



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**INVESTIGAÇÃO DO TEMPO ENTRE PRIMEIRA CONSULTA E DIAGNÓSTICO E
DO TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE TRATAMENTO E FATORES
ASSOCIADOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO, MAMA E
PRÓSTATA, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM
PORTO ALEGRE, DE 2012-2016**

PAULO RICARDO BOBEK

PORTO ALEGRE

2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

**INVESTIGAÇÃO DO TEMPO ENTRE PRIMEIRA CONSULTA E DIAGNÓSTICO E
DOTEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE TRATAMENTO E FATORES
ASSOCIADOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO, MAMA E
PRÓSTATA, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM
PORTO ALEGRE, DE 2012-2016**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Paulo Ricardo Bobek

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

BOBEK, PAULO RICARDO
INVESTIGAÇÃO DO TEMPO ENTRE PRIMEIRA CONSULTA E
DIAGNÓSTICO E DO TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE
TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM
CÂNCER DE PULMÃO, MAMA E PRÓSTATA, ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE, DE
2012-2016 / PAULO RICARDO BOBEK. -- 2021.
102 f.
Orientador: RONALDO BORDIN.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. câncer de mama. 2. câncer de pulmão. 3. câncer
de próstata. 4. saúde coletiva. 5. avaliação de
políticas públicas. I. BORDIN, RONALDO, orient. II.
Título.

**INVESTIGAÇÃO DO TEMPO ENTRE PRIMEIRA CONSULTA E DIAGNÓSTICO E
DOTEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE TRATAMENTO E FATORES
ASSOCIADOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO, MAMA E
PRÓSTATA, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM
PORTO ALEGRE, DE 2012-2016**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Aline Blaya Martins

Prof^a Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte

Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

Prof^a Dra. Luciana Barcellos Teixeira

AGRADECIMENTOS

Agradeço, pelo apoio, afeto e suporte da minha família, Aléia, Artur e Toy.

Aos colegas do mestrado, pela parceria, alegria e companheirismo neste caminhar.

Aos professores da saúde coletiva da UFRGS, uma rara constelação de acolhimento, sabedoria e humanidade.

Agradeço, especialmente, ao professor Ronaldo Bordin e à professora Luciana Barcellos Teixeira, pela amizade, estímulo, paciência e compreensão; destaco a orientação precisa, densa e tranquila do professor Bordin.

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua
todaBrilha, porque alta vive*

Ricardo Reis

RESUMO

Introdução: em 2018 o câncer causou 9 milhões de mortes, das quais 70% em países de baixa e média renda. As desigualdades sociais associadas ao câncer potencializam o atraso no acesso ao diagnóstico e início do tratamento e consequente aumento de letalidade. **Objetivo:** investigar o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico e o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento e possíveis fatores associados. **Métodos:** emprego de registros da base de dados hospitalar de um hospital de referência no Sul do Brasil, período 2012-2016. Os fatores associados incluíram variáveis sociodemográficas e clínicas. Os tempos investigados foram categorizados a partir de legislação específica. Comparações foram realizadas por meio do teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Os fatores associados aos tempos foram investigados por modelo de regressão de Poisson com variação robusta. **Resultados:** a amostra de casos estudados totaliza 2.606 pessoas, sendo 1.023 (39,3%) casos com câncer de mama, 983 (37,7%) câncer de pulmão e 600 (23%) câncer de próstata. Nos casos de câncer de pulmão há predomínio de pessoas com idade de 50 a 79 anos (86,8%), sexo masculino (57,6%), branca (88,9%), ensino fundamental completo (76,3%), estadiamento 4 (60,3%) e 45,1% evoluiu para o óbito. As pessoas com estadiamento 0 apresentaram o maior RR do tempo superior a 30 dias entre a primeira consulta e o diagnóstico (4,33 vezes maior do que para pacientes com estadiamento 4 - referência); o maior RR (1,76) do tempo superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento foi no grupo de estadiamento 2. Nos casos de câncer de mama há predomínio de pessoas com idade de 50 e 69 anos (50,8%), branca (92,8%), ensino fundamental completo (55,4%), estadiamento 2 (46,4%) e 6,6% evoluiu para o óbito. No desfecho tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias os pacientes, quando comparados aos pacientes com estadiamento 4 (referência), o estadiamento 0 apresentou o maior RR (8,81); no desfecho tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento acima de 60 dias, pacientes com estadiamento 1 apresentaram o maior RR (2,46). Nos casos de câncer de próstata há predomínio de pessoas com idade de 60 a 69 anos (43,4%), branca (89,8%), ensino fundamental completo (76,5%), estadiamento classificação 2 (59,5%) e 5,8% evoluiu para o óbito. No desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias o

estadiamento 1 apresentou o maior RR (1,50); no desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 60 dias, os pacientes com estadiamento 1 apresentaram o maior RR (2,45). **Conclusão:** o desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de pulmão, permaneceram no modelo como variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,05$) e o estadiamento ($p < 0,001$); para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, permaneceram variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,024$) e o estadiamento ($p = 0,03$) e apresentaram-se com RR de proteção as faixas etárias de 20 a 49 anos (RR = 0,29, IC95% = 0,20 — 0,55) e 60 a 69 anos (RR = 0,53, IC95% = 0,31 — 0,90). Os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de mama ajustado por faixa etária, raça/cor e escolaridade, mostraram que o RR de estadiamento diminuiu a medida que a classificação aumentou; para o desfecho tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento acima de 60 dias, permaneceram no modelo explicativo final as variáveis faixa etária ($p = 0,003$) e estadiamento ($p = 0,003$). O desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de próstata, o estadiamento ficou a variável explicativa do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, com significância estatística para as classificações 1 e 2 quando comparadas à classificação 4; para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, permaneceu no modelo explicativo somente a variável estadiamento.

Palavras-chave: Câncer de mama. Câncer de pulmão. Câncer de próstata. Saúde coletiva. Gestão em saúde. Avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction: in 2018, cancer caused 9 million deaths, of which 70% in low- and middle-income countries. The social inequalities associated with cancer enhance the delay in access to diagnosis and initiation of treatment and the consequent increase in lethality. **Objective:** to investigate the time between the first consultation and diagnosis and the time between diagnosis and the start of treatment and possible associated factors. **Methods:** use of hospital database records from a reference hospital in southern Brazil, period 2012-2016. Associated factors included sociodemographic and clinical variables. The investigated times were categorized based on specific legislation. Comparisons were performed using the homogeneity of proportions test based on Pearson's chi-square statistics. Factors associated with times were investigated using a Poisson regression model with robust variation. **Results:** the sample of cases studied totals 2,606 people, with 1,023 (39.3%) cases with breast cancer, 983 (37.7%) lung cancer and 600 (23%) prostate cancer. In cases of lung cancer, there is a predominance of people aged 50 to 79 years (86.8%), male (57.6%), white (88.9%), complete elementary school (76.3%), stage 4 (60.3%) and 45.1% progressed to death. People with stage 0 had the highest RR for the time greater than 30 days between the first consultation and diagnosis (4.33 times higher than for patients with stage 4 - reference); the highest RR (1.76) for the time greater than 60 days between diagnosis and the start of treatment was in the stage 2 group. In cases of breast cancer there is a predominance of people aged 50 and 69 years (50.8%), white (92.8%), completed elementary school (55.4%), stage 2 (46.4%) and 6.6% progressed to death. In the outcome time between the first consultation and the diagnosis above 30 days, patients, when compared to patients with stage 4 (reference), stage 0 had the highest RR (8.81); in the outcome time between diagnosis and start of treatment above 60 days, patients with stage 1 had the highest RR (2.46). In cases of prostate cancer, there is a predominance of people aged 60 to 69 years (43.4%), white (89.8%), complete elementary education (76.5%), stage 2 classification (59.5%) and 5.8% progressed to death. In the outcome of time between the first consultation and diagnosis over 30 days, stage 1 had the highest RR (1.50); in the outcome of time between the first consultation and the diagnosis above 60 days, patients with stage 1 had the highest RR (2.45). Conclusion: The time outcome between the first consultation and the diagnosis above 30 days, for cases of lung cancer, remained in the model as explanatory variables of the outcome age ($p = 0.05$) and staging

($p < 0.001$); for the outcome of time between diagnosis and beginning of treatment above 60 days, the explanatory variables of the outcome were age ($p = 0.024$) and staging ($p = 0.03$) and presented with RR of protection as age groups from 20 to 49 years (RR = 0.29, 95%CI = 0.20 - 0.55) and 60 to 69 years (RR = 0.53, 95%CI = 0.31 - 0.90). The respective crude and adjusted relative risks for the outcome time between the first visit and the diagnosis above 30 days, for cases of breast cancer adjusted for age group, race/color and education, showed that the RR for staging decreased the measure. that the rating has increased; for the outcome time between diagnosis and start of treatment above 60 days, the variables age group ($p = 0.003$) and stage ($p = 0.003$) remained in the final explanatory model. The outcome of time between the first visit and diagnosis over 30 days, for cases of prostate cancer, staging was the explanatory variable of the time between the first visit and diagnosis, with statistical significance for classifications 1 and 2 when compared to classification 4; for the outcome of time between diagnosis and start of treatment above 60 days, only the staging variable remained in the explanatory model.

Keywords: Breast cancer. lung cancer. Prostate cancer. Public health. Health management. Evaluation of public policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos casos de câncer de pulmão, mama e próstata, atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	41
Tabela 2 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre primeira consulta e diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	42
Tabela 3 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	43
Tabela 4 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	45
Tabela 5 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre primeira consulta e diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	46
Tabela 6 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	47
Tabela 7 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de pulmão, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	48
Tabela 8 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de pulmão, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	49
Tabela 9 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	51
Tabela 10 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	52
Tabela 11 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	53

Tabela 12 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de mama, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	54
Tabela 13 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de mama, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	55
Tabela 14 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	57
Tabela 15 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	58
Tabela 16 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016.....	59
Tabela 17 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de próstata, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	60
Tabela 18 - Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de próstata, em Porto Alegre, de 2012 a 2016.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária em Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BTS – British Thoracic Society
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS – Centro de Atenção Psico-Social
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPCNP – câncer de pulmão de células não-pequenas
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA – Estados Unidos da América
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
HC– Hospital de Clínicas
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MILD – Multicentric Italian Lung Detection
MS – Ministério da Saúde
NHE-HNSC – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – Hospital Nossa Senhora da Conceição
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem

RR – Risco Relativo

SARS-COV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SES/RS – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

TNM – tumor (T), linfonodo (N) e metástase (M)

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	17
2.1 Epidemiologia do câncer no mundo e no Brasil.....	17
2.2 Epidemiologia do câncer de pulmão no mundo e no Brasil	20
2.3 Epidemiologia do câncer de mama no mundo e no Brasil	24
2.4 Epidemiologia do câncer de próstata no mundo e no Brasil	29
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos	34
4 MÉTODOS.....	35
4.1 Problema de pesquisa	35
4.2 Tipo de Estudo.....	35
4.3 Campo do estudo	36
4.4 População e Amostra	36
4.5 Coleta dos dados e variáveis.....	36
4.6 Manejo e análise dos dados	37
4.7 Considerações éticas	38
5 RESULTADOS	40
5.1 Amostra total.....	40
5.2 Subamostra – câncer de pulmão	43
5.3 Subamostra – câncer de mama.....	49
5.5 Subamostra – câncer de próstata.....	55
6 DISCUSSÃO.....	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS.....	82
ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	83
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	86

1 INTRODUÇÃO

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

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

Há mais de 90% dos países de alta renda com serviços de tratamento para câncer e menos de 30% dos países de baixa renda. Agravando mais essa situação, apenas 20% dos países de baixa e média renda têm informações necessárias na condução adequada na política de atenção à saúde para o câncer (OPAS, 2018).

A OPAS destaca que cerca de 70% das mortes por câncer são em países de baixa e média renda (OPAS, 2018). A OMS menciona que a desigualdade presente em diversos países é um fator limitante para o acesso ao serviço (LOMBARDO; POPIM, 2020).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) faz estimativas todos os anos das taxas de incidência de câncer, segundo sexo e localização primária, para as capitais, estados e o país. As estimativas projetaram para 2014 as seguintes cinco maiores taxas brutas de incidência de câncer/100.000 habitantes no Brasil (INCA, 2014):

a) em homens: Próstata (70,42); Traqueia/Brônquio/Pulmão (16,79); Cólon e Reto (15,44); Estômago (13,19) e Cavidade Oral (11,54);

b) em mulheres: Mama feminina (56,09); Cólon e Reto (17,24); Colo do útero (15,33); Traqueia/Brônquio/Pulmão (10,75) e Glândula Tireoide (7,91).

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

A política brasileira de ações de saúde relacionadas ao câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) tem um arcabouço legal bem estabelecido. A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS), coerente com a carta magna, no art. 7º, relaciona os princípios do SUS, destacando a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência.

A Lei Federal 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispõe que o paciente com câncer tem direito ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 (sessenta) dias, a partir do dia do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade de tratamento conforme registro em prontuário; a portaria nº 876, de 16 de maio de 2013 trata da aplicação desta lei, ela orienta e coordena a ação conjunta das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para atender, diagnosticar e iniciar o tratamento de câncer. Esta lei foi alterada pela lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, ao dispor que nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja o câncer, os exames diagnósticos devem ser feitos em até 30 (trinta) dias.

A portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para reduzir a morbimortalidade causada por esta doença e ainda diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, redefine os critérios e parâmetros para a organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia (UNACONs e CACONs) e define as condições estruturais, de funcionamento e

de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei 13.685/18 obriga os serviços de saúde públicos e privados a notificar os casos de câncer em todo território nacional e pretende identificar as lacunas de assistência, diagnóstico, tratamento e prevenção de diversos tumores para obter dados consolidados para a Lei dos Sessenta Dias, ainda não cumprida em uma parcela dos casos de câncer no nosso país (LOMBARDO; POPIM, 2020).

O câncer de pulmão, mama e próstata foram selecionados neste estudo por estar entre as maiores taxas de incidência de câncer, segundo sexo e localização primária, no Brasil e no RS e apresentados em ordem decrescente de letalidade de nossa amostra. A relação entre o tempo da consulta e o procedimento diagnóstico de câncer, assim como o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento e possíveis fatores de associação, nos prazos apontados na legislação brasileira, ainda é uma questão com falhas nessa avaliação. Este estudo visa contribuir no preenchimento desta lacuna no estado do RS.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

De acordo com dados coletados de APACs (Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade), que devem conter em seus dados a data do diagnóstico, o início de tratamento de alto custo, e os dados do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS), o tempo de espera para início da quimioterapia chega a 76,3 dias; para início da radioterapia, esse tempo chega a 113,4 dias (LOMBARDO; POPIM, 2020).

Um estudo publicado em 2018 demonstrou que os investimentos do governo federal em ações de controle e tratamento do câncer dobraram em uma década, ao passar de R\$ 1,9 bilhões, em 2008, para R\$ 3,8 bilhões em 2018. O estudo revelou também que, em termos comparativos, relacionados ao mesmo período, os gastos com ações para o controle da doença cresceram em 34% e com tratamento 50%; a cada R\$ 1,00 real investido no tratamento do câncer, apenas R\$ 0,05 centavos foram destinados aos aspectos voltados à prevenção e controle da doença (SANTOS, 2020).

De acordo com os dados do TCU, a realidade brasileira está bem distante dos padrões internacionais. Cerca de 16% dos pacientes tem início de quimioterapia em até trinta dias no Brasil, enquanto no Canadá 100% dos pacientes iniciam em até 30 dias, sendo boa parte na primeira semana após o diagnóstico de câncer (LOMBARDO; POPIM, 2020).

Desde 2001, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) há um projeto com 13 países visando diminuir o tempo de espera para o tratamento. Delimitaram um tempo para o início do tratamento, com estratégias que englobam toda a trajetória terapêutica do paciente. Por exemplo, diminuir o tempo entre a consulta com médico geral e a consulta com um especialista como no Reino Unido, onde se estabeleceu o prazo de até duas semanas e aumentou-se a capacidade instalada de serviços (SANTOS, 2020; LIMA; VILLELA, 2021).

2.1 Epidemiologia do câncer no mundo e no Brasil

O câncer é a segunda principal causa de óbito, causando 9,6 milhões de mortes em 2018, uma em cada seis mortes no mundo. Mais de 90% dos países de alta renda relataram que os serviços de tratamento estão disponíveis, em comparação com menos

de 30% dos países de baixa renda e apenas 20% dos países de baixa e média renda tem informações para constituir uma política para o câncer. O resultado é que cerca de 70% das mortes por câncer são em países de baixa e média renda (OPAS, 2018).

Estudo feito para avaliar a relação entre o status socioeconômico e o tempo de sobrevida do paciente para sete principais tipos de câncer - câncer de estômago, cólon, fígado, pulmão, mama, colo do útero e tireoide - utilizou dados sobre 10.902 indivíduos diagnosticados com câncer em 2010 e 2011 em Busan, Coréia do Sul. O estudo incluiu as seguintes informações: sexo, idade, estágio do tumor, caminho do diagnóstico e *status* socioeconômico. Um índice de avaliação socioeconômica foi construído a partir de educação, renda, desemprego e assistência social, para avaliar o status socioeconômico, dividindo a amostra em quartis. Quando comparado com o grupo de maior *status* socioeconômico, o grupo com menor *status* mostrou uma diminuição significativa no tempo de sobrevida para os principais tipos de câncer. Esse novo achado pode contribuir para a literatura sobre a associação do status socioeconômico e tempo de sobrevida e destacar a importância do monitoramento cuidadoso das características socioeconômicas para os serviços de prevenção e assistência ao câncer (KWAK, 2017).

