

Perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará: “Caminhada Outubro Rosa” 2023

Bruna Ferreira Bezerra de Macêdo

brunamacedo@alu.ufc.br

Célia Maria Braga Carneiro

celiabragac@hotmail.com

Greyciane Passos dos Santos

greycianep@yahoo.com.br

Maria Ivanilza Fernandes de Castro

ivanilzaf@hotmail.com

Resumo

No Brasil, o câncer de mama feminino ocupa a primeira posição em casos e óbitos em quatro regiões (exceto na Região Norte). O objetivo geral desta pesquisa foi identificar o perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Estado do Ceará que participaram da “Caminhada Outubro Rosa”, em Fortaleza, em 2023. Metodologicamente, trata-se de pesquisa descritiva, qualitativa e quantitativa, com delineamentos de pesquisa bibliográfica, documental e survey. A técnica de coleta dos dados consistiu em questionário físico e on-line (Google Forms) e para a análise, adotou-se a estatística descritiva. A amostra totalizou 51 respondentes. Concluiu-se que o sistema de saúde pública não consegue cumprir os prazos legais de diagnóstico e tratamento, ocasionando um perfil epidemiológico de estadiamento avançado da doença, destacadamente em mulheres com idade inferior a 49 anos, que são excluídas do rastreamento, de cor parda e em condições de vulnerabilidade econômica. Isso acarreta um elevado custo biopsicossocial e socioeconômico para a paciente, a família e o Estado. Portanto, a neoplasia mamária feminina deve ser priorizada nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave neoplasia mamária; mulher; Ceará; políticas públicas.

Socioeconomic and epidemiological profile of women with breast cancer in Ceará: 2023 “Pink October Walk”

Abstract

In Brazil, female breast cancer ranks first in cases and deaths in four regions (except in the North Region). The general goal of this research has been to identify the socioeconomic and epidemiological profile of women with breast cancer in the State of Ceará, Brazil, who participated in the “Pink October Walk” in Fortaleza, in 2023. Methodologically, this is a descriptive, qualitative and quantitative research study, with bibliographic, documentary and survey research designs. The data collection technique consisted of a physical and online questionnaire (Google Forms) and for the analysis, descriptive statistics was adopted. The sample totaled 51 respondents. It was concluded that the public health system is unable to meet the legal deadlines for diagnosis and treatment, resulting in an epidemiological profile of advanced staging of disease, particularly in women under 49 years of age, who are excluded from screening, are of mixed race, and live in conditions of economic vulnerability. This entails high biopsychosocial and socioeconomic cost for the patient, the family, and the State. Therefore, female breast cancer should be prioritized in public health policy.

Key words breast cancer; woman; Ceará; public policy.

Perfil socioeconómico y epidemiológico de mujeres con cáncer de mama en Ceará: “Paseo del Octubre Rosa” 2023

Resumen

En Brasil, el cáncer de mama femenino ocupa el primer lugar en casos y muertes en cuatro regiones (excepto en la Región Norte). El objetivo general de esta investigación ha sido identificar el perfil socioeconómico y epidemiológico de las mujeres con cáncer de mama en el Estado de Ceará, Brasil, que participaron en el “Paseo del Octubre Rosa” en Fortaleza, en 2023. Metodológicamente, se trata de una investigación descriptiva, cualitativa y cuantitativa, con diseños de investigación bibliográfica, documental y de encuesta. La técnica de recolección de datos consistió en un cuestionario físico y en línea (Google Forms) y, para el análisis, se adoptó la estadística descriptiva. La muestra totalizó 51 participantes. Se concluyó que el sistema público de salud no cumple con los plazos legales para el diagnóstico y el tratamiento, lo que resulta en un perfil epidemiológico de estadificación avanzada de la enfermedad, especialmente en mujeres menores de 49 años, quienes están

excluídas del cribado, son mestizas y viven en condiciones de vulnerabilidad económica. Esto conlleva un alto costo biopsicosocial y socioeconómico para la paciente, la familia y el Estado. Por lo tanto, el cáncer de mama femenino debe ser priorizado en las políticas de salud pública.

Palabras clave cáncer de mama; mujer; Ceará; políticas públicas.

Profil socio-économique et épidémiologique des femmes atteintes d'un cancer du sein au Ceará: « Marche d'Octobre Rose » 2023

Résumé

Au Brésil, le cancer du sein féminin est le premier en termes de cas et de décès dans quatre régions (à l'exception de la région Nord). L'objectif général de cette recherche était d'identifier le profil socio-économique et épidémiologique des femmes atteintes d'un cancer du sein dans l'État du Ceará, Brésil, qui ont participé à la « Marche d'Octobre Rose » à Fortaleza, en 2023. D'un point de vue méthodologique, il s'agit d'une étude descriptive, qualitative et quantitative, avec des plans bibliographique, documentaire et d'enquête. La technique de collecte des données consistait en un questionnaire physique et en ligne (Google Forms), et des statistiques descriptives ont été utilisées pour l'analyse. L'échantillon totalisait 51 participantes. Il a été conclu que le système de santé publique n'est pas en mesure de respecter les délais légaux de diagnostic et de traitement, ce qui se traduit par un profil épidémiologique de stade avancé de la maladie, en particulier chez les femmes de moins de 49 ans, exclues du dépistage, métisses et vivant dans des conditions de précarité économique. Cela entraîne un coût biopsychosocial et socioéconomique élevé pour la patiente, sa famille et l'État. Par conséquent, le cancer du sein féminin doit être une priorité dans les politiques de santé publique.

