perguntas não terá nenhum campo de identificação além de um código do entrevistado. Em toda pesquisa há o risco de quebra do anonimato, mas a utilização desse código do entrevistado visa minimizar essa possibilidade. Todavia, reitera-se que as perguntas não são pessoais, constituindo-se de perguntas sobre aspectos gerenciais e de gestão em saúde

CUSTOS

Se você concordar com a participação no estudo através das informações coletadas através da entrevista semiestruturada, você não terá quaisquer custos ou despesas pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os

pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada para que as informações coletadas sejam descartadas.

ACESSO AO RESULTADOS DA PESQUISA

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia do projeto de pesquisa

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para **Pesquisadora Responsável Cristiane Fernandes Cardoso Maia** no telefone **(21) 99953-8141** das 7hs às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações relatadas na entrevista. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

() Eu concordo em participar desta pesquisa

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ / /
Nome e Assinatura do participante Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ / /
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/SMS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia de detecção precoce no tratamento do Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa para a compreensão do problema relacionado a carência de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro. Suas informações auxiliarão para construção da proposta de um Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama no Hospital do Câncer III que é uma das unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo geral da pesquisa é elaborar o projeto de Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM) no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer. E os objetivos específicos são: Descrever o cenário atual da oferta e da realização de biópsias mamárias no município do Rio de Janeiro; Estimar o número de mulheres sintomáticas e assintomáticas usuárias do SUS no município do RJ; Dimensionar a estrutura existente no HCIII/INCA e a necessária para o CDCM absorver uma proporção dos casos conforme parâmetros de estimativa; Propor o fluxo de encaminhamento para o CDCM; Propor o fluxo de encaminhamento dos usuários que realizaram biópsias no CDCM para a rede; Propor indicadores para o monitoramento do CDCM, a serem incorporados em sistema de informação próprio para o acompanhamento.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Será realizada uma entrevista com perguntas abertas e estruturadas de acordo com o objetivo proposto. Informo que para registrar todas as respostas com precisão, objetividade e imparcialidade, gravaremos a entrevista caso seja autorizado num espaço reservado e adequado para permitir a privacidade e quietude, sem interrupções externas. Ao final da entrevista, realizarei um resumo das informações coletadas para confirmação das respostas do participante. O tempo estimado para que a entrevista seja eficiente e não comprometa a disposição e seu conforto, será de 20 a 40 minutos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e tratamento para o câncer de mama possa ser mais eficiente.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. Será realizado uma entrevista semiestruturada com a finalidade de compreender melhor os problemas que envolvem a realização de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro. O instrumento que será utilizado para nortear as perguntas não terá nenhum campo de identificação além de um código do entrevistado. Em toda pesquisa há o risco de quebra do anonimato, mas a utilização desse código do entrevistado visa minimizar essa possibilidade. Todavia, reitera-se que as perguntas não são pessoais, constituindo-se de perguntas sobre aspectos gerenciais e de gestão em saúde

Apenas as pesquisadoras terão acesso à gravação e transcrição das entrevistas e para assegurar o anonimato e sigilo, os áudios serão arquivados durante o mestrado com o objetivo de ser fonte de esclarecimento de eventuais dúvidas e excluídos após finalização da tese.

CUSTOS

As informações coletadas através da entrevista semiestruturada, não gera quaisquer custos ou despesas pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

As informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Caso seja desejo interromper a participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada para que as informações coletadas sejam descartadas.

ACESSO AO RESULTADOS DA PESQUISA

O acesso aos resultados relacionado à esta pesquisa e a cópia do projeto poderá ser disponibilizado caso seja de interesse.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para **Pesquisadora Responsável Cristiane Fernandes Cardoso Maia** no telefone **(21) 99953-8141** das 7hs às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA e da SMS-RJ que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br e/ou CEP da SMS-RJ (Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SMS - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA;

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DE VAGAS (SISREG)

Projeto de Pesquisa: Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia para detecção precoce do Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro.

Pesquisadora: Cristiane Fernandes Cardoso Maia

Código do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Esse roteiro foi elaborado tendo como base o Manual de Regulação Ambulatorial – Diretrizes para a coordenação do cuidado. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2022.

1. Função na Gestão:

2. Formação:

3. Tempo na função:

4. Quem é o responsável pela inclusão na fila?

5. Existem protocolos técnicos para regulação nos casos de suspeita de câncer de mama? () Sim () Não

6. Na sua percepção, a forma como está organizado o processo de regulação assistencial do município atende as necessidades dos usuários?

() Sim

() Não. Por quê?

7. Existe uma relação de documentos e exames necessários para inclusão na fila de regulação dos usuários com suspeita de câncer de mama?

() Sim

() Não

8. Existe um diagnóstico da Regulação, sobre atrasos no encaminhamento?

() Sim.

() Não

Há algum plano de intervenção proposto a partir desse diagnóstico?

() Sim. Qual principal ação proposta?

() Não

9. Pode se identificar as dificuldades de ofertas de vagas?

Sim

Não

10. No Portal da transparência do SISREG, o tempo médio para procedimento diagnóstico é em média 30 dias. Qual a data utilizada para início da contagem do tempo?

11. Se houver pendências após o usuário ser inserido no SISREG, qual protocolo a ser seguido?

12. Há critérios de prioridade entre usuários sintomáticos e assintomáticos?

Sim

Não

13. A regulação apresenta critérios pré-estabelecidos em relação a área programática de residência do usuário ou a data de exame mais oportuna? Vocês avaliam que esse critério otimiza o acesso ao diagnóstico?