O câncer também tem relação com riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física, uso de álcool e de tabaco. O tabagismo é o principal fator de risco, causando 22% das mortes. Outros fatores de risco incluem fatores ocupacionais, radiações ionizantes e não ionizantes, poluição do ar urbano e fumaça interna proveniente do uso doméstico de combustíveis sólidos e IST. A hepatite e o papilomavírus humano contribuem por 22% das mortes pela doença em países de baixa e média renda (OPAS, 2018).

O tabagismo e a obesidade, importantes fatores de risco para câncer, apresentam prevalências mais elevadas em populações de estratos socioeconômicos mais desfavorecidos. Os tumores de colo de útero e de cabeça e pescoço apresentam maior incidência nos estratos populacionais com piores condições sociais (WÜNSCH FILHO, 2008).

Estudo na cidade de São Paulo mostrou a dinâmica relação entre condições socioeconômicas, espaço geográfico e mortalidade por câncer de mama. Nos bairros com melhor condição sócio-econômica da cidade, a mortalidade por câncer de mama ficou estável de 1985 a 1999. As localidades menos favorecidas em sua condição

social mostraram uma mortalidade crescente no período (WÜNSCH FILHO, 2008).

Trabalhadores que desenvolvem atividades manuais ou com qualificação profissional precária estão mais expostos a substâncias químicas, fumaça de diesel, tintas e corantes, e outros agentes cancerígenos. Indivíduos dos estratos sociais mais baixos têm acesso restrito aos serviços de saúde. Em geral, essa dificuldade implica demora do diagnóstico (WÜNSCH FILHO, 2008).

As tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, no período de 2002 a 2012, apontaram maiores taxas de internação por câncer no sexo feminino, mesmo com tendência de aumento observada para homens. Isso pode estar relacionado à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde para realização de exames de rotina e prevenção. Houve ampliação dos investimentos nos serviços públicos de rastreamento e diagnóstico dos cânceres de mama nos últimos anos e consequente tendência de aumento do número de mulheres submetidas à mamografia. A elevação das internações por câncer entre os homens pode-se atribuir ao aumento de câncer em próstata nos últimos anos (SANTOS, 2015).

O quadro de saúde oncológica no Brasil reflete a ineficiência dos programas de assistência e controle dessas enfermidades, faltando estabelecer de forma ostensiva um programa de *screening* para a população alvo, pelas deficiências em quantidade e qualidade de aparato diagnóstico e de tratamento para o paciente com câncer; o câncer de mama é passível de programas de monitoramento já estabelecidos internacionalmente ou são alvo de medidas preventivas custo-efetivas aplicáveis pela atenção primária à saúde (BARBOSA et al., 2015).

Estima-se um aumento da incidência de câncer em 70% nas próximas duas décadas e essa elevação da incidência pode estar relacionada com os determinantes sociais da saúde; populações com melhor educação, renda mais alta e em sociedades menos injustas, com políticas e programas ativos de controle do câncer e sistemas de saúde de alto desempenho têm melhores resultados na relação mortalidade/incidência nos casos de câncer de pulmão, mama, câncer cervical e colorretal (BRASIL, 2011).

A redução das iniquidades no tratamento do câncer pode ser conseguida aprimorando os sistemas de saúde e criando políticas de redução da pobreza, melhoria da educação, promoção da igualdade de gênero e de políticas igualitárias entre homens e mulheres, melhoria da saúde materna, combate ao HIV/SIDA e outras IST, em um ambiente sustentável e socialmente justo (MADEIRA, 2014).

2.2 Epidemiologia do câncer de pulmão no mundo e no Brasil

A estimativa de novos casos de câncer de pulmão no mundo em 2018 foi de aproximadamente 2,1 milhões, de acordo com dados da OMS. Além disso, o câncer de pulmão é responsável por 1,8 milhão de óbitos (18,4% do total) principalmente devido ao mau prognóstico, sendo que em países desenvolvidos e em desenvolvimento ele ocupa o primeiro lugar em incidência e é a principal causa de óbito entre homens em 93 países; entre as mulheres, ocupa a terceira causa de morte por câncer em 28 países. As taxas de sobrevivência global em cinco anos para o câncer de pulmão variam entre 10 a 20% (COSTA, 2019).

Geralmente o padrão estabelecido para ocorrência e prevalência de câncer de pulmão retrata o consumo de cigarro em cada região do mundo, sendo que os casos de câncer relacionado com o tabaco correspondem a mais de 80% dos casos de câncer de pulmão (COSTA, 2019). Níveis de poluição ambiental elevados têm sido associados com o aumento de risco de câncer, em especial do pulmão. Existem evidências sugerindo que os indivíduos de classe social baixa se encontram expostos a maiores níveis de poluição ambiental quando comparados com os indivíduos de classe social mais elevada (MADEIRA, 2014).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2013) refere que o câncer de pulmão tem o maior peso na mortalidade, com 23% de todas as mortes relacionadas com câncer. Os países com menor incidência de câncer de pulmão em 2012 são a Islândia, a Estônia e o Luxemburgo. Os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram os maiores valores de incidência, seguidos do Japão, da Itália, da França e da Alemanha (MADEIRA, 2014).

Cartman et al. (2002) publicaram uma série de sobrevivência em câncer de pulmão que incluía alguns distritos da Inglaterra. Seus achados de sobrevivência global são baixos: sobrevivência global de 20,9% em um ano e 4,4% em 5 anos; 7,1% para não-pequenas células e 1,8% para pequenas células, em 5 anos. Houve associação entre a baixa sobrevivência e o pouco acesso da população ao sistema de saúde de sua localidade, além da dificuldade em receber atendimento por médicos especialistas (MORA, 2014).

Estudo de 3.370 casos de câncer de pulmão de células não-pequenas (CPCNP) utilizando dados do registro regional de câncer de pulmão da Suécia entre 1996-2004, indica que grupos socioeconômicos desfavorecidos com CPCNP recebem menos

cuidados intensivos. A baixa escolaridade permaneceu um preditor independente de baixa sobrevida apenas em mulheres com doença em estágio inicial. Os mecanismos subjacentes exatos dessas desigualdades sociais são desconhecidos, mas as diferenças no acesso aos cuidados, comorbidades e fatores de estilo de vida podem contribuir (BERGLUND et al., 2010).

Estudo utilizando dados do Registro Dinamarquês de Câncer de Pulmão, identificou 18.103 pessoas diagnosticadas com câncer de pulmão (células pequenas e células não pequenas) entre 2001–2008 na Dinamarca. No momento do diagnóstico de câncer de pulmão, a educação formal abaixo de 9 anos de estudo e a vida sozinha foram associados a riscos mais altos para o diagnóstico de doença mais avançada. Além disso, a educação abaixo dos 9 anos foi associada a um período maior que o recomendado entre o encaminhamento e o diagnóstico. Foram encontrados períodos mais longos do que o recomendado entre o encaminhamento e o diagnóstico para pacientes de baixa renda com diagnóstico de câncer de pulmão em estágio inicial e para pacientes com câncer de pulmão em estágio avançado que eram do sexo masculino, mais velhos e com comorbidade grave (DALTON et al., 2011).

Costa (2019), em sua tese de doutorado sobre o papel do nível socioeconômico na sobrevida de pacientes com câncer de pulmão no município de São Paulo (SP), encontrou os seguintes dados:

a) A América do Sul possui estimativa de incidência para 2018 de todos os óbitos por câncer de 16,8% em homens, semelhante ao esperado na África do Norte (16,9%), e 10,2% em mulheres, semelhante ao esperado no Sudeste da Ásia (9,6%);

b) Em relação ao câncer de pulmão, no Brasil estimam-se aproximadamente 31 mil novos casos, sendo a maioria entre o sexo masculino (18.740). As regiões onde há maior incidência são: Sul (36,27/100 mil) e Centro-Oeste (16,98/100 mil), refletindo diretamente o padrão de consumo de cigarro;

c) Sem considerar o câncer de pele não melanoma, o câncer de pulmão é o segundo mais frequente em homens e o terceiro entre as mulheres na região Sul.

Coorte retrospectiva utilizando o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) com 8.627 pacientes diagnosticados com câncer de pulmão (2000-2013) no município de São Paulo (SP) mostrou que as mulheres possuíam menor risco de óbito que os homens. Observou-se que a variável escolaridade apresentou relação estatisticamente significativa em relação ao risco de óbito em todos os níveis de escolaridade, sendo

que aqueles com ensino fundamental incompleto, possuem 1,4 vezes mais chances de óbito que o ensino superior. O baixo nível socioeconômico geralmente está relacionado com a redução da sobrevida, mortes precoces (entre 30 ou 90 dias) e baixas taxas de tratamento em câncer de pulmão (COSTA, 2019).

Uma coorte retrospectiva de pacientes diagnosticados com CPCNP entre janeiro de 2000 e julho de 2012, acompanhados até julho de 2015, em um hospital terciário de referência no município de São Paulo, incluídos 790 pacientes, havia 493 homens (62,4%). O padrão histológico mais frequente foi adenocarcinoma nos grupos com < 72 anos; 575 pacientes (73%) apresentavam doença avançada (estadiamento TNM IIIB- IV). A mediana de sobrevida em 5 anos foi de 12 meses, sem diferenças significantes nas faixas etárias estudadas, com um aumento de sua proporção em mulheres na faixa etária < 55 anos. O adenocarcinoma predominou nas mulheres. O carcinoma escamoso nos homens com ≥ 72 anos. A maioria dos casos apresentava-se em estágio avançado ao diagnóstico. Não foram observadas diferenças estatísticas na sobrevida entre os sexos ou as faixas etárias (FRANCHESCHINI, 2017).

Revisão sistemática feita em setembro de 2012 com estudos de coorte de participantes com diagnóstico primário de câncer de pulmão, incluindo 23 artigos, descreveu que posição socioeconômica mais baixa foi associada a uma chance reduzida de receber cirurgia e quimioterapia, mas não radioterapia, em relação à maior posição socioeconômica. A associação entre posição socioeconômica e cirurgia permaneceu após levar em consideração o estágio do câncer. Notavelmente, a associação entre posição socioeconômica e recebimento de tratamento foi semelhante em estudos realizados em países onde os cuidados de saúde são gratuitos no ponto de serviço para todos (por exemplo, no Reino Unido) e em países com sistemas de assistência médica de seguros privados (por exemplo, os EUA) (FORREST et al., 2013).

Apesar de serem escassas as informações sobre desigualdades sociais e acesso a serviços públicos de saúde em estudos de sobrevida, o efeito dos aspectos sociais na incidência e na mortalidade mostram que o acesso a serviços de saúde e a programas de rastreamento pode ser influenciado por características geográficas, culturais e socioeconômicas como escolaridade e renda, afetando os tempos entre as etapas de diagnóstico e tratamento, aos tratamentos aplicados ou às características biológicas do câncer. O nível socioeconômico é referido como determinante para a

dificuldade de acesso ao hospital e para o diagnóstico tardio, levando a uma pior sobrevida em pacientes com câncer (SOUZA, 2012).

O câncer de pulmão entre homens diminuiu desde 1995 nas capitais (com exceção da região nordeste) e o aumento nos municípios do interior de todas as regiões (1980-2006) pode sugerir que a queda da prevalência de fumantes masculinos de forma mais marcante nas capitais e diferenciada segundo nível socioeconômico. Há maiores prevalências associadas à menor escolaridade. De fato, há tendências crescentes no interior, chegando a triplicar na região Norte e a duplicar no Nordeste (SILVA, 2011).

A mortalidade por câncer de pulmão entre mulheres não está diminuindo, semelhante ao observado em outros países e vem ocupando o segundo lugar entre as causas de óbito por câncer nas capitais brasileiras, a partir de 2003; vem crescendo nos demais municípios desde 1997, com incremento de quase 100% (SILVA, 2011).

Estudo no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (1990-1998) analisou 69 pacientes que receberam diagnóstico de câncer de pulmão e foram tratados com cirurgia. O tempo médio do aparecimento dos sintomas até a primeira consulta foi de 110 dias e da primeira consulta até o diagnóstico foi de 33 dias; 25 dias transcorreram entre o diagnóstico e a cirurgia. A média de tempo entre a primeira consulta e a cirurgia foi de 58 dias. Observa-se atraso na procura de atendimento médico e retardo adicional no tratamento do câncer de pulmão em pacientes ambulatoriais. Os pacientes investigados durante internação hospitalar realizaram a ressecção tumoral, em média, na metade do tempo daqueles investigados total ou parcialmente em ambulatório (35 versus 72 dias). O tempo entre a primeira consulta médica e a cirurgia não deveria ser superior a oito semanas. A ineficiência no atendimento ambulatorial de pacientes com câncer de pulmão pode ser devido a difícil acesso de atendimento médico especializado, problemas na referência e contrarreferência no sistema de saúde, sobrecarga dos serviços capacitados para diagnosticar e tratar câncer, e falta de uma rotina assistencial específica para a doença. É preciso reduzir o prazo para detecção do câncer, racionalizando e agilizando a marcação de consultas e os pedidos de exames no atendimento ambulatorial no sistema público de saúde (KNORST, 2013).

2.3 Epidemiologia do câncer de mama no mundo e no Brasil

O câncer de mama é o segundo câncer mais comum em todo o mundo, com 1,67 milhão de casos novos por ano (25% de todos os tipos de câncer), sendo o mais comum e o de maior mortalidade entre as mulheres. A incidência de câncer de mama é maior em países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do que países com IDH menor, enquanto a taxa de mortalidade é maior em países com baixo IDH; aproximadamente 54% das mortes por câncer de mama ocorrem em países menos desenvolvidos e de baixa renda (BANDERA, 2015; GHONCHEH, 2015; EGURROLA- PEDRAZA et al., 2018).

A sobrevida dos pacientes com câncer de mama após cinco anos do diagnóstico é muito diferente no mundo: superior a 80% na América do Norte e inferior a 40% nos países de baixa renda (NOGUEIRA et al., 2018; GHONCHEH, 2015). Entretanto, há diferenças entre grupos étnico-raciais nos Estados Unidos: as taxas de sobrevida do câncer de mama em cinco anos são menores em afroamericanos (78,9%), seguidas por hispânicos (87%) e brancos não hispânicos (88,6%), sendo mais altas em asiáticos (91,4%) (BANDERA, 2015).

O câncer de mama em mulheres africanas tende a ser diagnosticado em uma idade mais precoce e tem características mais agressivas (BANDERA, 2015). As taxas de mortalidade por câncer de mama são altas na África subsaariana, já que quase um em cada dois pacientes com câncer de mama morre. De acordo com uma revisão com dados de 83 estudos da África Subsaariana, uma proporção média de 75% de pacientes com câncer de mama foi diagnosticada com estágio III ou estágios avançados e, entre estes, 36 estudos relataram o tempo entre o primeiro sintoma de reconhecimento e diagnóstico com uma duração média de 8 a 12 meses na maioria dos estudos (GROSSE FRIE, 2018).

A China abriga cerca de um quinto da população mundial, mas é responsável por 27% das mortes globais por câncer. O câncer se tornou a principal causa de morte na China (374,1 por 100.000 habitantes/ano) e o câncer de mama entre as mulheres dobrou nos últimos 30 anos (YAO, 2016).

O câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres nos países da América Latina, com taxas de incidência por 100.000 mulheres variando de 15 (na Guatemala) a 90,7 (no Uruguai). Mudanças nos fatores reprodutivos e de estilo

de vida e na transição nutricional provavelmente desempenham um papel importante no aumento acentuado das taxas de incidência de câncer de mama (BANDERA, 2015).

Muitos fatores de risco, como idade avançada, história familiar positiva, menopausa tardia, menstruação precoce, obesidade após a menopausa, gravidez tardia e história de terapia hormonal, estão relacionados ao câncer de mama (GHONCHEH, 2015). Um estudo na Índia revelou que a vida a longo prazo no campo e no estilo de vida rural reduz o risco de câncer de mama (BANDERA, 2015).

As mudanças do estilo de vida nas cidades, tais como hábitos alimentares inadequados, redução de atividade física, pouca movimentação para atividades diárias de vida devido ao uso de meios de transporte público ou particular, gestação tardia ou inexistente, menor número de filhos e não amamentação, influenciam para o aumento da incidência do câncer de mama (DUARTE, 2020).

Estudo norueguês verificou que a maior parte da redução da mortalidade por câncer de mama foi atribuída ao diagnóstico precoce associado às melhorias na gestão da assistência à saúde das pacientes com câncer de mama por meio de ação interdisciplinar e um terço da redução total foi associada ao rastreamento mamográfico. Na Malásia, houve redução do percentual de casos de câncer de mama diagnosticado e tratado em estágio avançado, com a implantação de um programa estruturado para identificação precoce na assistência primária. O programa baseava-se no treinamento dos profissionais para o exame clínico das mamas e ao ensino do autoexame, bem como no fortalecimento do serviço de referência dos casos suspeitos (BARROS, 2012).