Sim

Não

14. São realizadas avaliações de monitoramento dos tempos de espera entre a solicitação e a realização da biópsia?

Sim

Não

15. De acordo com a sua vivência no setor de regulação, o que pode ser feito para otimizar o acesso ao diagnóstico dos usuários com indicação de realização de biópsias de mama?

16. Na sua avaliação, o que pode ser feito para melhorar o acesso oportuno no diagnóstico de câncer de mama?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO (SER)

Projeto de Pesquisa: Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia para detecção precoce do Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro.

Pesquisadora: Cristiane Fernandes Cardoso Maia

Código do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Esse roteiro foi elaborado tendo como base o Manual de Regulação Ambulatorial – Diretrizes para a coordenação do cuidado. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2022.

1.Função na Gestão:

2.Formação:

3.Tempo na função:

4.Quem é o responsável pela inclusão do paciente na fila do SER?

5.Existem protocolos técnicos para regulação nos casos de suspeita de câncer de mama?

Sim

Não

6.Na sua percepção, a forma como está organizado o processo de regulação assistencial do município atende as necessidades dos usuários?

Sim

Não. Por quê?

7.Existe uma relação de documentos e exames necessários para inclusão na fila de regulação dos usuários com suspeita de câncer de mama?

Sim

Não

8.Existe um diagnóstico da Regulação, sobre atrasos no encaminhamento?

Sim

Não

Há algum plano de intervenção proposto a partir desse diagnóstico?

Sim. Qual principal ação proposta?

Não

9. Pode se identificar as dificuldades de ofertas de vagas?

Sim. Quais?

Não

10. Caso o usuário apresente dificuldade para realização de exames diagnósticos para o câncer de mama, ele pode ser encaminhado a um Hospital Especializado em Oncologia para Consulta com especialista?

Sim

Não

11. Há critérios de prioridade para encaminhamento para serviços de oncologia?

Sim

Não

12. A regulação apresenta critérios pré-estabelecidos em relação a área programática de residência do usuário ou a data de consulta e/ou procedimento mais oportuna? Vocês avaliam que esse critério otimiza o acesso ao diagnóstico e tratamento?

Sim

Não

13. São realizadas avaliações de monitoramento dos tempos de espera entre o diagnóstico e o atendimento na Unidade Especializada?

Sim

Não

14. De acordo com a sua vivência no setor de regulação, o que pode ser feito para otimizar o acesso ao diagnóstico dos usuários com indicação de realização de biópsias de mama?

15. Na sua avaliação o que pode ser feito para melhorar o acesso oportuno no tratamento do câncer de mama?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR HOSPITAL DO CÂNCER III

Projeto de Pesquisa: Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia para detecção precoce do Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro.

Pesquisadora: Cristiane Fernandes Cardoso Maia

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Função na Gestão:

2. Formação:

3. Tempo na função:

4. Embora ao acompanhar o agendamento do regulador, no SISREG, tenha observado a pronta disponibilidade para o agendamento de biópsias (exceto as que geram pendências). As pacientes chegam ao INCA num período oportuno para o início do tratamento?

Ou observa-se demora entre a suspeita, diagnóstico e a chegada a triagem?

5. Existe monitoramento dos tempos de espera entre:

a) Diagnóstico e Triagem/1ª consulta:

b) 1ª consulta e Mamografia/USG:

c) MMG/USG e Biópsia:

6. Números de atendimentos de 1ª vez na Triagem do HCIII/dia:

7. Existem critérios para disponibilizar vagas para a Regulação, já que existem duas filas distintas?

8. Uma das filas é para pacientes que terão diagnóstico. E a outra para pacientes que realizaram o diagnóstico numa unidade executora. Todas precisam trazer lâminas e blocos para revisão na patologia do INCA? Essa revisão atrasa o início do tratamento da paciente?

9. O INCA conseguiria absorver pacientes para realização de outro tipo de biópsia dentro do seu atendimento?

10. Ser mais um Centro de referência para realização de biópsias seria viável?

11.Com o quantitativo de profissionais médicos (mastologistas e radiologistas) existente na instituição seria possível a realização de quantos procedimentos de biópsia mamária por dia:

a) Radiologia:

b) Sala de pequena cirurgia por mastologista:

12.Existe espaço físico para a implantação de um Centro?

13.O quadro funcional da equipe médica levantado no SCNES está atualizado?

a) Mastologistas:

Quantidade de horas destinadas exclusivamente para atendimentos aos usuários:

b) Radiologistas:

Quantidade de horas destinadas exclusivamente para atendimentos aos usuários:

c) Patologistas:

Quantidade de horas destinadas exclusivamente para atendimentos aos usuários:

14.Realizado levantamento no SIA/SUS no ano de 2022 e podem ser confrontados com os dados internos do HCIII em relação a:

Número de mamografias diagnósticas/mês:

Número de biópsias mamárias no Serviço de Radiologia (PAG guiada por USG e MMG/mês:

Número de mamotomia realizadas/mês (não apresentada no SIA/SUS)

Número de PAG pelo médico mastologista na Sala de pequena cirurgia/mês:

15. Na sua avaliação, o que pode ser feito para melhorar o acesso oportuno no tratamento do câncer de mama?

APÊNDICE G – SUMÁRIO EXECUTIVO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Cenário assistencial para confirmação
diagnóstica do câncer de mama no
município do Rio de Janeiro: Necessidade e
viabilidade de um Centro Diagnóstico no
Hospital do Câncer III

SUMÁRIO EXECUTIVO

ELABORAÇÃO:

Cristiane Fernandes Cardoso Maia

ORIENTAÇÃO:

Jeane Tomazelli
Adriana Atty

ABRIL, 2024

APRESENTAÇÃO

O câncer de mama no Brasil apresenta elevadas taxas de incidência e mortalidade com diagnóstico em estadiamento avançado. O controle do câncer de mama depende da otimização de toda linha de cuidado a ser operacionalizada nos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, considerando a natureza do trabalho realizado em cada um desses pontos.

Este documento apresenta uma síntese sobre a análise da necessidade de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro. O objetivo é apoiar a gestão na organização da rede para o diagnóstico do câncer de mama, a partir das informações oficiais, disponíveis em documentos ou páginas do governo, e apresentar a estratégia de criação de um Centro Diagnóstico de câncer de mama no Hospital do Câncer III (HCIII/INCA).

Esse sumário baseia-se na dissertação de mestrado profissional desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que contém a descrição pormenorizada do estudo desenvolvido.

Metodologia

A metodologia desenvolvida na dissertação de mestrado buscou atender aos objetivos:

1. Estimar o total de mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos, para o rastreamento, e as sintomáticas, usuárias do SUS, residentes no município do RJ;
2. Estimar a necessidade de biópsias mamárias para a linha de cuidado do câncer de mama na população SUS dependente;
3. Descrever o cenário atual da oferta e da realização de biópsias mamárias no município do Rio de Janeiro;
4. Entender o fluxo de encaminhamento da rede do município e do estado do Rio de Janeiro na linha de cuidado do câncer de mama e propor um fluxo que contemple o Centro Diagnóstico de Câncer de Mama (CDCM);
5. Descrever a estrutura existente no HCIII/INCA e a realização de procedimentos diagnósticos de câncer de mama nesta Unidade.

As informações sobre a quantidade de biópsias realizada no município do Rio de Janeiro foram obtidas no SIA/SUS, e a oferta de biópsia foi obtida na página do sistema de regulação do município (SISREG).

Para estimar a necessidade de biópsia foi utilizado os Parâmetros Técnicos para Detecção Precoce de Câncer de Mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2023), a estimativa de câncer para o ano de 2022 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2022), os dados populacionais de 2021 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) e os dados da saúde suplementar de 2022 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022), permanecendo as mulheres que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

A população de mulheres usuárias do SUS, residentes no município do Rio de Janeiro, foi obtida subtraindo-se a população de mulheres cobertas pela saúde suplementar, tendo como base o mês de dezembro de 2022.

Para compreender as dificuldades para a realização de biópsia foi realizada entrevista com o gestor da regulação municipal, estadual e de uma unidade terciária.

Parâmetros para detecção precoce do câncer de mama

A população feminina residente no município do Rio de Janeiro, no ano de 2021, conforme dados do IBGE, era de 3.581.447 mulheres, sendo 843.589 na faixa etária de 50 a 69 anos. A taxa de cobertura da saúde suplementar, em dezembro de 2022, era de 50,89% para toda população feminina e de 58,50% para mulheres de 50 a 69 anos. Excluindo a população coberta por plano de saúde, a população feminina total dependente do SUS foi de 1.758.491 mulheres, sendo 350.089 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (Quadro 1).

Quadro 1: Estimativa da população feminina usuária exclusivamente do SUS, em todas as idades e na faixa etária de 50 a 69 anos, com base no total de mulheres e taxa de cobertura da saúde. Município do Rio de Janeiro, dezembro/2022

Segmento etário	População Mulheres Residentes ¹	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde ²	População	
			Coberta pela Saúde Suplementar	SUS Dependente
Todas as idades	3.581.447	50,89 %	1.822.956	1.758.491
50 a 69 anos	843.589	58,50 %	493.500	350.089

¹<http://www.ibge.gov.br>. Dados referentes ao ano de 2021. Data de acesso: agosto de 2023.

²<http://www.ans.gov.br>. Dados referentes ao ano de 2022. Data de acesso: agosto de 2023.

Considerando os Parâmetros Técnicos para Detecção Precoce do Câncer de Mama, espera-se 1.780 mulheres SUS dependentes, residentes no município do Rio de Janeiro, sintomáticas com menos de 30 anos e 19.475 mulheres com 30 anos ou mais (Quadro 2).

Quadro 2: Estimativa de mulheres sintomáticas na população SUS dependente por grupo etário. Município do Rio de Janeiro, 2022

População feminina dependente do SUS	1.758.491
Taxa bruta estimada de incidência de câncer de mama no município do Rio de Janeiro para 2023	130,80/100.000
Taxa de casos sintomáticos dentre as estimativas de incidência de câncer de mama	96,79/100.000
Taxa de casos sintomáticos dentre a estimativa de incidência de câncer de mama por grupo etário	
Mulheres com menos de 30 anos.	1,55/100.000
Mulheres com 30 anos ou mais.	95,24/100.000
Número de mulheres sintomáticas na população SUS dependente por grupo etário:	
Mulheres com menos de 30 anos	1.780
Mulheres com 30 anos ou mais	19.475
Total de mulheres	21.255

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Para a população SUS dependente do município do Rio de Janeiro, alvo do rastreamento (n = 350.089), considerando a periodicidade bienal e uma cobertura de 100% dessas mulheres, estimou-se a necessidade de 175.045 mamografias bilateral de rastreamento, 10.153 mamografias diagnósticas e para a população sintomáticas (n = 21.255), estimou-se a necessidade de 29.153 mamografias diagnósticas. A partir da necessidade de mamografia para população alvo do rastreamento, estimou-se 2.941 biópsias, seja por Punção por Agulha Grossa (PAG) (2.556) ou Biópsia Cirúrgica (385). Para população sintomática, estimou-se 5.209 biópsias: PAG (3.777) ou Biópsia Cirúrgica (1.432). Para assegurar a confirmação diagnóstica dessas mulheres são necessárias 8.150 biópsias – Quadro 3.