O atraso no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama de mais de 3 meses em pacientes com câncer de mama está associado a estágios clínicos mais avançados, maiores tamanhos de tumores e comprometimentos linfonodais regionais (EGURROLA-PEDRAZA et al., 2018).

O tempo médio de acesso ao tratamento para a maioria dos pacientes é próximo a 2 meses em um estudo colombiano, mas há uma ampla variação quando comparado com os estudos de Unger-Saldaña et al. na Cidade do México e Liedke et al. no Brasil, que relataram um intervalo de um mês. Em estudos realizados nos Estados Unidos e na França, foram observados tempos de acesso ao tratamento ainda mais curtos (EGURROLA-PEDRAZA et al., 2018).

Um estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre administração do sistema de saúde, entre 2001 e 2004, recomendou reduzir esse intervalo a um mínimo que varia de sete a 30 dias. Um estudo de revisão mostrou que intervalos de até 60 dias entre a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento, particularmente nos estágios iniciais do câncer, não têm impacto na sobrevida livre de doença ou na sobrevida global (CABRAL, 2019).

Uma revisão realizada por Egurrola-Pedraza et al (2018) verificou que mulheres no Brasil, México e Estados Unidos com câncer de mama e melhor acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento apresentavam nível educacional mais alto, afiliação ao regime privado de saúde e alto nível socioeconômico, enquanto pacientes do regime subsidiado e os mais pobres apresentavam barreiras geográficas e econômicas para acessar o diagnóstico e tratamento, sendo diagnosticadas em estágios mais avançados e apresentando maior mortalidade.

O câncer de mama no Brasil representa 28,1% de todos os casos de câncer em mulheres brasileiras. A incidência nacional é estimada em 56,2 casos por 100.000 mulheres, mas sobe para 74,3 casos por 100.000 mulheres quando a região sul do Brasil é considerada separadamente. Um estudo de tendência temporal dos aspectos relacionados ao diagnóstico de câncer em estágio avançado no Brasil entre 2000 e 2012, analisando 170.757 casos, identificou o seguinte: o tempo médio entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 43 dias (variação: 0-182 dias). Em 2014, o Ministério da Saúde estabelece um prazo máximo de 60 dias a partir do diagnóstico para o tratamento do câncer para começar (RENNA; SILVA, 2018).

No Brasil, as condições de saúde das mulheres negras envolvem desigualdades estruturais, sendo a raça/cor um fator de exposição a pior acesso a bens, serviços e recursos sociais e de saúde. O pior prognóstico nas mulheres negras com câncer de mama tem relação com o diagnóstico da doença em estadiamento mais avançado, provavelmente pelas desigualdades no acesso ao rastreamento mamográfico e ao diagnóstico precoce da doença, indicando a necessidade de ampliar a cobertura e a qualidade do programa de rastreamento e facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoces do câncer de mama, com vistas à redução da iniquidade racial (NOGUEIRA, 2018).

As mulheres negras são ameaçadas pelas vulnerabilidades expressas como diferenciais nas morbidades e no acesso aos serviços e à saúde. Estudos mostraram

que o diagnóstico é feito mais tardiamente em mulheres negras do que em mulheres brancas (BAIRROS, 2011). Mulheres negras e pardas, bem como mulheres solteiras e legalmente separadas e as com baixa escolaridade (com 7 anos ou menos de educação formal) tem maior probabilidade de desenvolver câncer de mama do que as mulheres brancas e casadas. Atenção especial deve ser dada às mulheres com menor nível socioeconômico. Mesmo em regiões de alta renda, as taxas de mortalidade são mais altas para as minorias étnicas e para as mulheres mais pobres (RENNA; SILVA, 2018).

O diagnóstico precoce do câncer de mama é feito pelo autoexame das mamas, o exame clínico das mamas, mamografia e fatores relacionados ao rastreamento do câncer de mama. No Brasil, apesar de todos os esforços do serviço público brasileiro para a detecção precoce do câncer de mama (até o estágio II), o diagnóstico tardio parece crescer, variando de 45% dos casos diagnosticados no estágio III ou superior em 2005 a aproximadamente 53% dos casos em 2015 (FIGUEIREDO et al., 2018).

Estudo transversal com 1.122 mulheres entre 20 e 69 anos de idade apontou que cerca de 50% não realizou exame clínico de mamas. Quanto mais baixa a inserção de classe e a escolaridade, ou pior o nível de renda, menor a proporção de mulheres examinadas. Este achado evidencia uma iniquidade no sistema de saúde, remetendo a diversas considerações políticas sobre a falta de justiça social e compromisso com a população assistida. Corroborando este achado, foi comprovado que as mulheres brancas são mais frequentemente examinadas do que as não brancas (COSTA, 2003).

Estudo sobre Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil relacionou, paradoxalmente, o aumento da cobertura da APS nos municípios brasileiros com maiores taxas de mortalidade por câncer de mama. Estratégias para melhorar a conscientização sobre o câncer de mama dos profissionais da atenção básica, reduzir a desigualdade de renda e melhorar o ensino fundamental devem ser levadas em consideração no desenvolvimento de políticas públicas (FIGUEIREDO et al., 2018).

Uma revisão integrativa, demonstrou que o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica no Brasil influencia negativamente em aspectos importantes relacionados ao câncer de mama, semelhante a estudo realizado na Nigéria (FIGUEIREDO et al., 2018).

Uma coorte de base hospitalar composta por 563 mulheres com câncer de

mama, diagnosticadas entre 2003 e 2005 e acompanhadas em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), em um município de Minas Gerais, Brasil, registrou a sobrevivência específica por câncer de mama de 64,3%. Tiveram menores valores de sobrevivência mulheres com faixas etárias menores de 50 anos e maiores que 70 anos, raça/cor negra, rendas mais baixas, do setor público do hospital e com estadiamentos mais avançados. A associação entre raça/cor negra e menor sobrevivência foi discretamente atenuada pela renda e, em maior proporção, pelo estadiamento, mantendo-se, contudo, significativa (NOGUEIRA, 2018)

Estudos de sobrevivência em 10 anos de mulheres com câncer de mama foram identificados em Goiânia (GO), com mulheres diagnosticadas entre 1988 e 1990 e sobrevivência global foi de 41,5%; na mesma cidade, com diagnóstico entre 1995 e 2003 e aumento da sobrevivência global em 10 anos para 57,8%; e em Campinas (SP), entre 1993 e 1995 e uma sobrevivência de 68,9% em 10 anos (NOGUEIRA, 2018).

Outros três estudos de sobrevivência em 10 anos de mulheres com câncer de mama residentes no Brasil foram feitos com coortes hospitalares: em Joinville (SC), com mulheres diagnosticadas em 2008, a sobrevivência específica foi de 83,1%; em Juiz de Fora (MG), com mulheres diagnosticadas em 2000 e 2001, a sobrevivência global foi de 56,3%; em Santa Maria (RS), com mulheres diagnosticadas entre 1980 e 2000, a sobrevivência global foi de 78,7%. As prováveis razões do aumento da sobrevivência estão relacionadas ao aumento do rastreamento mamográfico, levando ao diagnóstico em estadiamentos mais precoces e a melhorias no cuidado das pacientes com câncer (NOGUEIRA, 2018).

Uma coorte retrospectiva com 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 239 unidades hospitalares do Brasil (2000-2011) encontrou 63,1% dos casos com intervalo entre o diagnóstico e o tratamento de até 60 dias. As mulheres mais suscetíveis ao intervalo de mais de 60 dias foram não brancas, sem companheiro, com menos de oito anos de estudo, estadiamento inicial, provenientes do sistema público de saúde e, ao separar em dois grupos iguais de período de diagnóstico e tratamento, as tratadas de 2006 a 2011 apresentaram atraso (MEDEIROS, 2015).

Estudo transversal de prontuários hospitalares de 715 pacientes entre 2010 e 2013 identificou os perfis sociodemográficos de mulheres diagnosticadas com câncer de mama na cidade de Belo Horizonte (MG) e investigou sua associação com o

intervalo entre o diagnóstico e o tratamento; pacientes com câncer de mama com perfis de vulnerabilidade social aguardam mais tempo pelo tratamento, mesmo após a superação das barreiras ao acesso às unidades de oncologia. Cinco perfis foram identificados: A (cor da pele branca, anos de estudo > 15 e tratamento por meio de sistema de saúde privado); B (cor da pele branca, anos de escolaridade = 11 e tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)); C e D (cor da pele parda, anos de escolaridade entre 11 e <8, respectivamente e SUS); E (cor da pele preta, anos de escolaridade <8 e SUS). Os perfis B, C, D e E foram associados a maiores intervalos de diagnóstico-tratamento independentemente do estadiamento do câncer no momento do diagnóstico; e o perfil E teve 37 vezes mais chances de intervalo > 91 dias (CABRAL, 2019).

2.4 Epidemiologia do câncer de próstata no mundo e no Brasil

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais incidente em homens e a sexta causa de morte de homens no mundo. Setenta e dois por cento dos casos ocorrem nos países desenvolvidos e são responsáveis por 56% da mortalidade mundial. Países da América do Norte e da Oceania tendem a apresentar uma estabilização na incidência desse câncer, e mostram uma redução da mortalidade (ZACCHI, 2019).

Idade, raça/cor negra, antecedente familiar e envelhecimento são considerados os fatores de risco mais significantes. A incidência do câncer de próstata em homens com idade superior a 50 anos é maior que 30%, aumentando progressivamente até aproximadamente 80% aos 80 anos (GONÇALVES, 2008; ZACCHI, 2019). Uma de suas características é apresentar-se de forma insidiosa e acometer, em sua maioria, homens acima de 65 anos, com outras causas de óbito concorrendo para o desfecho, sendo as principais as cardiovasculares, as respiratórias e câncer (ZACCHI, 2019).

A literatura refere que o número de casos de diagnóstico de câncer de próstata entre negros norte-americanos é de 79/100.000 homens, enquanto que, considerando-se os japoneses que vivem no Japão, essa relação se reduz a 4/100.000 homens. O índice é maior entre homens japoneses que migraram para os Estados Unidos da América, associando o diagnóstico a fatores ambientais e às condições de vida e alimentação do grupo (GONÇALVES, 2008).

No Brasil, pesquisa apontou que a cor da pele influenciou o tipo de tratamento,

na qual negros eram menos propensos ao procedimento cirúrgico. As disparidades raciais na atenção ao câncer de próstata têm sido documentadas em todas as etapas de gestão do câncer, desde a apresentação, diagnóstico, tratamento, sobrevivência até a morte, com os homens negros com a maior carga em todo o processo de atenção. Tais disparidades são complexas e envolvem determinantes de natureza biológica, socioeconômica e sociocultural. Apesar do recente debate sobre preconceito e discriminação, como em outras sociedades marcadas por uma história de colonização e escravidão, existe preconceito étnico e racial no Brasil, assim como desigualdades desfavoráveis a pretos, pardos e indígenas (SACRAMENTO et al., 2019).

Uma análise das disparidades geográficas nos diagnósticos do câncer de próstata nos Estados Unidos, Canadá, México, Reino Unido, Finlândia, Holanda, Austrália e Nova Zelândia revelou que, em áreas urbanas e abastadas, o teste de Antígeno Prostático Específico (PSA) era comum, a incidência e a sobrevivência eram altas, e o acesso à saúde era maior, enquanto nas áreas rurais e desfavorecidas, o câncer de próstata era diagnosticado com mais frequência em estágios avançados e a mortalidade era alta (SIERRA, 2016).

No geral, o câncer de próstata é o câncer mais frequentemente diagnosticado e a terceira principal causa de mortes por câncer entre homens na região das Américas Central e do Sul. Houve uma variação notável nas taxas de incidência e mortalidade de câncer de próstata entre e dentro dos países, que podem ser explicadas por diferenças no registro, falta de acesso adequado aos serviços de saúde, apresentação avançada no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, além da conscientização do público (SIERRA, 2016).

Entre 2003 e 2007, Belize e Cuba tiveram algumas das mais altas taxas de mortalidade no mundo, superadas apenas por Barbados. O Uruguai também teve taxas de mortalidade muito altas por câncer de próstata, ocupando o sexto lugar no mundo, depois da África do Sul e da Lituânia. Os rápidos aumentos na incidência de câncer de próstata na Argentina, Brasil, Chile e Costa Rica refletem o aumento do uso de testes de Antígeno Prostático Específico (PSA), bem como mudanças em fatores potenciais associados a esse câncer (por exemplo, obesidade e gordura na dieta). Declínios nas tendências de mortalidade foram relatados na Argentina, Chile e Costa Rica entre 1980 e 2010, no México desde 2002 e no Panamá de 2000 a 2009, sugerindo melhorias no manejo da doença. Dadas as incertezas envolvidas na avaliação do impacto dos testes

de Antígeno Prostático Específico (PSA) na incidência de câncer de próstata, as taxas de mortalidade podem ser um índice mais confiável de risco de câncer de próstata entre as populações, embora as taxas de mortalidade sejam influenciadas por variações na qualidade da certificação da morte (SIERRA, 2016).

No Brasil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata é o tumor maligno de maior incidência entre os homens (28,6% do total de casos), com tendência de aumento na incidência e na mortalidade. Entre os anos de 1980 e 2006 o aumento da mortalidade por câncer de próstata foi de 100% em casos provenientes de cidades do interior do país, reduzindo-se a 40,8% entre os que residiam em capitais (ZACCHI, 2019).

O aumento de mais de 100% na mortalidade pelo câncer de próstata entre homens do interior de todas as regiões do País pode ser explicado pelo acesso diferenciado a serviços de saúde; os residentes nas capitais mostraram aumento menor (40,8%). É possível que os homens que residem nas capitais tenham tido mais acesso a serviços diagnósticos em estágios precoces da doença e, por consequência, se beneficiaram de melhores opções terapêuticas (SILVA, 2011).

O aumento da incidência é decorrente do aumento da expectativa de vida, cuja tendência no Brasil é de 76,4 anos em 2020 (IBGE). Por outro lado, a mortalidade pelo câncer de Próstata é cerca de três vezes maior em negros, devido fatores genéticos e menor acesso aos cuidados de saúde. Todavia, o câncer da próstata é assintomático em um alto percentual de indivíduos, sendo imprevisível sua evolução (RODRIGUES, 2013).

Uma análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, para testar a relação das variáveis independentes com o relato de exame de próstata, constatou que indivíduos que realizaram o exame de próstata tinham 60 anos ou mais, brancos, escolaridade média ou superior, residentes em capitais, classe socioeconômica alta, com plano de saúde, não cadastrados em Estratégia de Saúde da Família, com consulta médica recente para exame de rotina, hábitos alimentares mais saudáveis, não sedentários ou tabagistas. O ato de fazer o exame de próstata está envolvido com comportamentos saudáveis prévios, o que não atinge a maior parte da amostra. Percebe-se a fragilidade de campanhas de prevenção da saúde masculina, associada ao exame de próstata, mediante opiniões distintas presentes na literatura (RAUBER, 2018).

Um estudo realizado em Campinas (SP), no período de 2004 a 2008, mostrou que homens com mais de 40 anos de idade e dos estratos socioeconômicos mais baixos apresentavam taxas de mortalidade mais altas com risco relativo 1,38 maior do que homens com estratos socioeconômicos mais altos; no entanto, não foram observadas diferenças na mortalidade por câncer de próstata em homens de camadas socioeconômicas médias, o que poderia refletir a falta de acesso à triagem preventiva em áreas mais pobres. Esses achados destacam a necessidade de aumentar o acesso aos cuidados de saúde, principalmente em populações de menor nível socioeconômico (SIERRA, 2016).

Quando avaliado o acesso, em uma coorte retrospectiva de dados secundários do Registro Hospitalar de Câncer, com amostra de 1.290 homens atendidos de 2000 a 2006 em um CACON de um hospital filantrópico do Espírito Santo, aqueles que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento apresentam uma chance maior de mortalidade por outras causas, o que pode mostrar uma fragilidade do sistema de saúde como um todo, pois o homem que tem dificuldade de diagnóstico precoce e de oportunidade de tratamento para o câncer de próstata possivelmente também têm para as demais doenças (ZACCHI, 2019).

Estudo de coorte longitudinal prospectivo de 1.388 homens com câncer de próstata atendidos nos períodos de 2010-2011 e 2013-2014 no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, Espírito Santo, Brasil encontrou um perfil de pacientes com maior probabilidade de atraso para iniciar o tratamento: idade inferior a 70 anos, não brancos, menos de oito anos de estudo e encaminhados pelos serviços do Sistema Único de Saúde, menores valores no Escore de Gleason e de Antígeno Prostático Específico. As características sociodemográficas e clínicas incidiram sobre o acesso ao tratamento do câncer de próstata (SACRAMENTO et al., 2019).

A menor escolaridade pode influir negativamente na decisão de buscar cuidado de saúde, em função das experiências negativas para obter atendimento na rede de atenção primária, preconceitos com toque retal ou impossibilidade de faltar ao trabalho. O prazo de três meses constitui-se como aceitável para a escolha do tratamento nos casos de intermediário e alto risco e atraso além deste prazo pode gerar a perda da janela de curabilidade em homens com alto risco; pode não ter impacto sobre os resultados entre homens com tumor de menor risco. (SACRAMENTO et al., 2019).

O Brasil lançou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do

Homem (PNAISH) para promover a melhoria das condições de saúde da população masculina e redução da morbidade e mortalidade dessa população, fazendo enfrentamento racional dos fatores de risco e facilitação ao acesso das ações e serviços de assistência integral à saúde (PEREIRA, 2019).

Em relação à Lei 12.732, promulgada no final de 2012, percebe-se que a mesma ainda não exerceu nenhum impacto sobre o tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Pesquisas sobre tempo de espera para o tratamento de homens com câncer de próstata no país são ínfimas, ainda uma grande lacuna a ser estudada (SACRAMENTO et al., 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

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

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os intervalos de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico do câncer para pacientes com câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata.
- b) Descrever os intervalos de tempo entre o diagnóstico (data da confirmação anatomopatológica do tumor) e o início do tratamento do câncer para pacientes com câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata.
- c) Identificar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos e o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico do câncer para pacientes com câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata, dividindo em duas categorias de tempo: menor ou igual a 30 dias ou maior que 30 dias.
- d) Identificar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos e o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer para pacientes com câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata, dividindo em duas categorias de tempo: menor ou igual a 60 dias ou maior que 60 dias.
- e) Investigar a ocorrência de óbitos nos três tipos de câncer selecionados: mama, próstata e pulmão.

4 MÉTODOS

4.1 Problema de pesquisa

Conforme Almeida Filho e Barreto (2013), na epidemiologia, um problema científico aparece quando doenças ou agravos de qualquer natureza acometem os seres humanos. A necessidade social de reconhecer, controlar e remover fatores ambientais, culturais, biológicos ou físico-químicos nocivos à saúde, implicando condições que promovam a saúde constituiu a problemática própria da epidemiologia.

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

4.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, caracterizado como uma coorte retrospectiva.

Os estudos observacionais são aqueles em que o investigador mede, mas não intervém no problema de saúde que está sendo avaliado. Coorte retrospectiva, também conhecida como coorte não concorrente, remete ao fato de “olhar para trás”, ou seja, o desenvolvimento da pesquisa e o tempo de registro dos eventos estudados são distintos (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

As limitações do estudo estão relacionadas a possível viés de informação e seleção, pois será utilizada fonte de dados de base secundária, estando sujeita a variações nos registros e não preenchimento de todas as informações. Outra limitação é o possível viés de amostragem, uma vez que um número maior de casos em estadiamento avançado podem ter sido encaminhados ao serviço hospitalar fonte dos dados, já que é uma instituição referência em oncologia.

4.3 Campo do estudo

O campo de estudo é um hospital público vinculado ao Ministério da Saúde, com atendimento de referência 100% SUS e 784 leitos. Oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na internação e na emergência médica (atendimento 24 horas/dia). Dos cerca de 25 mil pacientes internados por ano, 54,4% são de Porto Alegre e 33,75% são provenientes da Região Metropolitana.

A fonte de dados para este estudo é o Núcleo de Epidemiologia do Hospital, responsável pelas informações epidemiológicas no seu campo de trabalho.

4.4 População e Amostra

A população deste estudo são os pacientes diagnosticados com câncer de pulmão, mama e próstata, que acessaram o campo do estudo para tratamento.

Foram incluídos todos os pacientes que procuraram o hospital ou foram encaminhados por suspeita de câncer e que tiveram o diagnóstico confirmado na instituição. Os critérios de exclusão foram: pacientes em que não houve registro clínico de estadiamento na classificação TNM no banco de dados e pacientes residentes fora do estado do RS.

A amostra foi constituída pelos casos registrados no banco de dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da instituição, no período de 2012 a 2016 (n= 2.606).

4.5 Coleta dos dados e variáveis

As variáveis utilizadas constam na ficha de coleta de dados do Registro Nacional de Câncer do INCA (INCA, 2012), que é apresentada no **ANEXO A**.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para o banco de dados:

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

2. Variáveis referentes ao câncer: topografia, morfologia, meio de diagnóstico, estadiamento, TNM, e data do diagnóstico;

3. Variáveis do processo de cuidado e seguimento: ano, fonte notificadora, data da coleta, data da primeira consulta, data do início de tratamento, data do óbito, e causa de óbito.

Os dados clínicos dos casos foram categorizados segundo a Classificação de Tumores Malignos (TNM), padronizado pelo INCA, que é um sistema para descrever a extensão anatômica da doença, tendo por base a avaliação da extensão do tumor primário, a ausência ou presença de linfonodos regionais e a ausência ou presença de metástase à distância. É, portanto, utilizado para tumores sólidos, universalmente aceito, simples e de fácil aplicabilidade para descrever de forma resumida a extensão clínica de um tumor (INCA, 2012).

4.6 Manejo e análise dos dados

Os dados foram organizadas no software MS Excel® e, posteriormente, foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20. Para fins de análises, foram consideradas as seguintes variáveis: tipo de câncer (pulmão, mama e próstata), idade (distribuída em faixas etárias), sexo (masculino ou feminino), raça/cor (categorizada como branca e preta/parda ou indígena), escolaridade (categorizada como nenhuma, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo ou superior incompleto e ensino superior completo), estadiamento (classificado como 0,1,2,3 ou 4) e ocorrência de óbito (sim ou não). As categorizações foram baseadas em outros estudos similares (MEDEIROS, 2015; CABRAL, 2019; SACRAMENTO et al., 2019; COSTA, 2019).

Os desfechos (tempos) foram categorizados conforme a Lei Federal 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispondo que o paciente com câncer tem direito ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico. Esta lei foi alterada pela lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, ao dispor que os exames relacionados ao diagnóstico de câncer sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja o câncer. Os resultados são apresentados para a amostra total e por subgrupos em ordem decrescente de letalidade (subgrupos câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata). Foi empregada estatística descritiva para a apresentação dos grupos.

A análise bivariada foi realizada pelo teste de homogeneidade de proporções,

baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher, avaliando associações entre as variáveis e os desfechos e nestas análises foi considerado o nível de significância de 5%.

As possíveis variáveis associadas com o tempo acima de 30 dias e tempo acima de 60 dias foram investigadas por modelos de Regressão de Poisson com variância Robusta, em que foram estimados os Riscos Relativos (RR). Os modelos matemáticos permitem os cálculos de riscos relativos brutos e ajustados. Os modelos univariados foram realizados para todas as variáveis estudadas. A variável sexo foi inserida somente nos modelos matemáticos para câncer de pulmão. Dentro os casos de câncer de mama havia cinco casos em homens que foram excluídos nos modelos matemáticos, por se tratar de um número inexpressivo. Apesar de não ser uma variável preditora do desfecho em estudo, o óbito foi inserido nas análises, a fim de se conhecer melhor sua possível associação com os tempos estudados. Para a investigação dos fatores associados ao câncer de pulmão e câncer de próstata a variável faixa etária foi reagrupada de modo que a primeira categoria englobasse os mais jovens, em função da incidência ser menor nos grupos mais jovens.

Nos modelos univariados, para os cálculos brutos, foi usado o nível de significância de $p < 0,20$, como critério para o ingresso no modelo posterior. No modelo ajustado, foi considerado o nível de significância de $p < 0,05$ a partir do teste de Wald da modelagem para a definição de associações (LEOTTI et al., 2019). As categorias de referência foram consideradas aquelas de menor risco para o desfecho, com exceção da faixa etária, em que a maior faixa etária (80 ou mais anos) foi considerada como categoria de referência em função de prioridade estabelecida por lei. No modelo final, o óbito não foi incluído, pois como já explicado, não se constituía como uma variável preditora ou explicativa dos desfechos da pesquisa.

4.7 Considerações éticas

O projeto foi submetido à apreciação ética pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, após registro, encaminhado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, conforme consta no **ANEXO B**.

Trata-se de um estudo observacional, que utilizou dados registrados de pacientes em um estabelecimento de saúde de Porto Alegre; e, portanto, o estudo não

interferiu, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial atualmente prestada a cada paciente. Foi solicitado e aprovado pelo CEP a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido à impossibilidade de obtenção, por se tratar de uma pesquisa retrospectiva com dados secundários, que entre os aspectos estudados havia inclusive os casos de óbitos.

O projeto de pesquisa previa que a exposição dos pacientes seria a riscos mínimos, relacionados à possível quebra de confidencialidade. Neste sentido, os autores comprometeram-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, preservando integralmente o anonimato dos indivíduos, através da exclusão de dados confidenciais no banco de dados do estudo utilizado para todas as análises apresentadas.

5 RESULTADOS

A seguir os resultados estão organizados pela amostra total e por subamostra, conforme cada um dos tipos de câncer estudados, tendo em vista suas especificidades.

5.1 Amostra total

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, totalizando 2.606 pessoas. Observa-se que há predomínio de pessoas com idade entre 50 a 79 anos (80,7%), feminina (55,1%), que se autodeclarou branca (90,6%) e cuja escolaridade era o ensino fundamental completo (68,1%). Quanto aos tipos de câncer, 39,3% teve diagnóstico primário de câncer de mama, 37,7% câncer de pulmão, e 23% câncer de próstata. A evolução para o óbito ocorreu para 21% da amostra.

A Tabela 2 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas da amostra total, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, categorizado como até 30 dias ou acima de 30 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos nas seguintes variáveis: faixa etária (<0,001), sexo (<0,001), escolaridade (0,013), tipo de câncer (<0,001), e óbito (<0,001). Evidenciou-se que nos extremos de faixas etárias havia maior proporção de pessoas cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias: 77,8% dos pacientes com idade entre 20 a 39 anos, 77% dos pacientes com idade entre 40 a 49 anos, e 76,5% dos pacientes com 80 ou mais anos. As mulheres estavam em maior proporção no grupo com tempo de até 30 dias (77,3%). Em relação à escolaridade, havia maior proporção de pessoas sem escolaridade (76,2%) e com ensino fundamental completo (71,1%) com tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de até 30 dias. Entre as pessoas com câncer de mama, a maior proporção (78,2%) era de pessoas com tempo de até 30 dias, e quanto ao óbito, evidenciou-se uma maior proporção de óbitos no tempo de até 30 dias (80,2%).

A Tabela 3 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas da amostra total, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, categorizado como até 60 dias ou acima de 60 dias. Observa-se diferença estatística

entre os grupos nas seguintes variáveis: faixa etária (<0,001), sexo (<0,001), tipo de câncer (<0,001), e óbito (<0,001). Evidenciou-se que na faixa etária dos 20 aos 39 anos havia maior proporção de pessoas cujo tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de até 60 dias (78,6%), e no sexo feminino uma maior proporção de pessoas com até 60 dias (68,8%). Entre aqueles com câncer de pulmão houve maior proporção (78,2%) de pessoas cujo tempo entre diagnóstico e tratamento foi de até 60 dias, e os óbitos ocorreram majoritariamente neste mesmo grupo (79,2%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos casos de câncer de pulmão, mama e próstata, atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	Total N (%)*
Faixa etária	
20 a 39 anos	90 (3,4)
40 a 49 anos	252 (9,7)
50 a 59 anos	634 (24,3)
60 a 69 anos	872 (33,5)
70 a 79 anos	596 (22,9)
80 ou mais	162 (6,2)
Sexo	
Masculino	1171 (44,9)
Feminino	1435 (55,1)
Raça/Cor	
Branca	2339 (90,6)
Preta/Parda/Indígena	242 (9,4)
Escolaridade	
Nenhuma	231 (8,9)
Fundamental incompleto	135 (5,2)
Fundamental completo	1773 (68,1)
Nível médio/superior incompleto	391 (15,0)
Superior completo	72 (2,8)
Tipo de câncer	
C34 - pulmão	983 (37,7)
C50 - mama	1023 (39,3)
C61 - próstata	600 (23,0)
Óbito	
Não	2060 (79,0)
Sim	546 (21,0)
Total	2606 (100,)

*Totais podem diferir por incompletude de dados.

Tabela 2 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre primeira consulta e diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 30 dias N (%)*	> 30 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			<0,001
20 a 39 anos	70 (77,8)	20 (22,2)	
40 a 49 anos	194 (77,0)	58 (23,0)	
50 a 59 anos	437 (68,9)	197 (31,1)	
60 a 69 anos	583 (66,9)	289 (33,1)	
70 a 79 anos	378 (63,4)	218 (36,6)	
80 ou mais	124 (76,5)	38 (23,5)	
Sexo			<0,001
Masculino	677 (57,8)	494 (42,2)	
Feminino	1109 (77,3)	326 (22,7)	
Raça/Cor			0,663
Branca	1596 (68,2)	743 (31,8)	
Preta/Parda/Indígena	169 (69,8)	73 (30,2)	
Escolaridade			0,013
Nenhuma	176 (76,2)	55 (23,8)	
Fundamental incompleto	96 (71,1)	39 (28,9)	
Fundamental completo	1205 (68,0)	568 (32,0)	
Nível médio/sup incompleto	266 (68,0)	125 (32,0)	
Superior completo	40 (55,6)	32 (44,4)	
Tipo de câncer			<0,001
C34	756 (76,9)	227 (23,1)	
C50	800 (78,2)	223 (21,8)	
C61	230 (38,3)	370 (61,7)	
Óbito			<0,001
Não	1348 (65,4)	712 (34,6)	
Sim	438 (80,2)	108 (19,8)	
Total	1786 (68,5)	820 (31,5)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 3 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 60 dias N (%)*	> 60 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			<0,001
20 a 39 anos	66 (78,6)	18 (21,4)	
40 a 49 anos	165 (75,0)	55 (25,0)	
50 a 59 anos	324 (65,9)	168 (34,1)	
60 a 69 anos	381 (58,7)	268 (41,3)	
70 a 79 anos	247 (59,2)	170 (40,8)	
80 ou mais	71 (70,3)	30 (29,7)	
Sexo			<0,001
Masculino	452 (56,7)	345 (43,3)	
Feminino	802 (68,8)	364 (31,2)	
Raça/Cor			0,749
Branca	1124 (62,6)	636 (36,1)	
Preta/Parda/Indígena	117 (62,6)	70 (37,4)	
Escolaridade			0,374
Nenhuma	103 (62,4)	62 (37,6)	
Fundamental incompleto	85 (68,0)	40 (32,0)	
Fundamental completo	813 (62,9)	485 (37,4)	
Nível médio/sup incompleto	211 (67,6)	101 (32,4)	
Superior completo	42 (67,7)	20 (32,3)	
Tipo de câncer			<0,001
C34	394 (75,9)	125 (24,1)	
C50	632 (66,7)	316 (33,3)	
C61	228 (46,0)	268 (54,0)	
Óbito			<0,001
Não	1041 (61,5)	653 (38,5)	
Sim	213 (79,2)	56 (20,8)	
Total	1254 (63,9)	709 (36,1)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

5.2 Subamostra – câncer de pulmão

A Tabela 4 apresenta a caracterização da subamostra dos casos de câncer de pulmão, com um cômputo total de 983 casos. Observa-se que há predomínio de pessoas com idade entre 50 a 79 anos (86,8%), majoritariamente do sexo masculino (57,6%), que se autodeclarou branca (88,9%) e cuja escolaridade era o ensino fundamental completo (76,3%). Quanto ao estadiamento, 60,3% encontrava-se na classificação 4 e 45,1% evoluiu para o óbito.

A Tabela 5 apresenta a comparação de características sociodemográficas e

clínicas dos casos de câncer de pulmão, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, categorizado como até 30 dias ou acima de 30 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto ao estadiamento ($p < 0,001$), em que a maior proporção do estadiamento 4 foi de pessoas cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias; e o óbito ($p < 0,001$), em que 81% dos óbitos estiveram dentro do tempo de até 30 dias.

A Tabela 6 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas dos casos de câncer de pulmão, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, categorizado como até 60 dias ou acima de 60 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto à faixa etária ($p = 0,05$) e ao estadiamento ($p = 0,019$). Evidenciou-se que na faixa etária dos 60 a 69 anos e dos 70 a 79 anos havia maior proporção de pessoas cujo tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de até 60 dias (79,6% e 76,5% respectivamente). Em relação ao estadiamento, os grupos 3, zero e 4 apresentaram maiores proporções de pessoas com tempo de até 60 dias (78,8%, 78,4% e 73,4%).

A tabela 7 apresenta o modelo univariado e modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de pulmão. Permaneceram no modelo como variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,05$) e o estadiamento ($p < 0,001$). Para pessoas com estadiamento 0, o risco do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico ser superior a 30 dias foi 4,33 vezes maior do que para pacientes com estadiamento 4. Utilizando-se o estadiamento 4 como categoria de referência, os riscos relativos para os grupos de estadiamento 1, 2 e 3, foram respectivamente 2,08 (IC95% = 1,45 – 3,01), 1,87 (IC95% = 1,28 – 2,73) e 1,62 (IC95% = 1,21 – 2,16).

A tabela 8 apresenta o modelo univariado e modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de pulmão. Permaneceram no modelo como variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,024$) e o estadiamento ($p = 0,03$). Apresentaram-se com RR de proteção as faixas etárias de 20 a 49 anos (RR = 0,29, IC95% = 0,20 – 0,55) e 60 a 69 anos (RR = 0,53, IC95% = 0,31 – 0,90). Para pessoas com estadiamento 1, o risco do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento ser superior a 60 dias foi 1,09

vezes maior do que para pacientes com estadiamento 4. Utilizando-se o estadiamento 4 como categoria de referência, os riscos relativos para os grupos de estadiamento 2 e 3, foram respectivamente 1,76 (IC95% = 1,14 – 2,71) e 1,51 (IC95% = 1,05 – 2,16).