Quadro 3: Parâmetros e estimativas de procedimentos para detecção precoce do câncer de mama em mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, usuárias exclusivamente do SUS, 2022

Procedimento	Parâmetro			Estimativa de procedimento			Total de procedimentos
	Rastreamento	População sintomática		Rastreamento	População sintomática		
	50 a 69 anos ¹ (N=350.089)	< 30 anos ² (N=1.780)	≥ 30 anos ² (N=19.478)	50 a 69 anos	< 30 anos	≥ 30 anos	
Mamografia Bilateral de Rastreamento	50,00%	NA	NA	175.045	NA	NA	175.045
Mamografia diagnóstica	2,90%	28,15%	147,10%	10.153	501	28.652	39.306
Punção aspirativa por agulha grossa (PAG)	0,73%	18,07%	17,74%	2.556	322	3.455	6.333
Biópsia/exérese de nódulo de mama	0,11%	13,03%	6,16%	385	232	1.200	1.817
Exame anatomopatológico de mama – Biópsia	0,84%	31,10%	23,90%	2.941	554	4.655	8.150

Fonte: Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama, 2023.

¹população feminina de 50 a 69 anos SUS dependente.

²população feminina sintomática SUS dependente.

Oferta de biópsias de mama no município do Rio de Janeiro

No ano de 2022, foram ofertadas pelo SISREG 3.006 biópsias de mama, mas a necessidade estimada para a população SUS dependente residente no município do Rio de Janeiro foi de 8.150, gerando um *déficit* de 63,11% na oferta de biópsias. Um *déficit* menor (22,30%) também foi identificado ao comparar a oferta de biópsia com a demanda estimada pelo total de mamografias realizadas (Quadro 4).

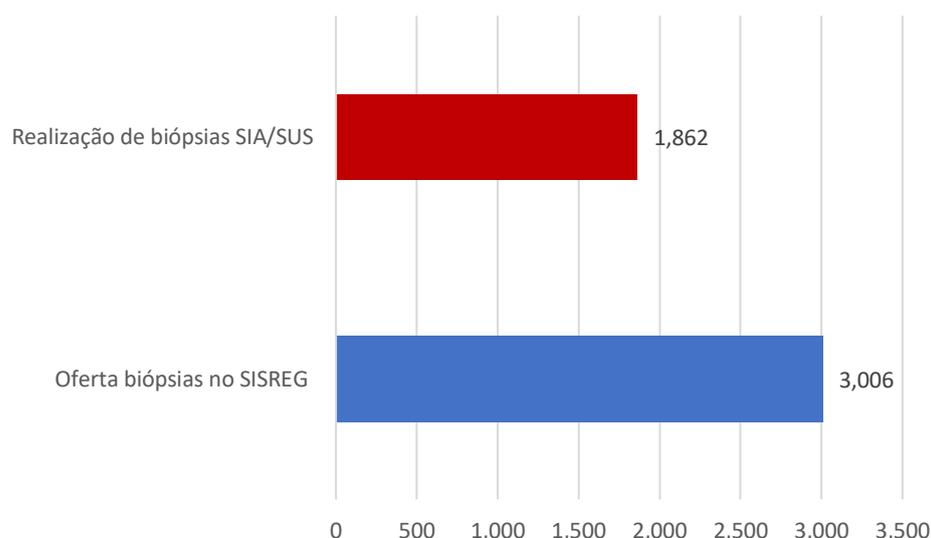
Quadro 4: Necessidade estimada de biópsias, ofertas e *déficit* no município do Rio de Janeiro, 2022

Procedimento	Oferta SISREG (a)	Estimados		<i>Déficit</i> SISREG (%)	
		por base populacional (b)	por mamografias realizadas SIA (c)	Estimada população (a) e (b)	Estimado por mamografia (a) e (c)
Biópsia	3.006	8.150	3.869	63,11	22,30

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Observou-se também que a produção de biópsias informadas no SIA/SUS, em 2022, ficou aquém do total ofertado no SISREG, com cerca de 38% das biópsias não sendo realizadas – Gráfico 1.

Gráfico 1: Produção e oferta de biópsias para diagnóstico de câncer de mama para mulheres residentes. Município do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: SIA/SUS. Acessado em 24/07/2023.
SISREG. Acessado em 24/07/2023.

Dificuldades para realizar biópsias de mama – resultado das entrevistas com gestores

Gestores dos sistemas de regulação (SISREG e SER)

- Preenchimento incorreto nos documentos utilizados para regulação de vagas;
- Rotatividade de profissionais na Atenção Primária;
- Comunicação ineficiente entre as instâncias que compõe o sistema de regulação;
- Demora nos resultados histopatológicos;
- Retorno do paciente à Unidade Básica para receber o diagnóstico, identificado como um problema organizacional, pois gera um tempo adicional entre o resultado e inclusão no sistema de regulação para início do tratamento;
- A existência de uma segmentação no processo da linha de cuidado no pré e pós-diagnóstico é identificado como um desafio. Isso pode ser angustiante para os pacientes e contribuir para um intervalo de tempo que não prioriza o rápido atendimento;
- Fatores relacionados aos pacientes como medo, falta de conhecimento, distância das unidades de saúde, comunicação limitada com os profissionais e longos períodos de espera para o atendimento, podem impactar negativamente na adesão e busca por cuidados de saúde.