Tabela 4 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	Total N (%)*
Faixa etária	
20 a 39 anos	9 (0,9)
40 a 49 anos	57 (5,8)
50 a 59 anos	248 (25,2)
60 a 69 anos	356 (36,2)
70 a 79 anos	250 (25,4)
80 ou mais	63 (6,4)
Sexo	
Masculino	566 (57,6)
Feminino	417 (42,4)
Raça/Cor	
Branca	863 (88,9)
Preta/Parda/Indígena	108 (11,1)
Escolaridade	
Nenhuma	89 (9,1)
Fundamental incompleto	23 (2,3)
Fundamental completo	748 (76,3)
Nível médio/sup incompleto	103 (10,5)
Superior completo	17 (1,7)
Estadiamento	
0	1 (0,1)
1	62 (7,7)
2	69 (8,6)
3	188 (23,3)
4	486 (60,3)
Óbito	
Não	540 (54,9)
Sim	443 (45,1)
Total	983 (37,7)

*Totais podem diferir por incompletude de dados.

Tabela 5 - Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre primeira consulta e diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 30 dias N (%)**	> 30 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,215
20 a 39 anos	6 (66,7)	3 (33,3)	
40 a 49 anos	40 (70,2)	17 (29,8)	
50 a 59 anos	198 (79,8)	50 (20,2)	
60 a 69 anos	281 (78,9)	75 (21,1)	
70 a 79 anos	181 (72,4)	69 (27,6)	
80 ou mais	50 (79,4)	13 (20,6)	
Sexo			0,193
Masculino	444 (78,4)	122 (21,6)	
Feminino	312 (74,8)	105 (25,2)	
Raça/Cor			0,904
Branca	661 (76,6)	202 (23,4)	
Preta/Parda/Indígena	84 (77,8)	24 (22,2)	
Escolaridade			0,438
Nenhuma	71 (79,8)	18 (20,2)	
Fundamental incompleto	18 (78,3)	5 (21,7)	
Fundamental completo	573 (76,6)	175 (23,4)	
Nível médio/sup incompleto	81 (78,6)	22 (21,4)	
Superior completo	10 (58,8)	7 (41,2)	
Estadiamento			<0,001
0	0 (0)	1 (100)	
1	38 (61,3)	24 (38,7)	
2	45 (65,2)	24 (34,8)	
3	133 (70,7)	55 (29,3)	
4	396 (81,5)	90 (18,5)	
Óbito			0,006
Não	397 (73,5)	143 (26,5)	
Sim	359 (81)	84 (19)	
Total	756 (76,9)	227 (23,1)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 6 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de pulmão atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 60 dias N (%)*	>60 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,05
20 a 39 anos	0 (0)	5 (100)	
40 a 49 anos	33 (86,8)	5 (13,2)	
50 a 59 anos	104 (69,3)	46 (30,7)	
60 a 69 anos	148 (79,6)	38 (20,4)	
70 a 79 anos	88 (76,5)	27 (23,5)	
80 ou mais	16 (64)	9 (36)	
Sexo			0,605
Masculino	222 (75)	74 (25)	
Feminino	172 (77,1)	51 (22,9)	
Raça/Cor			0,291
Branca	342 (76,5)	105 (23,5)	
Preta/Parda/Indígena	48 (70,6)	20 (29,4)	
Escolaridade			0,365
Nenhuma	27 (65,9)	14 (34,1)	
Fundamental incompleto	16 (84,2)	3 (15,8)	
Fundamental completo	306 (77,5)	89 (22,5)	
Nível médio/sup incompleto	36 (70,6)	15 (29,4)	
Superior completo	9 (75)	3 (25)	
Estadiamento			0,019
0	40 (78,4)	11 (21,6)	
1	32 (61,5)	20 (38,5)	
2	82 (67,2)	40 (32,8)	
3	164 (78,8)	44 (21,2)	
4	318 (73,4)	115 (26,6)	
Tempo entre 1ª consulta e diagnóstico			0,480
• 30	297 (76,7)	90 (23,3)	
> 30	97 (73,5)	35 (26,5)	
Óbito			0,091
Não	237 (73,4)	86 (26,6)	
Sim	157 (80,1)	39 (19,9)	
Total	394 (75,9)	125 (24,1)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 7 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de pulmão, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,126			0,05
20 a 49 anos	1,47	0,80-2,69		1,62	0,81-3,25	
50 a 59 anos	0,97	0,57-1,68		1,04	0,55-1,96	
60 a 69 anos	1,02	0,60-1,72		0,64	0,64-2,14	
70 a 79 anos	1,34	0,79-2,26		0,87	0,87-2,92	
80 ou mais anos	Ref***			Ref***		
Raça/Cor			0,785			
Branca	Ref***					
Não branca	0,95	0,65-1,38				
Sexo			0,182			
Feminino	Ref***					
Masculino	0,86	0,68-1,07				
Escolaridade			0,337			
Nenhuma	0,49	0,24-0,99				
Ensino fund. incompleto	0,53	0,20-1,38				
Ensino fund. completo	0,57	0,32-1,01				
Ensino médio completo	0,52	0,26-1,02				
Ensino sup. completo	Ref***					
Estadiamento			<0,001			<0,001
0	5,40	4,48-6,51		4,33	3,35-5,59	
1	2,09	1,45-3,01		2,08	1,45-3,01	
2	1,88	1,29-2,73		1,87	1,28-2,73	
3	1,58	1,18-2,12		1,62	1,21-2,16	
4	Ref***			Ref***		
Óbito			0,006			
Sim	0,72	0,65-0,91				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

Tabela 8 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de pulmão, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,040			0,024
20 a 49 anos	0,32	0,12-0,86		0,29	0,20-0,55	
50 a 59 anos	0,85	0,48-1,51		0,83	0,49-1,38	
60 a 69 anos	0,57	0,31-1,03		0,53	0,31-0,90	
70 a 79 anos	0,67	0,35-1,21		0,64	0,36-1,11	
80 ou mais anos	Ref***			Ref***		
Raça/Cor			0,276			
Branca	Ref***					
Não branca	1,25	0,84-1,88				
Sexo			0,575			
Feminino	Ref***					
Masculino	1,09	0,80-1,05				
Escolaridade			0,337			
Nenhuma	1,37	0,47-3,98				
Ensino fund. incompleto	0,63	0,15-2,63				
Ensino fund. completo	0,90	0,33-2,44				
Ensino médio completo	1,18	0,40-3,42				
Ensino sup. completo	Ref***					
Estadiamento			0,018			0,03
0	-	-		-	-	
1	1,02	0,57-1,83		1,09	0,62-1,93	
2	1,82	1,18-2,80		1,76	1,14-2,71	
3	1,55	1,07-2,23		1,51	1,05-2,16	
4	Ref***			Ref***		
Óbito			0,08			
Sim	0,75	0,53-1,04				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

5.3 Subamostra – câncer de mama

A Tabela 9 apresenta a caracterização da subamostra dos casos de câncer de mama, com um cômputo total de 1023 casos. Observa-se que há predomínio de pessoas com idade entre 50 e 69 anos (50,8%), que se autodeclarou branca (92,8%) e cuja escolaridade era o ensino fundamental completo (55,4%). Quanto ao estadiamento, houve predomínio da classificação 2 com 46,4% e 6,6% evoluiu para o óbito.

A Tabela 10 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas dos casos de câncer de mama, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, categorizado como até 30 dias ou acima de 30 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto à faixa etária ($p = 0,046$), escolaridade (p

= 0,034), estadiamento ($<0,001$), e óbito ($p = 0,047$). Na faixa etária, a maior proporção de pessoas que com tempo de até 30 dias estava na faixa etária de 80 ou mais anos (90,6%). Dentre as pessoas que evoluíram para o óbito, 88,2% tiveram o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de até 30 dias.

A Tabela 11 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas dos casos de câncer de mama, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, categorizado como até 60 dias ou acima de 60 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto à faixa etária ($p=0,001$), estadiamento ($p<0,01$) e óbito ($p = 0,047$). Na faixa etária, a maior proporção de pessoas que com tempo de até 60 dias estava na faixa etária de 80 ou mais anos (75,9%). Quanto ao estadiamento, a maior proporção de pessoas com até 60 dias foi observada na classificação 4 (83,1%). Dentre as pessoas que evoluíram para o óbito, 72,9% tiveram o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de até 60 dias.

A tabela 12 apresenta o modelo univariado e modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de mama. O modelo final incluiu as variáveis faixa etária, raça/cor, escolaridade e estadiamento, contudo, permaneceu associada ao desfecho somente a variável estadiamento ($p<0,01$). Ajustado por faixa etária, raça/cor e escolaridade, observou-se que o RR de estadiamento diminuiu a medida que a classificação aumentou. Pacientes com estadiamento 0 apresentaram um risco 8,81 (IC95% = 4,17 – 18,63) vezes maior para tempo acima de 30 dias, quando comparados aos pacientes com classificação 4. Pacientes com estadiamento 1 apresentaram um risco 4,36 (IC95% = 2,06 – 9,21) vezes maior para tempo acima de 30 dias, quando comparados aos pacientes com classificação 4. Pacientes com estadiamento 2 apresentaram um risco 2,27 (IC95% = 1,07 – 4,78) vezes maior para tempo acima de 30 dias, quando comparados aos pacientes com classificação 4. Não houve diferença entre a classificação 3 e 4 (RR = 1,67, IC95% = 0,74 – 3,70).

A tabela 13 apresenta o modelo univariado e o modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de mama. Permaneceram no modelo explicativo final as variáveis faixa etária ($p = 0,003$) e estadiamento ($p = 0,003$). Na variável faixa etária, não houve uma faixa etária

específica que representasse risco para o desfecho, contudo ela permaneceu no modelo explicativo, ajustando as medidas de RR do estadiamento. Dentre as categorias de classificação de estadiamento, observou-se que as categorias 1 e 2 apresentaram RR significativo. Pacientes com estadiamento 1 apresentaram um risco 2,46 vezes (IC95% = 1,42 — 4,27) maior para tempo acima de 60 dias, quando comparado com a categoria de referência. Pacientes com estadiamento 2 apresentaram um risco 2,02 vezes (IC95% = 1,18 — 3,49) maior para tempo acima de 60 dias, quando comparado com a categoria de referência.

Tabela 9 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	Total N (%)*
Faixa etária	
20 a 39 anos	81 (7,9)
40 a 49 anos	188 (18,4)
50 a 59 anos	266 (26)
60 a 69 anos	254 (24,8)
70 a 79 anos	170 (16,6)
80 ou mais	64 (6,3)
Raça/Cor	
Branca	941 (92,8)
Preta/Parda/Indígena	73 (7,2)
Escolaridade	
Nenhuma	103 (10,1)
Fundamental incompleto	104 (10,2)
Fundamental completo	567 (55,4)
Nível médio/sup incompleto	210 (20,5)
Superior completo	39 (3,8)
Estadiamento	
0	35 (3,9)
1	175 (19,6)
2	413 (46,4)
3	170 (19,1)
4	98 (11,0)
Óbito	
Não	955 (93,4)
Sim	68 (6,6)
Total	1023 (39,3)

*Totais podem diferir por incompletude de dados.

Tabela 10 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 30 dias N (%)*	> 30 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,046
20 a 39 anos	64 (79)	17 (21)	
40 a 49 anos	150 (72,6)	38 (20,2)	
50 a 59 anos	193 (72,6)	73 (27,4)	
60 a 69 anos	200 (78,7)	54 (21,3)	
70 a 79 anos	135 (79,4)	35 (20,6)	
80 ou mais	58 (90,6)	6 (9,4)	
Raça/Cor			0,105
Branca	730 (77,6)	211 (22,4)	
Preta/Parda/Indígena	62 (84,9)	11 (15,1)	
Escolaridade			0,034
Nenhuma	88 (85,4)	15 (14,6)	
Fundamental incompleto	76 (73,1)	28 (26,9)	
Fundamental completo	451 (79,5)	116 (20,5)	
Nível médio/sup incompleto	160 (76,2)	50 (23,8)	
Superior completo	25 (64,1)	14 (35,9)	
Estadiamento			<0,001
0	10 (28,6)	25 (71,4)	
1	117 (66,9)	58 (33,1)	
2	340 (82,3)	73 (17,7)	
3	149 (87,6)	21 (12,4)	
4	91 (92,9)	7 (7,1)	
Óbito			0,047
Não	740 (77,5)	215 (22,5)	
Sim	60 (88,2)	8 (11,8)	
Total	800 (78,2)	223 (21,8)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 11 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de mama atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 60 dias N (%)*	> 60 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,001
20 a 39 anos	61 (77,2)	18 (22,8)	
40 a 49 anos	127 (72,2)	49 (27,8)	
50 a 59 anos	170 (69,1)	76 (30,9)	
60 a 69 anos	143 (61,1)	91 (38,9)	
70 a 79 anos	90 (56,6)	63 (43,4)	
80 ou mais	41 (75,9)	13 (24,1)	
Raça/Cor			0,784
Branca	581 (66,4)	294 (33,6)	
Preta/Parda/Indígena	44 (68,8)	20 (31,3)	
Escolaridade			0,325
Nenhuma	60 (63,8)	34 (36,2)	
Fundamental incompleto	68 (67,3)	33 (32,7)	
Fundamental completo	333 (64,5)	183 (35,5)	
Nível médio/sup incompleto	144 (72,4)	55 (27,6)	
Superior completo	27 (71,1)	11 (28,9)	
Estadiamento			<0,001
0	29 (82,9)	6 (17,1)	
1	99 (57,2)	74 (42,8)	
2	266 (66,7)	133 (33,3)	
3	115 (71,9)	45 (28,1)	
4	59 (83,1)	12 (16,9)	
Óbito			0,047
Não	597 (66,3)	303 (33,7)	
Sim	35 (72,9)	13 (27,1)	
Total	632 (66,7)	316 (33,3)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 12 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de mama, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,067			0,587
20 a 39 anos	2,16	0,96-4,86		1,84	0,74-4,57	
40 a 49 anos	2,93	1,33-6,43		1,81	0,78-4,22	
50 a 59 anos	2,24	1,01-4,98		2,13	0,94-4,82	
60 a 69 anos	2,17	0,96-4,92		1,88	0,82-4,29	
70 a 79 anos	2,24	0,94-5,35		1,82	0,78-4,29	
80 ou mais anos	Ref***			Ref***		
Raça/Cor			0,167			0,517
Branca	Ref***			Ref***		
Não branca	0,67	0,38-1,18		0,84	0,48-1,44	
Escolaridade			0,020			0,090
Nenhuma	0,38	0,20-0,72		0,51	0,27-0,97	
Ensino fund. incompleto	0,76	0,45-1,28		0,75	0,43-1,30	
Ensino fund. completo	0,57	0,36-0,89		0,58	0,37-0,89	
Ensino médio completo	0,66	0,40-1,07		0,58	0,37-0,93	
Ensino sup. completo	Ref***			Ref***		
Estadiamento			<0,001			<0,001
0	10,0	4,75-21,04		8,81	4,17-18,63	
1	4,64	2,20-9,70		4,36	2,06-9,21	
2	2,43	1,15-5,11		2,27	1,07-4,78	
3	1,74	0,77-3,94		1,67	0,74-3,70	
4	Ref***			Ref***		
Óbito			0,034			
Sim	0,46	0,23-0,94				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

Tabela 13 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de mama, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,003			0,003
20 a 39 anos	0,95	0,50-1,77		0,84	0,43-1,64	
40 a 49 anos	1,16	0,68-1,96		0,99	0,57-1,74	
50 a 59 anos	1,28	0,77-2,13		1,14	0,67-1,95	
60 a 69 anos	1,63	0,98-2,69		1,44	0,85-2,44	
70 a 79 anos	1,76	1,06-2,92		1,67	0,98-2,84	
80 ou mais anos	Ref***					
Raça/Cor			0,723			
Branca	Ref***					
Não branca	0,93	0,64-1,36				
Escolaridade			0,396			
Nenhuma						
Ensino fund. incompleto						
Ensino fund. completo						
Ensino médio completo						
Ensino sup. completo	Ref***					
Estadiamento			<0,001			0,003
0	1,01	0,42-2,48		1,10	0,46-2,67	
1	2,53	1,47-4,36		2,46	1,42-4,27	
2	1,95	1,14-3,33		2,02	1,18-3,49	
3	1,67	0,94-2,97		1,76	0,98-3,14	
4	Ref***					
Óbito			0,279			
Sim	0,76	0,46-1,25				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

5.5 Subamostra – câncer de próstata

A Tabela 14 apresenta a caracterização da subamostra dos casos de câncer de próstata com um cômputo total de 600 casos. Observa-se que há predomínio de pessoas com idade entre 60 a 69 anos (43,4%), que se autodeclarou branca (89,8%) e cuja escolaridade era o ensino fundamental completo (76,5%). Quanto ao estadiamento, 59,5% encontrava-se na classificação 2 e 5,8% evoluiu para o óbito.

A Tabela 15 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas dos casos de câncer de próstata, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, categorizado como até 30 dias ou acima de 30 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto ao estadiamento ($p = 0,001$), em que as maiores proporções de pessoas cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias ocorreram nas pessoas com o estadiamento 3 (54,5%) e 4 (54,1%).