Gestores de um hospital especializado (HCIII)

- Déficit de recursos humanos;
- Necessidade de aumento de Insumos e equipamentos;
- Captação das mulheres que necessitam de investigação diagnóstica.

HOSPITAL DO CÂNCER III

Estrutura existente

A estrutura existente foi verificada através de consulta ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e em entrevista com o gestor do hospital.

Nem toda estrutura apresentada no SCNES estava em uso (Quadro 5).

Segundo o gestor, das duas salas de cirurgia ambulatorial (pequena cirurgia) apenas uma estava em uso e entre as cinco salas de cirurgia hospitalar, quatro estavam em uso.

O quadro de mastologistas consta de 12 profissionais incluindo o diretor da unidade e de 5 médicas radiologistas. A patologia diagnóstica é centralizada no Divisão de Patologia do INCA.

Quadro 5: Estrutura para assistência em ambiente ambulatorial e hospitalar do Hospital do Câncer III, segundo o SCNES e o gestor da Unidade. Rio de Janeiro, 2023

Infraestrutura para Assistência		
	SCNES	Gestor
Ambulatorial		
Clínicas especializadas	28	28
Outros consultórios não médicos	23	23
Sala de pequena cirurgia	2	01
Hospitalar		
Leitos	52	52
Sala de cirurgia	5	4
Equipamentos – Radiologia		
Mamógrafo	2	1
Mamógrafo com Estereotaxia	1	1
Raio X	1	1
Ultrassom Doppler Colorido	2	2

Fonte: CNES/DATASUS. Acesso: 31/10/2023

Entrevista com o gestor do HC III

Procedimentos realizados

O total de procedimentos diagnósticos de mama realizados no HCIII variou conforme a fonte consultada.

De acordo com dados do SIA, em 2022, foram realizadas 4.644 consultas com mastologista, 426 mamografias de rastreamento, 5.855 mamografias diagnósticas, 1.078 ultrassonografias mamárias bilateral, 870 biópsias guiadas e 47 punções por agulha grossa.

Já os dados internos do HCIII apresentaram, para o mesmo ano, 8.641 consultas com mastologista, 1.836 mamografias de rastreamento, 2.090 mamografias diagnósticas, 1.180 ultrassonografias mamária bilateral, 1.636 biópsias guiadas e 70 punções por agulha grossa.

O HCIII também registrou procedimentos diagnósticos de mamotomia: 720 guiadas por ultrassonografia e 2.124 por estereotaxia. Este procedimento não consta na tabela SUS (Quadro 6).

Quadro 6: Procedimentos realizados no Hospital do Câncer III, segundo dados do SIA/SUS e do gestor da Unidade. Rio de Janeiro, 2022

Procedimentos	SIA/SUS	Gestor
Biópsia percutânea orientada por imagem ^a	870	1.636 (1.616 guiadas por USG e 20 por Raio X)
Punção por agulha grossa	47	70
Mamografia de rastreamento	426	1.836
Mamografia diagnóstica	5.855	2.090
Ultrassonografia mamária bilateral	1.078	1.180
Mamotomia guiada por estereotaxia	NA	2.124
Mamotomia guiada por ultrassonografia	NA	720
Consulta médica – Mastologista	4.644	8.641