Em relação ao óbito ($p = 0,05$), entre os pacientes que evoluíram para o óbito, 54,3% tiveram tempo de até 30 dias.

A Tabela 16 apresenta a comparação de características sociodemográficas e clínicas dos casos de câncer de próstata, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, categorizado como até 60 dias ou acima de 60 dias. Observa-se diferença estatística entre os grupos quanto à faixa etária ($p=0,017$), estadiamento ($p<0,001$) e óbito ($p<0,001$). Embora com um número absoluto menor ($n = 5$), na faixa etária dos 20 aos 49 anos, 83,3% tiveram tempo de até 60 dias. Em relação ao estadiamento, na classificação 4, 72% tiveram tempo de até 60 dias. Quanto aos pacientes que evoluíram para o óbito, 84% o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de até 60 dias.

A tabela 17 apresenta o modelo univariado e modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de próstata. O modelo multivariado apresenta o estadiamento como variável explicativa do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, com significância estatística para as classificações 1 e 2 e sem significância para a classificação 3 quando comparadas à classificação 4.

A tabela 18 apresenta o modelo univariado e modelo multivariado com os respectivos riscos relativos brutos e ajustados para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de próstata. O modelo final incluiu as variáveis faixa etária e estadiamento. Contudo, permaneceu no modelo explicativo somente a variável estadiamento, ajustada pela faixa etária. Não havia pacientes na classificação zero de estadiamento. O RR do estadiamento diminuiu à medida que a classificação aumentou. Pacientes com classificação 1 de estadiamento apresentaram um RR de 2,45 (IC95% = 1,67 — 3,58) maior para o tempo acima de 60 dias do que àqueles com classificação 4. Pacientes com classificação 2 de estadiamento apresentaram um RR de 2,06 (IC95% = 1,44 — 2,97) maior para o tempo acima de 60 dias do que àqueles com classificação 4. Pacientes com classificação 3 de estadiamento apresentaram um RR de 1,96 (IC95% = 1,19 — 3,22) maior para o tempo acima de 60 dias do que àqueles com classificação 4.

Tabela 14 – Caracterização da subamostra dos casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	Total N (%)*
Faixa etária	
20 a 49 anos	7 (1,2)
50 a 59 anos	120 (20)
60 a 69 anos	262 (43,7)
70 a 79 anos	176 (29,3)
80 ou mais	35 (5,8)
Raça/Cor	
Branca	535 (89,8)
Preta/Parda/Indígena	61 (10,2)
Escolaridade	
Nenhuma	39 (6,5)
Fundamental incompleto	8 (1,3)
Fundamental completo	458 (76,5)
Nível médio/sup incompleto	78 (13)
Superior completo	16 (2,7)
Estadiamento	
0	0 (0)
1	90 (17,4)
2	308 (59,5)
3	22 (4,2)
4	98 (18,9)
Óbito	
Não	565 (94,2)
Sim	35 (5,8)
Total	600 (23)

*Totais podem diferir por incompletude de dados.

Tabela 15 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 30 dias N (%)*	> 30 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,625
20 a 49 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	
50 a 59 anos	46 (38,3)	74 (61,7)	
60 a 69 anos	102 (28,8)	160 (61,1)	
70 a 79 anos	62 (35,2)	114 (64,8)	
80 ou mais	16 (45,7)	19 (54,3)	
Raça/Cor			0,522
Branca	205 (38,3)	330 (61,7)	
Preta/Parda/Indígena	23 (37,7)	38 (62,3)	
Escolaridade			0,563
Nenhuma	17 (7,4)	22 (6)	
Fundamental incompleto	2 (25)	6 (75)	
Fundamental completo	181 (39,5)	277 (60,5)	
Nível médio/sup incompleto	25 (32,1)	53 (67,9)	
Superior completo	5 (31,3)	11 (68,8)	
Estadiamento			0,001
0	0 (0)	0 (0)	
1	28 (31,1)	62 (68,9)	
2	108 (35,1)	200 (64,9)	
3	12 (54,5)	10 (45,5)	
4	53 (54,1)	45 (45,9)	
Óbito			0,05
Não	211 (37,3)	354 (62,7)	
Sim	19 (54,3)	16 (45,7)	
Total	230 (38,3)	370 (61,7)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 16 – Comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de câncer de próstata atendidos em um hospital de referência, conforme o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em Porto Alegre, 2012 a 2016

Variável	≤ 60 dias N (%)*	> 60 dias N (%)*	p-valor**
Faixa etária			0,017
20 a 49 anos	5 (83,3)	1 (16,7)	
50 a 59 anos	50 (52,1)	46 (47,9)	
60 a 69 anos	90 (39,3)	139 (60,7)	
70 a 79 anos	69 (48,3)	74 (51,7)	
80 ou mais	14 (63,6)	8 (36,4)	
Raça/Cor			1,000
Branca	201 (45,9)	237 (54,1)	
Preta/Parda/Indígena	25 (45,5)	30 (54,5)	
Escolaridade			0,617
Nenhuma	16 (53,3)	14 (46,7)	
Fundamental incompleto	1 (20)	4 (80)	
Fundamental completo	174 (45)	213 (55)	
Nível médio/sup incompleto	31 (50)	31 (50)	
Superior completo	6 (50)	6 (50)	
Estadiamento			<0,001
0	0 (0)	0 (0)	
1	22 (30,1)	51 (69,9)	
2	110 (41,2)	157 (58,8)	
3	9 (40,9)	13 (59,1)	
4	59 (72,0)	23 (28,0)	
Tempo entre 1ª consulta e diagnóstico			0,713
• 30	93 (47,2)	104 (52,8)	
> 30	135 (45,2)	164 (54,8)	
Óbito			<0,001
Não	207 (43,9)	264 (56,1)	
Sim	21 (84)	4 (16)	
Total	228 (46)	268 (54)	

*Percentual fecha na linha. **Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher.

Tabela 17 – Investigação dos fatores associados ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias para os casos de câncer de próstata, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,705			
40 a 49 anos	0,79	0,32-1,96				
50 a 59 anos	1,14	0,81-1,59				
60 a 69 anos	1,12	0,81-1,55				
70 a 79 anos	1,19	0,86-1,65				
80 ou mais anos	Ref***			Ref***		
Raça/Cor			0,925			
Branca	Ref***			Ref***		
Não branca	1,01	0,82-1,24				
Escolaridade			0,386			
Nenhuma	0,82	0,53-1,26				
Ensino fund. incompleto	1,09	0,65-1,83				
Ensino fund. completo	0,88	0,63-1,23				
Ensino médio completo	0,98	0,68-1,42				
Ensino sup. completo	Ref***			Ref***		
Estadiamento			0,006			0,006
0	-	-		-	-	
1	1,50	1,16-1,94		1,50	1,16-1,94	
2	1,41	1,12-1,78		1,41	1,12-1,78	
3	0,99	0,60-1,64		0,99	0,60-1,64	
4	Ref***			Ref***		
Óbito			0,09			
Sim	0,73	0,50-1,05				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

Tabela 18 - Investigação dos fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, para os casos de câncer de próstata, em Porto Alegre, de 2012 a 2016

Variável	RR bruto*	IC 95%	p	RR aj**	IC 95%	p
Faixa etária			0,05			0,187
18 a 49 anos	0,46	0,07-2,98		0,37	0,04-2,84	
50 a 59 anos	1,32	0,73-2,38		0,99	0,55-1,79	
60 a 69 anos	1,67	0,95-2,93		0,45	0,70-2,17	
70 a 79 anos	1,43	0,80-2,53		0,81	0,60-1,90	
80 ou mais anos	Ref***			Ref***		
Raça/Cor			0,951			
Branca	Ref***			Ref***		
Não branca	1,01	0,78-1,30				
Escolaridade		0,384				
Nenhuma	0,93	0,47-1,85				
Ensino fund. incompleto	1,60	0,78-3,27				
Ensino fund. completo	1,10	0,62-1,95				
Ensino médio completo	1,0	0,54-1,85				
Ensino sup. completo	Ref***			Ref***		
Estadiamento			<0,001			<0,001
0	-	-		-	-	
1	2,49	1,70-3,63		2,45	1,67-3,58	
2	2,09	1,46-3,01		2,06	1,44-2,97	
3	2,10	1,29-3,44		1,96	1,19-3,22	
4	Ref***			Ref***		
Óbito			0,006			
Sim	0,28	0,11-0,70				
Não	Ref***					

*Estimados por modelos de Regressão de Poisson univariados. **Estimados por modelos de Regressão de Poisson multivariado.

***Categoria de Referência. RRb = Risco Relativo bruto, RRAj = Risco relativo ajustado, IC = Intervalo de Confiança.

6 DISCUSSÃO

A ocorrência e os resultados do câncer variam consideravelmente entre grupos raciais e étnicos, em grande parte por causa das desigualdades de riqueza que levam a diferenças nas exposições aos fatores de risco e às barreiras à prevenção de alta qualidade de câncer, detecção precoce e tratamento (SIEGEL et al., 2020).

A posição social, segundo Max Weber, determina as condições sociais e econômicas de vida e divide-se em classe, estado e poder. A classe envolve fatores econômicos, o estado implica o acesso às possibilidades sociais e culturais (família, estilo de vida e redes sociais) e o poder está relacionado a um contexto político. Os epidemiologistas avaliam três indicadores que podem representar os domínios mencionados. O primeiro indicador, correspondente ao estado, é a ocupação, que abrange dois aspectos distintos: a opinião pública e o grau de estima pela posição social alcançada com a ocupação. A ocupação relaciona-se com a educação, influencia a renda e define a classe. O segundo indicador é a educação, corresponde ao estado (influência no estilo de vida e nas redes sociais) e à classe (afeta a ocupação e a renda). O terceiro indicador é a renda, que corresponde à classe, mas também ao estilo de vida e poder (QUAGLIA et al., 2019).

Estudo nos estados do semiárido brasileiro mostrou que os grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm maior mortalidade por neoplasia em geral devido à maior proporção de diagnóstico tardios (BRAGA, 2017).

O conceito de classe social tem expressão no estado de saúde com impacto na exposição a fatores de risco que, associados à suscetibilidade genética e, junto com a disponibilidade de instalações médicas, influencia resultados finais de saúde. O difícil acesso aos recursos de prevenção e saúde devido à baixa condição social resulta em grande fragilidade dos indivíduos (QUAGLIA et al., 2019).

A saúde de uma população sofre influência dos determinantes socioeconômicos e político-culturais, e no caso da população negra determina condições especiais de vulnerabilidade, tais como: menor acesso a água potável, menor nível de escolaridade e maior taxa de mortalidade infantil. É necessário conhecer como se dá o padrão de adoecimento desta população, assim como os fatores associados às diferenças de morbimortalidade, para que se adequa a atenção a sua saúde (SANTOS et al., 2013).

O racismo modela como a sociedade e o Estado se organizam para lidar com a população negra, não reconhecendo as necessidades nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, desenhando a vulnerabilidade programática. Há acessibilidade diferenciada e dificultada a equipamentos sociais e tratamento iníquo segundo raça/cor, comprometendo a equidade (VOLOCHKO; VIDAL, 2010).

Agrega-se aos fatores já discorridos a idade avançada, indivíduos mais propensos à fragilidade. Pesquisa nos Estados Unidos verificou que 3% a 7% das pessoas com mais de 65 anos de idade eram frágeis, subindo para 20% a 26% em pessoas com mais de oitenta anos e chega a 32% com mais de noventa anos. Os idosos com maior idade apresentam maior possibilidade de descompensação de sua homeostase quando da ocorrência de eventos agudos, físicos, sociais ou psicológicos (ANDRADE et al., 2012).

A população idosa é composta em 55% por mulheres e elas sofrem efeitos deletérios de aspectos clínicos e sócio-econômicos, tais como o menor índice de massa muscular relacionado à redução dos níveis de testosterona e a redução da secreção de hormônio do crescimento, desigualdades de gênero, vida social reprimida e pouca independência econômica vivenciada pela maioria das mulheres idosas (ANDRADE et al., 2012).

A fragilidade e as comorbidades afetam o paciente oncológico em três momentos: no momento do diagnóstico, por incertezas em relação à agressividade do plano terapêutico, conforme a reversibilidade ou não do fator determinante da fragilidade no paciente; durante o tratamento, na coexistência de contribuintes que possam aumentar o risco da toxicidade associada à terapia e reduzir a qualidade de vida; e após o tratamento ocorrer o desenvolvimento ou piora da fragilidade existente pode reduzir a sobrevida (ASSIS et al., 2011).

Um estudo na Malásia observou que cerca de 50 a 88% das mortes seriam evitáveis em países de baixa renda e desigualdade social existente se o diagnóstico do câncer fosse precoce e os indivíduos tivessem um acesso ideal ao serviço (LOMBARDO; POPIM, 2020).

A falta de oncologistas causa deslocamento dos pacientes, por vezes, de grandes distâncias para receber o tratamento e acompanhamento adequados, já que necessitam comparecer aos serviços de saúde para a realização de consultas,

procedimentos ambulatoriais e internação diversas vezes. A localização dos serviços e da população usuária, os meios de transporte utilizados, o tempo e os custos para o deslocamento são importantes fatores que devem ser considerados na avaliação do acesso aos serviços de saúde (SANTOS, 2020).

No Canadá, entre a visita ao especialista e o início do tratamento, um paciente aguarda uma média de 2,7 dias para radioterapia e 1,7 dias para tratamentos de quimioterapia. Na Inglaterra, 99% dos pacientes começam o tratamento dentro de 60 dias da confirmação do diagnóstico. No entanto, na Índia, os autores estimaram que esse tempo médio foi de 97 dias e 50% dos pacientes iniciam o tratamento do câncer em 59 dias. Pode ser que os gastos atuais com programas de rastreamento do câncer possam ser usados de uma maneira mais econômica se uma fração dela for alocada para melhorar as outras causas de atraso (PRESTES, 2017).

A taxa de sobrevida relativa de 5 anos para todos os cânceres nos Estados Unidos (2009-2015) foi de 67% no geral, 68% em brancos e 62% em negros. A sobrevida é maior para câncer de próstata (98%), melanoma de pele (92%) e câncer de mama feminino (90%) e menor para câncer de pâncreas (9%), fígado (18%), pulmão (19%) e esôfago (20%). As taxas de sobrevivência são mais baixas para negros do que para brancos para cada tipo de câncer. Depois de ajustar para sexo, idade e estágio no diagnóstico, o risco relativo de morte após um diagnóstico de câncer é 33% maior em pacientes negros do que em pacientes brancos (SIEGEL et al., 2020).

A disparidade entre negros e brancos na mortalidade geral por câncer diminuiu nos Estados Unidos de um pico de 33% em 1993 (279,0 vs 210,5 por 100.000 habitantes) para 13% em 2017 (178,5 vs 157,5 por 100.000 habitantes) (SIEGEL et al., 2020).

Nossa pesquisa não encontrou associação entre raça/cor e desfechos estudados, talvez pelo subregistro em função da autodeclaração dos pacientes, com dificuldades de assumir suas características pessoais por estar impregnados do racismo estrutural de nossa sociedade ou mesmo na atuação na mesma linha dos registradores de dados, definindo esse quesito de identificação à revelia do usuário, mostrando outra faceta do racismo; ainda, a menor expressão na amostra estudada de pessoas de raça/cor negra/parda pode ser pela maior dificuldade de acesso aos serviços necessários.

O racismo nem sempre é demonstrável nas interações. A ausência de

significância estatística na associação das variáveis por raça/cor não isenta o pesquisador da responsabilidade de reiterar a natureza perversa do racismo, perpetuando iniquidades (LOPES, 2005).

Os dados coletados em nossa pesquisa mostraram que a maior parte dos casos de câncer de mama e de próstata chegaram no estágio 2 e, mesmo que tenham tempos de progressão da doença diferentes, o primeiro mais rápido e o segundo mais lento, indica perda de oportunidade de detecção precoce, mais custo-efetiva e com maior possibilidade de cura; no caso do câncer de pulmão a situação foi a mais grave, com 60% dos casos em estágio 4 e 45% de óbitos. Isso aponta o acerto da política nacional para prevenção e detecção precoce do câncer ao dar visibilidade aos tempos de acesso para diagnóstico e tratamento, com o objetivo de mapear atrasos e apontar a necessidade de ajustes no Sistema Único de Saúde.

O Painel-Oncologia publicado pelo INCA (2019) relacionou informações de diagnóstico e tratamento por tipo de câncer disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial (BPA-I e APAConcologia), no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) de casos diagnosticados no Brasil entre 2013 e maio de 2019, segundo o intervalo até o início do tratamento. No caso do câncer de mama, esse intervalo foi de até 30 dias em 27,30 % dos casos, 31-60 dias em 19,77% dos casos e mais de 60 dias em 48,86% dos casos; sem informação em 4,07 % dos casos. O câncer de próstata apresentou os seguintes percentuais nos intervalos descritos: 19,51%, 13,31%, 61,21% e 5,97% e no câncer de pulmão: 43,36%, 25,59%, 26,55% e 4,50% (ATTY et al., 2020).

A amostra desta pesquisa, na comparação das características sociodemográficas e clínicas de casos de pacientes portadores de câncer de pulmão, encontrou resultados semelhantes à literatura em relação ao estadiamento (60% dos casos no estágio 4) e mortalidade (45%), mostrando o atraso para o momento oportuno de diagnóstico e tratamento. No desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico com até 30 dias, para os casos de câncer de pulmão em estágio 4 (486 casos), 81,5% dos pacientes foram atendidos em tempo adequado, denotando um esforço das equipes para agilizar o atendimento de casos graves; para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento até 60 dias, as faixas etárias dos 60 a 69 anos e dos 70 a 79 anos apresentaram maior proporção de pessoas (79,6% e 76,5% respectivamente), se coadunando com a priorização de atenção instituída no

Estatuto do Idoso. Nesse mesmo desfecho havia 482 casos (cerca de 50% do total de casos estudados) nos estágios 3 e 4, inferindo-se a presteza do serviço na busca do início do tratamento de casos graves.

Houve uma diminuição na taxa de mortalidade por câncer de pulmão a partir de 2011 diretamente relacionada à redução do tabagismo, medida custo-efetiva de prevenção dessa patologia. Entretanto, cerca de 75% dos pacientes com câncer de pulmão ainda são diagnosticados com câncer localmente avançado ou metastático, com expectativa de vida em cinco anos menor do que 20% e o tratamento sistêmico ainda é a principal opção terapêutica. Pacientes diagnosticados em estágio inicial apresentam taxas de sobrevida em cinco anos de 50-90% (GELATTI; LORANDI, 2020).

Estudo de custo-efetividade mostrou que houve uma economia de 500 dólares por pessoa na prevenção de doenças atribuídas ao tabaco que realizou tratamentos para a cessação do tabagismo. Estudo com mais de 50 mil pessoas nos Estados Unidos mostrou que a quiropraxia, acupuntura e massagem representam possibilidades para promover a cessação do tabagismo; assim, profissionais da saúde treinados em

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas intervenções antitabágicas podem contribuir para o sucesso da cessação. Revisões sistemáticas sobre auriculoterapia mostraram que pode haver benefícios como terapia complementar no tratamento para cessação do tabagismo (NOTA TÉCNICA SES RS, 2019).

As baixas taxas de sobrevida ao câncer de pulmão refletem a grande proporção de pacientes (57%) com diagnóstico de doença metastática, para os quais a taxa de sobrevida relativa em 5 anos é de 5%. No entanto, a taxa de sobrevida em 5 anos para doença em estágio localizado é de 57%, e há potencial para diagnósticos precoces entre aqueles com alto risco por meio de rastreamento com tomografia computadorizada de baixa dose; o National Lung Screening Trial, o maior estudo nos Estados Unidos até o momento, demonstrou uma redução de 20% na mortalidade por câncer de pulmão em fumantes / ex-fumantes com uma história de ≥ 30 maços-ano em comparação com a radiografia de tórax (SIEGEL et al., 2020).

O ensaio Multicentric Italian Lung Detection (MILD), que incluiu mais rodadas de triagem, acompanhamento mais longo e um pool de risco mais moderado (aqueles com histórico de tabagismo ≥ 20 anos-maço) relatou uma redução de 39% no pulmão

mortalidade por câncer em comparação com nenhuma intervenção. Embora a American Cancer Society e a US Preventive Services Task Force recomendem o rastreamento do câncer de pulmão por tomografia computadorizada de baixa dose para alguns fumantes

/ ex-fumantes pesados, a tradução desse benefício para a população em geral continua sendo um desafio (SIEGEL et al., 2020).

O acesso a biópsias e tratamento cirúrgico e sistêmico difere entre instituições públicas e privadas. No sistema público os procedimentos diagnósticos tais como biópsia guiada por imagem ou broncoscopia são escassos e acarretam atraso na linha do tempo no atendimento a pacientes com esse tipo de câncer (GELATTI; LORANDI, 2020).

A British Thoracic Society (BTS) recomenda que, nas unidades especializadas em câncer, a quimioterapia seja aplicada num prazo máximo de sete dias úteis após a indicação do tratamento. No Canadá, o período máximo de espera tolerado para a realização da cirurgia não deve exceder duas semanas. Estas recomendações visam a melhora da qualidade de sobrevivência do paciente (SOUZA, 2012).

Estudo de alta validade sugere um impacto na mortalidade para cada atraso de quatro semanas no início do tratamento para câncer de células não pequenas estágio III, com RR: 1,03 (IC95%: 1,01-1,06). As evidências são insuficientes sobre o impacto exato de uma demora no início do tratamento, que dada a sua importância, deve ser uma prioridade urgente de pesquisa (HANNA et al., 2020).

Os gastos com tratamentos referentes ao câncer de pulmão nos EUA são estimados em 14,73 bilhões de dólares no ano de 2020. Além disso, o impacto econômico do câncer de pulmão na Europa é substancial, com custos diretos do cuidado de pacientes com a doença totalizando mais de € 3 bilhões por ano. Ademais, conforme o DATASUS, as despesas relacionadas às neoplasias malignas de pulmão, traqueia e brônquios atingiram cerca de R\$ 37.5 milhões em 2017, R\$ 38.1 milhões em 2018 e R\$ 41.6 milhões em 2019 e R\$ 35.2 milhões em 2020 no Brasil. Observa-se queda expressiva dos custos hospitalares que pode estar associada à redução nacional da busca por atendimento hospitalar por parte dos pacientes oncológicos em decorrência do temor causado pela pandemia causada pelo SARS-CoV-2 (BEZERRA et al., 2021).

O registro de câncer de base hospitalar de câncer de mama na amostra

estudada encontrou 1.023 casos com predomínio de idade entre 50 e 69 anos (50,8%), branca (92,8%) e ensino fundamental completo (55,4%), predomínio de estadiamento 2 (46,4%) e 6,6% evoluiu para o óbito. No desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico com até 30 dias, a maior proporção de pessoas estava na faixa etária de 80 ou mais anos (90,6%) e, entre as pessoas que evoluíram para o óbito, 88,2% estiveram no tempo de até 30 dias. No desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de até 60 dias, a maior proporção de pessoas também estava na faixa etária de 80 ou mais anos (75,9%), estadiamento classificação 4 (83,1%) e, nas pessoas que evoluíram para o óbito, 72,9% estiveram no tempo de até 60 dias. Isso destaca a preocupação da equipe em agilizar o atendimento de idosas frágeis e com quadros avançados da doença.

O Brasil identificou 247.719 mulheres entre 18-89 anos com câncer de mama em estágio avançado no período 2001-2014. A prevalência foi maior em mulheres negras ou pardas, pouca ou nenhuma educação formal e menor em mulheres brancas e educação universitária, mas ambas as prevalências foram maiores do que todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama na Noruega antes da introdução do rastreamento mamográfico. Padrões etnoraciais e sociais semelhantes surgiram em análises restritas ao grupo etário visado pela triagem (50-69 anos) (DOS-SANTOS- SILVA et al, 2019).

As razões dadas pelos pacientes para atrasos entre a apresentação e o diagnóstico, ou início do tratamento, de câncer de mama em mulheres africanas incluíram fatores mediados pelo paciente (por exemplo, fatores socioeconômicos, tipo de sintomas, ter tentado os tratamentos tradicionais primeiro, problemas financeiros, medo da doença e / ou seu tratamento e negação) e fatores mediados pelo prestador de cuidados de saúde (por exemplo, tempo de viagem para o prestador de cuidados de saúde, o número e tipo de provedores de cuidados de saúde contatados antes do diagnóstico, encaminhamentos atrasados ou não encaminhamentos, diagnóstico incorreto, aconselhamento incorreto ou garantias falsas, atrasos na obtenção de confirmação de diagnóstico e no início do tratamento) (ESPINA et al, 2017).

Há relevância de aspectos referentes à rede de atenção oncológica: a ausência de hospitais especializados, problemas no encaminhamento do paciente e dificuldades

nos agendamentos de testes de diagnóstico afetam o tempo para o início do tratamento de câncer de mama. A diferença entre hospitais gerais e hospitais especializados é que estes últimos apresentam menor taxa de mortalidade hospitalar, e isso está associado ao maior volume de procedimentos e tecnologia disponíveis (LIMA & VILLELA, 2021).

Em Taiwan, no período de 1971 a 2008, o processo de urbanização foi associado à menor mortalidade padronizada por todas as causas, exceto para o câncer de mama. No Brasil, estudo observou que nos estados e capitais mais urbanizados a taxa média de mortalidade por câncer de mama é maior quando comparada às dos menos urbanizados. O grau de urbanização de uma determinada região está associado à maior incidência do câncer de mama (DUARTE, 2020).

Uma revisão sistemática e meta-análise quantificou a associação do atraso no tratamento do câncer e mortalidade para cada aumento de quatro semanas no atraso de tratamento do câncer. A radioterapia adjuvante no câncer de mama mostrou um efeito de pior prognóstico para cada mês de atraso (RR: 1,08, IC95%: 1,02-1,14). Atraso de oito semanas na cirurgia de câncer de mama aumentaria o risco de morte em 17% (RR= 1,08) e atraso de 12 semanas em 26% (RR= 1,08). A sobrevivência obtida ao diminuir o tempo até acessar o tratamento é de magnitude semelhante (e talvez maior) de benefício que a observada com alguns novos agentes terapêuticos (HANNA et al., 2020).

A incidência de câncer de mama no Brasil está projetada para quase dobrar até 2035, o diagnóstico oportuno da doença sintomática será a chave para diminuir a mortalidade. As diretrizes do governo brasileiro de 2018 dão ênfase ao rastreamento mamográfico e destacam a necessidade do diagnóstico precoce de mulheres sintomáticas, garantindo o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento, especialmente entre aquelas que são desfavorecidas (DOS-SANTOS-SILVA et al., 2019).

Na subamostra dos casos estudados de câncer de próstata há predomínio de pessoas com 60 a 69 anos (43,4%), branca (89,8%) e ensino fundamental completo (76,5%), estadiamento classificação 2 (59,5%) e 5,8% evoluiu para o óbito. As maiores proporções de pessoas cujo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de até 30 dias ocorreram no estadiamento 3 (54,5%) e 4 (54,1%) e, 54,3% dos pacientes que evoluíram para o óbito tiveram tempo de até 30 dias. No tempo entre o diagnóstico e o

início do tratamento de até 60 dias, 72% se encontravam no estadiamento 4, tiveram tempo de até 60 dias, assim como 84% dos pacientes que evoluíram para o óbito estavam nesse desfecho estudado.

O câncer de próstata, conforme pesquisa oncogúia em 2015, mostrou dificuldades no acesso ao diagnóstico: 33% dos pacientes tinham começado acompanhamento com urologista aos 50 anos e 28% nunca tinham ido ao especialista antes do diagnóstico confirmado (SANTOS, 2020).

Um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) com 2.400 homens acima de 45 anos, em oito cidades do país, revelou que 49% dos entrevistados nunca tinham realizado exame de toque retal, e dentre os motivos mais explicitados para não terem feito o exame aparecem a falta de solicitação do médico (26%) e o fato de o paciente não gostar do exame ou considerá-lo “pouco másculo” (24%), demonstrando que ainda há obstáculos relacionados ao preconceito e a pouca informação em relação ao exame clínico de toque retal (SANTOS, 2020).

Uma pesquisa do INCA em 2017 constatou que houve um déficit de 92,5% na produção de biópsias de próstata no país em 2016, o que demonstra uma grande fragilidade no sistema público de saúde; complementarmente, informações de chefias dos ambulatórios de urologia e oncologia da UNACON HC-UFPE relataram que a alta demanda de pacientes sem diagnóstico, a insuficiência de procedimentos para estadiamento, a insuficiência de profissionais especializados e as distâncias para chegar até a UNACON figuram como barreiras até o acesso ao diagnóstico e tratamento, com um tempo médio de espera de 107 dias entre o diagnóstico e o tratamento, no período de 2010 a 2016 (SANTOS, 2020).

Vários parâmetros foram associados às taxas mais baixas de acesso ao tratamento em minorias étnicas, incluindo privação social e status residencial. Em certos ambientes, esses fatores podem ser responsáveis pela lacuna étnica para os piores resultados do câncer de próstata. O nível socioeconômico mais baixo e as taxas de tratamento observadas em homens negros americanos, ao contrário de brancos, foram os principais motores da disparidade racial em sobrevivência específica ao câncer (MATTI; ZARGAR-SHOSHTARI, 2021).

As desigualdades raciais entre esses grupos nos Estados Unidos poderiam ser revertidas em um sistema com uma via padronizada de gerenciamento do câncer de próstata. Os resultados são consistentes com observações sobre a lacuna de

sobrevivência entre os homens do Pacífico e europeus na coorte (MATTI; ZARGAR-SHOSHTARI, 2021).

Temos ainda a complicação atual da pandemia de covid-19 no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer. O tratamento pode sofrer interrupções ou atrasos na administração das terapias devido às medidas de enfrentamento da Covid-19: distanciamento social, quarentenas, e até mesmo, interrupções na rotina dos serviços de oncologia. Os primeiros dados sobre a taxa de mortalidade para a Covid-19 apontam para um valor de 5,6% entre os indivíduos afetados por câncer; outro estudo mostrou que pacientes portadores desta patologia apresentam um risco 3,5 vezes maior de manifestar um quadro clínico grave da Covid-19 do que outros grupos de pacientes (VALLOIS et al., 2021).

Há subgrupos mais vulneráveis a Covid-19, incluindo aqueles com câncer de pulmão submetidos à quimioterapia e radioterapia radical; aqueles que fazem tratamento com imunoterápicos, hormônios ou inibidores da proteína quinase; e ainda pacientes que tomam medicamentos imunossupressores (VALLOIS et al., 2021).

As sociedades de oncologia em todo mundo estabeleceram diretrizes para manejo clínico do paciente com câncer, durante a pandemia de SARS-COV2: 1) não interromper os tratamentos e se preciso adiar a quimioterapia adjuvante ou a cirurgia eletiva dos pacientes com baixo risco; 2) considerar quimioterapia neoadjuvante, se salas de cirurgia indisponíveis e profissionais envolvidos em outras funções clínicas; 3) sempre que possível usar radioterapia hipofracionada, incluindo sessão única para metástases ósseas; 4) antineoplásicos orais ao invés de terapia parenteral, se houver equivalência; 5) manter os leitos no mínimo com 1,5 metros de distância e limitar a um acompanhante; 6) tecnologia portátil durante as sessões do tratamento e período de internação, assim o paciente mantém contato com a família; 7) teleatendimento como ferramenta de comunicação do paciente com a equipe; 8) manter vigilância dos pacientes oncológicos infectados pelo Sars-CoV-2, especialmente os mais velhos e com comorbidades; e 9) manter os suprimentos de EPI para os profissionais e insumos específicos para a assistência ao paciente oncológico em dia (VALLOIS et al., 2021).

As limitações do estudo estão relacionadas a possível viés de informação e seleção, pois será utilizada fonte de dados de base secundária, estando sujeita a variações nos registros e não preenchimento de todas as informações. Outra limitação é o possível viés de amostragem, uma vez que um número maior de casos

em estadiamento avançado podem ter sido encaminhados ao hospital público vinculado ao Ministério da Saúde, já que é uma instituição referência em oncologia.

Os dados analisados devem ser interpretados com cautela, devido a limitações do estudo: a população é de pacientes tratados em instituição pública, pode haver viés de seleção, há impossibilidade de avaliar a diferença do tempo para instituições públicas e privadas; o tempo hábil para o início do tratamento é distinto, de acordo com a regulamentação de cada país, dificultando a comparação; outro fator é intervalo entre os primeiros sintomas até a consulta com médico geral e o intervalo do tempo até a consulta com médico especialista, dados que não constam nos registros de câncer analisado (LIMA; VILLELA, 2021).

Trabalhos na literatura descrevem deficiências na qualidade dos sistemas de informação de saúde pública no Brasil, como falta de integração, fragmentação e duplicidade de informações, baixa cobertura de alguns sistemas e incertezas quanto à confiabilidade dos dados por eles mantidos e deficiências no apoio ao gestor em processos de tomada de decisão e planejamento, além de disponibilização em formato que dificulta sua apropriação pelos gestores e pelo controle social; o monitoramento da qualidade de dados em sistemas de informação de saúde do SUS não segue um plano regular de avaliações (MORAIS; COSTA, 2017).