Fonte: SIA/SUS. Acesso: 10/12/2023

Entrevista com o gestor do HC III

Viabilidade CDCM no HCIII

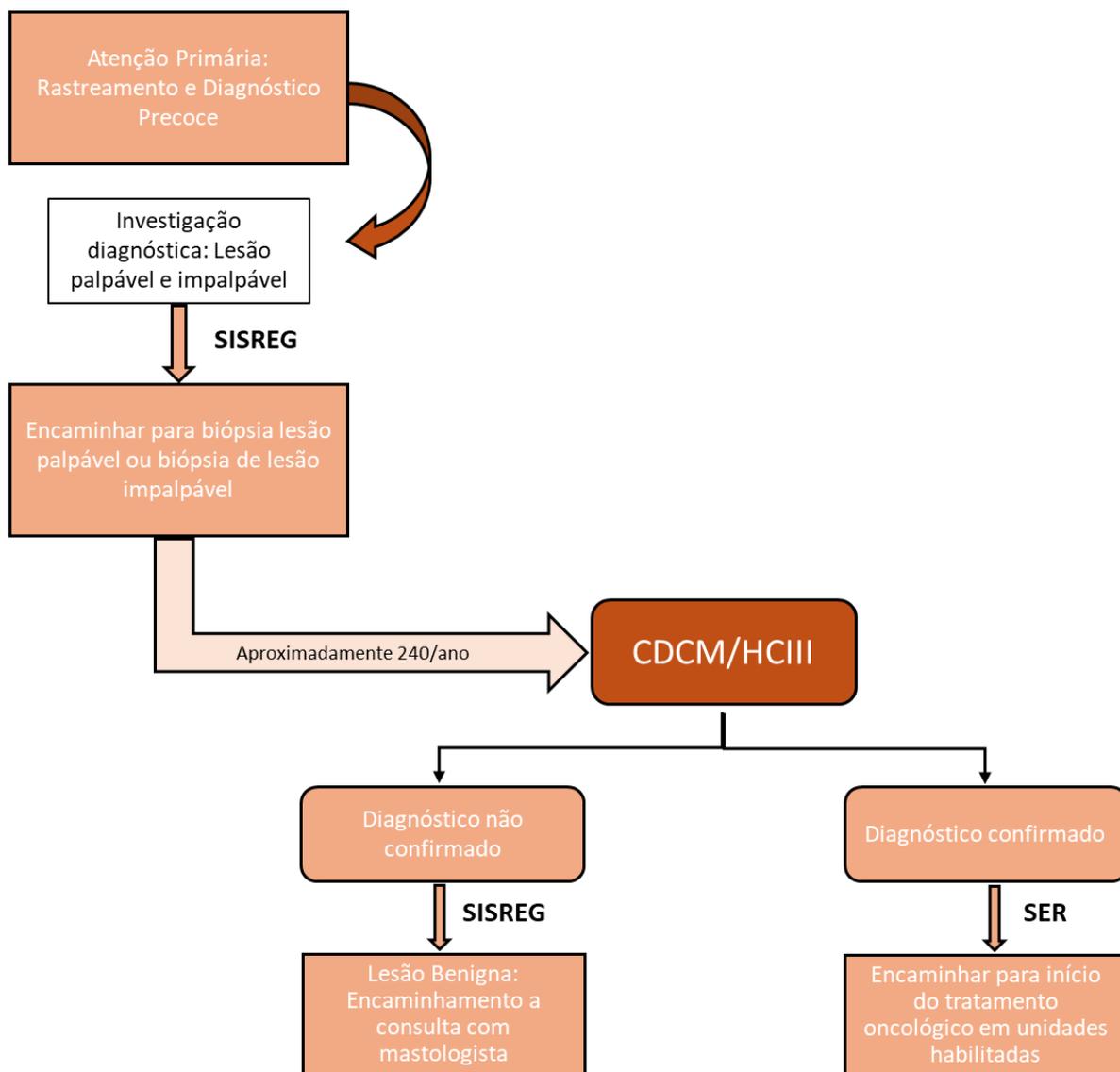
Considerando as dificuldades relatadas pelo gestor relacionadas a escassez de recursos humanos e estrutura, a experiência da autora enquanto enfermeira da unidade e a organização dos atendimentos que prevê um dia da semana sem agendamento de mulheres para consultas de primeira vez, propõe-se disponibilizar nesse dia ao menos cinco vagas para mulheres que precisam realizar biópsias.

Nessa proposta, seria utilizada a estrutura existente no HCIII e o número de vagas para biópsias de mama reguladas pelo SISREG poderia aumentar com mais 240 biópsias ao ano, representando um aumento de 8% no total de vagas ofertadas em 2022. Propõe-se que essas vagas sejam reguladas para o CDCM no HCIII independente do fluxo já existente.

O aumento na oferta de biópsia conforme proposto, reduziria o déficit estimado pelo parâmetro populacional, para 60% e o estimado por mamografia para 16%. Para que o HCIII contribuísse acabando com o *déficit* de biópsias estimado pelo total de mamografias realizadas e informadas, ele precisaria ofertar 3,6 vezes o número de biópsias (n= 863), o que não é possível sem a ampliação de RH e disponibilidade de infraestrutura.

Contudo, ainda que essa proposta não preveja novas instalações, o gestor da unidade precisará pactuar a mudança de rotina com os profissionais envolvidos e prever a contratação de novos, além de considerar o aumento de gasto de insumos, pois haveria um aumento de produção, em média, ao mês de aproximadamente 20 mamografias, 20 biópsias, além das ultrassonografias de mama solicitadas durante o atendimento.

PROPOSTA DE FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIAS NO CDCM/ HCIII



Considerações Finais

O diagnóstico do câncer de mama no município do Rio de Janeiro enfrenta diversos desafios, incluindo cobertura insuficiente de mamografias, oferta limitada de biópsias mamárias, demora dos resultados histopatológicos e escassez de profissionais de saúde. A falta de uma abordagem integral pode causar gargalos no sistema de saúde e prejudicar as pacientes que necessitam de tratamento imediato.

A implantação de um Centro Diagnóstico, embora possa contribuir com a ampliação na oferta de procedimentos diagnósticos, precisa considerar: aumento de profissionais qualificados, investimento em capacitação, comunicação e implementação de protocolos claros, aliados a um fortalecimento de estratégias de detecção. Além de uma descrição detalhada do cenário atual com vistas a identificar os nós existentes que possam, por exemplo, justificar a ociosidade de biópsias apesar do déficit apresentado.

A colaboração entre instituições de saúde de todos os níveis é crucial para enfrentar esses desafios e melhorar a prestação de serviços de saúde para o controle do câncer de mama no Rio de Janeiro.

Referências Bibliográficas

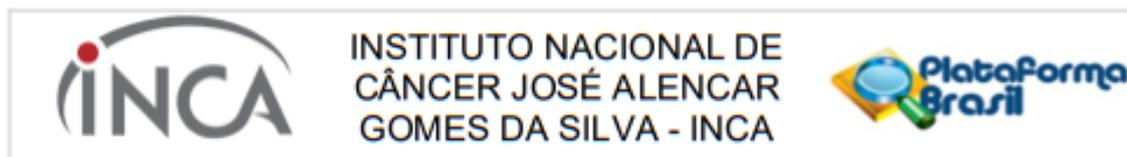
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Beneficiários por Município (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POPULAÇÃO RESIDENTE - RIO DE JANEIRO [2021]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprij.def>>. Acesso em: 28 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. INCA, 2023. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, I. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022 Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>>. Acesso em: 25 nov. 2022

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia de detecção precoce para o Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Cristiane Fernandes Cardoso Maia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69585623.1.0000.5274

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

Patrocinador Principal: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.151.517

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer Substanciado do CEP-INCA no. 6.125.920, de 19/06/2023.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer Substanciado do CEP-INCA no. 6.125.920, de 19/06/2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer Substanciado do CEP-INCA no. 6.125.920, de 19/06/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer Substanciado do CEP-INCA no. 6.125.920, de 19/06/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Recomendações:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Substanciado do CEP-INCA no. 6.125.920, de 19/06/2023 (arquivo <Concl_ou_Pend_e_Lista_de_Inad.docx>):

1- Em arquivo "PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_2130029.pdf" como em "Projeto_de_Pesquisa_Cristiane_Fernandes_Cardoso_Maia.pdf":

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204			
Bairro: CENTRO		CEP: 20.231-092	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)3207-4550	Fax: (21)3207-4556	E-mail: cep@inca.gov.br	



**INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA**



Continuação do Parecer: 6.151.517

1.1 - O Orçamento deve ser apresentado incluindo valores mesmo que reduzidos, por exemplo materiais de escritório ou despesas com deslocamento de participantes, se for o caso;

Página 27 em destaque – Projeto

Subtítulo: Orçamento

O estudo será conduzido sem apoio financeiro externo e os pesquisadores não serão compensados por sua participação. Esse projeto não acarretará nenhum custo para a instituição.

Prevê-se um investimento em torno de R\$ 400 para a aquisição do material necessário, sendo este custeado exclusivamente pela pesquisadora principal. Os insumos podem incluir resma de papel, pastas, canetas, tinta para impressora e todos os materiais de suporte necessários. Caso surjam gastos não previstos na elaboração da pesquisa, os custos serão assumidos pelo pesquisador principal.

A pesquisadora do estudo se compromete a divulgar todos os resultados obtidos, tanto para a comunidade científica quanto para os participantes, independentemente de quais forem.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 - Solicita-se explicitar melhor modo de obtenção de TCLE e espaço de intervenção proposta (ao que parece presencial) junto aos diferentes participantes.

Página 21 e 22 em destaque– Projeto

Subtítulo: Item 3 - Metodologia

Será realizada entrevista presencial com atores chaves do Sistema Estadual de Regulação (SER), Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) (apêndices 1 e 2) para compreender o problema de acesso aos serviços de diagnósticos; e da direção do Hospital do Câncer III (apêndice 3) para conhecer a realidade atual e possibilidades futuras com seus aspectos relevantes para a construção da proposta do Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama.

Essa etapa terá uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas. Serão identificados atores chaves para a entrevista em conformidade com os objetivos do estudo, sendo selecionados os gestores, ou representantes indicados por eles, da regulação de vagas para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no município do Rio de Janeiro e o gestor do HCIII.

Foi elaborado um instrumento norteador que será utilizado para direcionar as entrevistas que acontecerão após contato telefônico prévio e posterior agendamento com cada participante, de forma presencial e em dias e/ou horários distintos. As entrevistas serão realizadas em local reservado e gravadas após a aceitação do entrevistado e de sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será disponibilizado no formato impresso, entregue

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



**INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA**



Continuação do Parecer: 6.151.517

no momento da entrevista com leitura e esclarecimento de eventuais dúvidas.

Apenas as pesquisadoras terão acesso à gravação e transcrição das entrevistas. Para assegurar o anonimato e sigilo, os audios das gravações serão arquivados durante o mestrado para o esclarecimento de eventuais dúvidas e excluídos após finalização da dissertação de mestrado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2 - No arquivo "TCLE.pdf": 2.1 - Neste documento, em seção correspondente a Procedimentos, cabe descrever com maior cuidado a intervenção proposta, incluindo uso de gravação, espaço reservado e tempo estimado de entrevista.

Página 2 em destaque – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Subtítulo: Procedimentos

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Será realizada uma entrevista com perguntas semiestruturadas, de acordo com o objetivo proposto, em local reservado e adequado, para permitir a privacidade e quietude, sem interrupções externas. Para registrar todas as respostas com precisão, objetividade e imparcialidade, gravaremos a entrevista, caso seja autorizado. Ao final da entrevista, realizarei um resumo das informações coletadas para confirmação das respostas. O tempo estimado para que a entrevista seja eficiente e não comprometa a disposição e seu conforto, será de 30 a 40 minutos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3 - Quanto ao Cronograma: 3.1 - É necessário atualizar o cronograma, a fim de que o início de coleta de dados não se dê antes de aprovação por CEP de instituição proponente. Solicita-se adequação

Página 26 em destaque – Projeto

Subtítulo: Cronograma

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Acatando a Recomendação:

Pede-se rever redação de Roteiro apresentado em Apêndice 1, uma vez que texto de item 11 parece incompleto;

Página 33 em destaque – Projeto

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

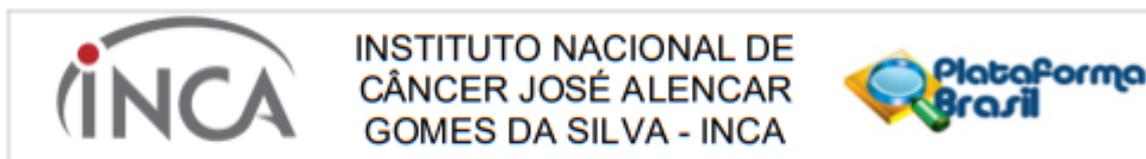
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.151.517