Os registros de câncer existentes no Brasil registram dados de capitais específicas, que é então usado para estimar a incidência e taxas de mortalidade em uma amostra maior da população. No entanto, esta evidência apresenta um estreito perspectiva de registros selecionados de câncer de base populacional dentro de um pequeno segmento da população que vive em áreas do Brasil com status econômico mais elevado. Estes dados não são nacionalmente representativos e, portanto, problemático para comparações entre países (DA MOTA et al., 2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação entre possíveis fatores associados e os tempos entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o início do tratamento em pacientes com tipos de câncer selecionados atendidos em um hospital público (2012-2016), identificou as seguintes associações entre fatores sociodemográficos e clínicos e os tempos estudados:

a) Para o câncer de pulmão: No desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias permaneceram no modelo como variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,05$) e o estadiamento ($p < 0,001$); para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, permaneceram no modelo como variáveis explicativas do desfecho a faixa etária ($p = 0,024$) e o estadiamento ($p = 0,03$) e houve RR de proteção as faixas etárias de 20 a 49 anos ($RR = 0,29$, $IC95\% = 0,20 - 0,55$) e 60 a 69 anos ($RR = 0,53$, $IC95\% = 0,31 - 0,90$).

b) Para o câncer de mama: Os respectivos RR brutos e ajustados para o desfecho tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias, para os casos de câncer de mama ajustado por faixa etária, raça/cor e escolaridade, mostraram que o RR de estadiamento diminuiu a medida que a classificação aumentou; para o desfecho tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento acima de 60 dias, permaneceram no modelo explicativo final as variáveis faixa etária ($p = 0,003$) e estadiamento ($p = 0,003$) e não houve uma faixa etária específica que representasse risco para o desfecho. Dentre as categorias de classificação de estadiamento, observou-se que as categorias 1 e 2 apresentaram RR significativo.

c) Para o câncer de próstata: O desfecho de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico acima de 30 dias apresenta o estadiamento como variável explicativa do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, com significância estatística para as classificações 1 e 2 e sem significância para a classificação 3 quando comparadas à classificação 4; para o desfecho de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento acima de 60 dias, permaneceu no modelo explicativo somente a variável estadiamento, ajustada pela faixa etária e o RR do estadiamento diminuiu à medida que a classificação aumentou.

Ao analisar os óbitos nos três tipos de câncer selecionados, no câncer de pulmão mais de 80% dos óbitos ocorreram no desfecho de tempo de 30 dias ou menos entre a primeira consulta e o diagnóstico e também no desfecho de 60 dias ou menos entre o diagnóstico e o início do tratamento, somando 45% de óbitos no total da amostra. Fato que se soma aos dados de literatura em que o câncer de pulmão é o de maior letalidade mundial entre todos os tipos de câncer.

Os anos potenciais de vida perdidos é um importante indicador de problemas sociais e econômicos de uma população, principalmente nas faixas de idades ativas de 15-64 anos. Se for considerado a perda de mão-de-obra, o impacto econômico é grande. As mortes por neoplasia acarretam perdas sociais e econômicas significativas, sendo necessário que os gestores de saúde encarem as neoplasias como um problema de Saúde Pública, implementando estratégias de prevenção e controle do câncer, como fortalecimento das ações voltadas à saúde integral e a inclusão do diagnóstico precoce (BRAGA, 2017).

O atraso no diagnóstico e tratamento do câncer também pode acarretar algumas consequências para a gestão pública, como o aumento dos gastos, devido à exigência de procedimentos de alto custo, complexos e prolongados, para pacientes que poderiam ter tido o diagnóstico em fases iniciais da doença, sem falar a elevação dos custos com os benefícios da previdência social, decorrentes do longo tempo de afastamento desses pacientes do trabalho (SANTOS, 2020).

Os procedimentos em oncologia, que vão desde gastos com ações de prevenção até gastos de atenção complementar, geraram o desembolso de 1,8 bilhões em 2008 e 3,9 bilhões em 2016, aumento gradativo de 120%. Gastou-se 59,90% com procedimentos clínicos e 31,54% com procedimentos cirúrgicos, necessários à perpetuação da vida dos pacientes. As despesas menores estão alocadas nas políticas de prevenção (0,4%) e na compra de medicamentos (0,34%) (GOMES et al., 2021).

A desigualdade pode ser ilustrada estatisticamente, mesmo assim é necessária a compreensão da sociedade e seus conflitos, que surgem em decorrência da incapacidade do sistema capitalista de promover melhorias sociais pela legislação, valores, formas de conciliação e integração institucionais, pois colidem com o regime de acumulação (ALMEIDA, 2018).

É preciso aprofundar as pesquisas sobre câncer e políticas públicas, utilizando epidemiologia e ciências humanas e sociais para olhar as iniquidades vivenciadas por negros e não-negros e sua situação social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, opção religiosa, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária, possibilidades de acesso aos serviços e aos bens sociais (LOPES, 2005).

Estudar o tempo de espera para início do tratamento de câncer pode desvendar iniquidades no acesso ao tratamento e destaca a importância de medidas de saúde pública equânimes. Estudos prospectivos são necessários para avaliar o tempo entre primeiros sintomas, consulta e triagem e analisar o impacto na sobrevida (LIMA; VILLELA, 2021).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARETTO, M. L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ALMEIDA, S.L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ANDRADE, A. N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 748-56, 2012.

ASSIS, C.M.R.B. et al. Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 5, n. 2, p.106-11, 2011.

ATTY, A.T.M. et al. PAINEL-Oncologia: uma Ferramenta de Gestão, *Revista Brasileira de Cancerologia* 66(2): e-04827, 2020.

BAIROS, F. S. et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, 2364-72, 2011.

BANDERA, E. V. et al. Racial and Ethnic Disparities in the Impact of Obesity on Breast Cancer Risk and Survival: A Global Perspective. *American Society for Nutrition*. **Adv Nutr**, v. 6, n. 6, 803–19, 2015.

BARBOSA, I. R et al. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 79-86, 2015.

BARROS, A.F. et al. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **FEMINA**, v. 40, n. 1, p. 31-36, 2012.

BERGLUND A. et al. Social inequalities in non-small cell lung cancer management and survival: a population-based study in central Sweden. **Thorax**, v. 65, n. 4, p. 327-33, 2010.

BEZERRA, J. de M. et al. Gastos com DPOC e câncer de pulmão, brônquios e traqueia para o SUS relacionados à Cidade de Altamira (PA) entre os anos de 2017 e 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n.5, e5910514627, 2021.

Boletim Epidemiológico do Hospital Conceição (BEHCO). O Registro Hospitalar do Câncer no Hospital Nossa Senhora da Conceição e Criança Conceição, 2012-2016. v.2,n. 03, p. 01-19, 2018.

BRAGA, J.S. Aplicação do método daly para medir a carga global da neoplasia para o semiárido brasileiro. **Dissertação de Mestrado**, UFPB, João Pessoa, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 613-22, 2019.

COSTA, J. S. D. et al. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 6, n.1, p. 39-48, 2003.

COSTA, Priscila Berenice da. Papel do nível socioeconômico na sobrevida de pacientes com câncer de pulmão no município de São Paulo –**Tese de doutorado** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

DA MOTA, A. P. et al. Realizing the right to health in Brazil's Unified Health System through the lens of breast and cervical cancer. **International Journal for Equity in Health**, 18:(39), p. 1-15. 2019.

DALTON, S.; FREDERIKSEN, B.; JACOBSEN, E. et al. Socioeconomic position, stage of lung cancer and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001–2008. **Br J Cancer**, v. 105, n. 7, p.1042–8, 2011.

DOS-SANTOS-SILVA, I. et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. **Lancet Glob Health**, 7: e784–97, 2019.

DUARTE, D. A. P. Iniquidade social e câncer de mama feminino: análise da mortalidade. **Cad. Saúde Colet.**, v. 28, n. 4, p. 465-476, 2020.

EGURROLA-PEDRAZA, J.A. et al. Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 12, e00114117, 2018.

ESPINA, C. et al. Delayed presentation and diagnosis of breast cancer in African women: a systematic review. **Annals of Epidemiology**, v. 27, p. 659-71, 2017.

FIGUEIREDO F.W.dS. et al. Association between primary care coverage and breast cancer mortality in Brazil. **PLoS ONE**, v.13, n.8, e0200125, 2018.

FORREST, L.F. et al. Socioeconomic Inequalities in Lung Cancer Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS Medicine**, v. 10, n. 2, e1001376, 2013.

FRANCESCHINI, J.P.; JAMNIK, S.; SANTORO, I.L. Sobrevida em uma coorte de pacientes com câncer de pulmão: papel da idade e do sexo no prognóstico. **J Bras Pneumol.**, v. 43, n.6, p.431-6, 2017.

GELATTI, A. C. Z.; LORANDI, V. Cenários desafiadores no tratamento do câncer de pulmão – editorial. **J Bras Pneumol.**, 46(4):e20200388, 2020.

GHONCHEH, M. et al. Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship with the Human Development Index (HDI) in the World in 2012. **Asian Pac J Cancer Prev**, v.16, n. 18, p. 8439-43, 2015.

GOMES, H. M. S. et al. Gastos do sistema público de saúde com tratamento em oncologia. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.18, n.2, Belo Horizonte, MG, 2021.

GONCALVES, I.R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica edemográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-42, 2008.

GROSSE FRIE, K.; KAMATÉ, B.; TRAORÉ, CB.; LY, M.; MALLÉ, B. et al. Factors associated with time to first healthcare visit, diagnosis and treatment, and their impact on survival among breast cancer patients in Mali. **PLOS One**, Tese de doutorado, v. 13, n.11, e0207928, 2018.

HANNA T.P. et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **BMJ** (371): m4087, 2020.

IBGE. **IBGE Cidades**. Projeção de população, 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Análise de situação. **Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional**. 2. ed, Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

KNORST, M.M.; DIENSTMANN, R.; FAGUNDES, L. P. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 358-364, 2003.

KWAK, M.; KIM, C. Disparities by Age, Sex, Tumor Stage, Diagnosis Path, and Area-level Socioeconomic Status in Survival Time for Major Cancers: Results from the Busan Cancer Registry. **Journal of Korean Medical Science**. v. 32, n.12, p.1974-83, 2017.

LEOTTI et al. Modelagem estatística: perguntas que você sempre quis fazer, mas nunca teve coragem. **Clin Biomed Res**, 39:(4), p. 356-63, 2019.

LIMA, M.A.; VILLELA, D.A.M. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil, 2006-2015. **Cad. Saúde Pública**, 37:(5), 2021.

LOMBARDO, M.S.; POPIM, R.C. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: Revisão Integrativa. **Rev Bras Enferm**.v. 73, n. 5: e20190406, 2020.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, 21 (5):1.595-1.601, 2005.

MADEIRA, ACG. Avaliação da efetividade dos países da OCDE no Tratamento do Cancro: Uma aplicação do Data Envelopment Analysis. **Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**, Faculdade de Economia/Universidade do Algarve, FARO, 2014.

MATTI, B.; ZARGAR-SHOSHTARI, K. Prostate cancer outcomes disparities: Population survival analysis in an ethnically diverse nation. **Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations**, 39: (367).e19–367.e26, 2021.

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

MORA, Paulo Alexandre Ribeiro. Análise de sobrevida em pacientes com câncer de Pulmão. **Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva** – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, 2004.

MORAIS, R.M.; COSTA, A.L. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 101-117, 2017.

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

NOTA TÉCNICA SES RS 03/2019. Inserção das práticas integrativas e complementares em saúde nos grupos de apoio à cessação do tabagismo da rede de atenção à saúde. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES RS).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Internacional Agency for research on cancer. **Press release**. n. 263, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: **Noncommunicable diseases country profiles**. Geneva, 2018.

OPAS. **Folha informativa – Câncer**. Brasil, 2018.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D.E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educacional na perspectiva de gênero. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-146, 2019.

PRESTES, I.V. Pareamento de registros das grandes bases do SUS para permitir análises longitudinais de pacientes com câncer. **Tese de doutorado - UFRGS**, Porto Alegre, 2017.

QUAGLIA, A. et al. Socio-economic inequalities: A review of methodological issues and the relationships with cancer survival. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, 85: (3), p. 266–77, 2013.

RAUBER, B.R.; ROCHA, J.P.; NEVES, B.B.; SEIBEL, R.; BÓS, A.G. Características sociodemográficas de estilo de vida e de acesso a serviços de saúde entre realizadores ou não de exame de próstata. **Temas em saúde**. João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 124-44, 2018.

RENNA Jr., N. L.; SILVA, G.A. Diagnóstico de câncer de mama no estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000– 2012). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 3, p. 127-136, 2018

RODRIGUES, R.; SALES, C.A. Aspectos epidemiológicos e diagnósticos do carcinoma prostático. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 131-140, 2013.

SACRAMENTO, R.S. et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 24, n. 9, p. 3265-74, 2019.

SANTOS, A.B.S et al. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface** (Botucatu), v.17, n.45, p.341-55, 2013.

SANTOS M.A.S.; OLIVEIRA M.M.; ANDRADE S.S.C.A.; NUNES M.L.; MALTA D.C.; MOURA L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 3, p. 389-98, 2015.

SANTOS, J.M. Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na unidade de assistência de alta complexidade em oncologia do hospital das clínicas — **dissertação de mestrado**. UFPE, Recife, 2020.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: sobrecarga e desafios atuais. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949- 61, 2011.

SIEGEL R.L. et al. Cancer statistics, 2020. **CA Cancer J Clin.**, 70(1):7-30, 2020.

SIERRA, M.S., SOERJOMATARAM, I. E FORMAN, D. Prostate cancer burden in Central and South America. **Cancer Epidemiology**, v. 44, p.131-140, 2016.

SILVA, G. A. et al. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1009-18, 2011.

SOUZA, Mirian Carvalho de. Câncer de pulmão: tendências de mortalidade e fatores associados à sobrevivência dos pacientes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tese de Doutorado** — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

VALLOIS, E. C. et al. Estresse dos pacientes e profissionais de saúde na oncologia durante a pandemia de covid-19, capítulo 9, p.122-39. **Estudo sobre os cânceres [livro eletrônico]**/organizador Daniel Luís Viana Cruz, - Triunfo, Pernambuco: Volume 1, 1ª Edição, Omnis Scientia,145 p.: il, 2021.

VOLOCHKO, A.; VIDAL, N. P. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n.2, 2010.

WUNSCH FILHO, Victor et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-50, 2008.

YAO, N. et al. Patterns of cancer screening, incidence and treatment disparities in China: protocol for a population-based study. **BMJ**, v.6, e012028, 2016.

ZACCHI S.R.; VIANA K.C.G.; BRANDÃO-SOUZA C. et al. Mortalidade em Homens com câncer de Próstata e sua Associação com Variáveis Sociodemográficas e Clínicas. **Rev Fund Care Online**, v.11, n.3, p. 648-54, 2019.

ANEXOS

ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONIUGAL ATUAL

- 1- Solteiro
 2- Casado
 3- Viúvo
 4- Separado judicialmente
 5 - União consensual
 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1- Sim
 2- Não
 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- 1- Nunca
 2- Ex-consumidor
 3- Sim
 4- Não avaliado
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca
 2- Ex-consumidor
 3- Sim
 4- Não avaliado
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS
 2- Não SUS
 3- Veio por conta própria
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPEÚTICA DO TUMOR

- 1- Exame clínico e patologia clínica
 2- Exames por imagem
 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
 4- Anatomia patológica
 5- Marcadores tumorais
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

 .

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1- Direita
 2- Esquerda
 3- Bilateral
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não
 2- Sim
 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
 2- Plano de saúde
 3- Particular
 4- Outros
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
 2- Plano de saúde
 3- Particular
 4- Outros
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

 .

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1-
 2-
 3-
 4-
 5-
 6-
 7-
 8- Não se aplica
 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: PAULO RICARDO BOBEK

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35038820.9.3001.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.221.449

Apresentação do Projeto:

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

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

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

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC

Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

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

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

Justificativa do projeto: As Doenças Não Transmissíveis (DNTs) são a principal causa de morte no mundo, neste grupo de doenças, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias. Análise da OPAS relata que mais de 90% dos países de alta renda disponibilizam serviços de tratamento para câncer em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda. Agravando mais essa situação, apenas 20% dos países de baixa e média renda têm informações necessárias para a condução adequada na política de atenção à saúde para o câncer. As estimativas do INCA, para o Rio Grande do Sul e Porto Alegre, apontam que as neoplasias de próstata e traqueia/brônquio/pulmão são as mais incidentes em homens e as de mama e traqueia/brônquio/pulmão em mulheres. A relação entre o tempo da consulta e o procedimento diagnóstico de câncer, assim como o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, e possíveis fatores de associação, nos prazos apontados na legislação brasileira, ainda é uma questão pouco avaliada. Este estudo busca contribuir no preenchimento desta lacuna no estado do RS.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa): Trata-se de uma coorte retrospectiva. A população deste estudo é composta de pacientes com suspeita ou com diagnóstico de câncer confirmado que acessaram os hospitais do GHC para tratamento. Os critérios de inclusão são os pacientes da rede pública de saúde que consultaram no Hospital Conceição ou Hospital Criança Conceição e são suspeitos de

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

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

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): não se aplica (o estudo utilizará dados secundários).

Local da pesquisa: Esta pesquisa empregará dados secundários. A fonte de dados para este estudo é o Núcleo de Epidemiologia do Hospital Conceição, responsável pelas informações epidemiológicas do Hospital Conceição e Hospital Criança Conceição.

Hipótese:

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

Metodologia de Análise de Dados:

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

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

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

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

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

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

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

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

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Temos apresentados e avaliados e de acordo.

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599322.pdf

TERMO_DE_ANUENCIA_RAFAEL_RIBEIRO_GHC.pdf

relacao_dos_integrantes_da_pesquisa.pdf

termo_de_compromisso_entrega_relatorio.pdf

termo_de_referencia_da_pesquisa_ghc.pdf

Lattes_Luciana_Barcellos_Teixeira.pdf

Lattes_Ivana_Rosangela_Santos_Varella.pdf

Lattes_Ronaldo_Bordin.pdf

Lattes_Paulo_Ricardo_Bobek.pdf

Projeto_Pesquisa_Bobek.doc

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.221.449

PORTO ALEGRE, 18 de Agosto de 2020

Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador(a))

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