Apêndice 1

11. Se houver pendências após o usuário ser inserido no SISREG, qual o protocolo a ser seguido?

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2130029.pdf	29/06/2023 13:06:20		Aceito
Outros	Concl_ou_Pend_e_Lista_de_Inad.docx	29/06/2023 13:03:51	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Cristiane_Fernandes_Cardoso_Maia.docx	29/06/2023 12:56:16	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/06/2023 12:55:09	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	Formulario_Submissao_CEP.pdf	11/05/2023 06:46:08	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC_DE_PUBLICACAO_DOS_RESULTADOS.pdf	26/04/2023 20:24:17	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC SOBRE DESPESAS.pdf	26/04/2023 20:21:31	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC SOBRE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DO ESTUDO.pdf	26/04/2023 20:20:32	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 3207-4550 Fax: (21) 3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.151.517

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PE SQUISADOR.pdf	26/04/2023 20:18:22	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC_DE_PRIVACIDADE_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf	26/04/2023 20:11:48	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_CEP.pdf	26/04/2023 20:08:19	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

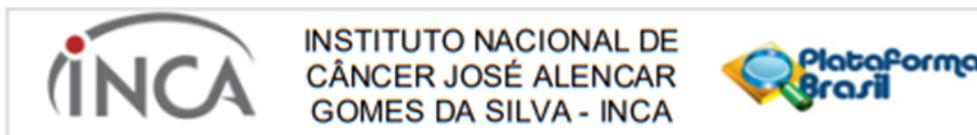
Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Junho de 2023

Assinado por:
Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3207-4550 **Fax:** (21) 3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Centro de Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia de detecção precoce para o Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Cristiane Fernandes Cardoso Maia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69585623.1.0000.5274

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

Patrocinador Principal: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.245.145

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda do Projeto de Pesquisa Aprovado pelo Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.151.517, de 29/06/2023.

A presente Emenda trata da informação trazida no campo "Justificativa da Emenda" do cadastro da emenda e constante no arquivo gerado <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf>, de 11/08/2023, fazendo menção à inclusão da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro como instituição coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf>, de 11/08/2023.

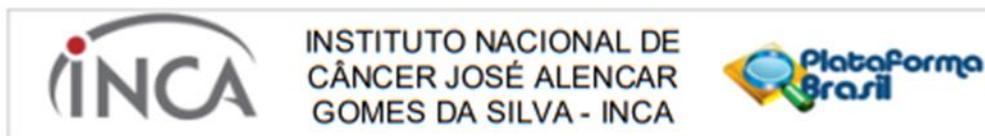
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf>, de 11/08/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf>, de 11/08/2023.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
 Bairro: CENTRO CEP: 20231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.245.545

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf>, de 11/08/2023.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

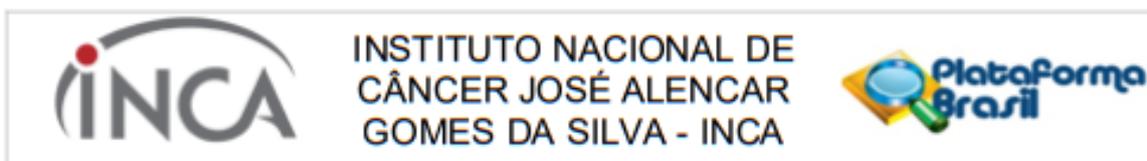
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013 manifesta-se pela aprovação da Emenda ao projeto de pesquisa proposto.

Ressalto que o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2194442_E1.pdf	11/08/2023 11:36:01		Aceito
Outros	Condi_ou_Pend_e_Lista_de_Inad.docx	29/06/2023 13:03:51	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Cristiane_Fernandes_Cardoso_Maia.docx	29/06/2023 12:56:16	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/06/2023 12:55:09	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	Formulario_Submissao_CEP.pdf	11/05/2023 06:46:08	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC_DE_PUBLICACAO_DOS_RESULTADOS.pdf	26/04/2023 20:24:17	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC SOBRE DESPESAS.pdf	26/04/2023 20:21:31	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC SOBRE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DO ESTUDO.pdf	26/04/2023 20:20:32	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
 Bairro: CENTRO CEP: 20231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6245.145

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PE SQUISADOR.pdf	26/04/2023 20:18:22	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Outros	DEC_DE_PRIVACIDADE_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf	26/04/2023 20:11:48	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_CEP.pdf	26/04/2023 20:08:19	Cristiane Fernandes Cardoso Maia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Agosto de 2023

Assinado por:
Antonio Abilio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA SES/RJ



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 2.361/2021 CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A CARTA Nº0212/CONEP/CNS/2010 CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A RESOLUÇÃO CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Regulação vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para a pesquisadora **Cristiane Fernandes Cardoso Maia**, da instituição: Instituto Nacional de Câncer (INCA) para realização da pesquisa intitulada "**Centro Diagnóstico de Câncer de Mama: Uma estratégia de detecção precoce para o Câncer de Mama no município do Rio de Janeiro**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa responsável(is) por sua avaliação. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira
Superintendente de Educação em Saúde
ID: 50005839

Kitty Crawford
Superintendente de Regulação
ID: 5083312-0

Rio de Janeiro, 09 agosto de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira**, Superintendente, em 10/08/2023, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kitty Crawford**, Superintendente, em 18/08/2023, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=5, informando o código verificador **57374707** e o código CRC **D657231D**.