Mots-clés cancer du sein; femme; Ceará; politiques publiques.

Introdução

O câncer é uma doença que tem um custo social e econômico muito elevado para o(a) paciente, a família e o Estado. As estimativas e projeções do custo econômico global de 29 tipos de câncer, em 204 países e territórios, no período de 2020 a 2050, é de US\$ 25,2 trilhões. Os 5 tipos com maiores custos são: a) câncer da traqueia, dos brônquios e do pulmão (US\$ 3,9 trilhões); b) câncer de cólon e reto (US\$ 2,8 trilhões); c) câncer de mama (US\$ 2,0 trilhões); d) câncer de fígado (US\$ 1,7 trilhão); e e) leucemia (US\$ 1,6 trilhão). O destaque nos óbitos (75,1%) ocorre em países de baixo e médio rendimento, onde a parcela do custo econômico do câncer é menor (Chen et al., 2023).

No Brasil, o câncer de mama é a terceira causa de morte, com previsão de 73.610 novos casos a cada ano, para o triênio de 2023 a 2025. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2023), a neoplasia maligna de mama é a maior causa de óbitos por câncer entre a população feminina de 4 das 5 regiões do Brasil, excetuando-se a Região Norte, na qual a doença ocupa a segunda posição (Barros et al., 2020; INCA, 2021).

O sistema de saúde público apresenta lacunas estruturais desfavoráveis à plena execução da assistência à saúde de mulheres com neoplasia mamária maligna, culminando em altos índices de mortalidade devido à demora no diagnóstico e tratamento, à detecção com estadiamento grave e à falta de medicamentos adequados para o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, no período de 2020 a 2021, com a pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19), os sistemas de saúde público e privado assistiram, exclusivamente, às vítimas da COVID-19, inviabilizando o exame de mamografia para rastreamento (Colégio Brasileiro de Radiologia, 2020; INCA, 2020a; Melo et al., 2021; Ministério da Saúde, 2010; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda exclusivamente a mamografia, como exame adequado para o rastreamento da doença, a cada 2 anos. A faixa etária de risco adotada para a realização do exame é de 50 a 69 anos. Entretanto, estudos recentes mostram alteração nesse padrão etário internacional, de países desenvolvidos, adotado no Brasil. Nesse contexto, dada a gravidade da doença e a alta probabilidade de óbito, o tempo é um fator determinante para o bom prognóstico da paciente oncológica. Logo, o dever de realizar o diagnóstico tem o prazo máximo de 30 dias, conforme o § 3º, do art. 2º da Lei n. 12.732 (Lei dos 60 Dias, 2012), alterada pela Lei n. 13.896 (2019). Além disso, o caput do art. 2º da Lei dos 60 Dias (2012) assegura à paciente oncológica o direito de ser submetida ao primeiro tratamento no SUS no prazo de 60 dias, contados da confirmação da hipótese diagnóstica por laudo patológico. A obediência aos prazos estipulados para o diagnóstico e o início do tratamento é essencial para a reabilitação, a modalidade terapêutica a ser adotada, a expectativa de cura e a redução de óbitos e de custos do tratamento.

A Lei n. 14.238 (Estatuto da Pessoa com Câncer, 2021) elenca nos incisos I, II e III do art. 4º os direitos fundamentais de: “I) obtenção de diagnóstico precoce; II) acesso ao tratamento universal, equânime e menos nocivo; e III) acesso às informações transparentes e objetivas relativas à doença e ao seu tratamento”. É essencial para as políticas públicas que a rede pública e privada de atendimento às pacientes com câncer forneçam informações de qualidade para que o Governo Federal tenha um robusto banco de dados para atuar regionalmente. Atualmente, o sistema se mostra muito deficitário devido à falta de estrutura tecnológica de equipamentos e sistemas, à falta de pessoas capacitadas para coletar e analisar dados e à baixa qualidade das informações registradas. Na Paraíba, um estudo identificou que o maior número de casos registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes ao tempo entre o diagnóstico e o tratamento eram os designados “sem informação” em 2019 (5.547 casos – 51,28%), 2020 (2.182 casos – 32,96%) e 2021 (1.812 casos – 54,3%) (Costa et al., 2022; Pereira et al., 2023).

A incidência de câncer de mama em populações mais jovens preocupa muito porque elas estão fora do enquadramento do rastreamento, aumentando o custo psicológico, social e econômico do tratamento, e a probabilidade de óbito aumenta devido ao diagnóstico e

tratamento tardios. As pacientes estão no início da construção da vida familiar e profissional e abdicam de tudo em prol do tratamento oncológico, que frequentemente deixa sequelas físicas incapacitantes que comprometem o retorno às suas atividades profissionais, destacadamente na área privada e empreendedora e, conseqüentemente, em sua fonte de renda. Isso gera a vulnerabilidade socioeconômica, principalmente em famílias nas quais a mulher é a principal ou única provedora, o que aumenta o estresse das pacientes (Brito & Marcelino, 2014; Maieski & Sarquis, 2007; Russi & Sudbrack, 2022).

Diante desse contexto, a pesquisa teve por objetivo geral:

- Identificar o perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará que participaram da “Caminhada Outubro Rosa”, em Fortaleza, em 2023.

O tema se mostra relevante para a implementação de políticas públicas específicas para a área de saúde que trata de câncer de mama em todos os níveis governamentais do país. Segundo Telles (2023), salvar vidas economiza dinheiro público, pois com um investimento de US\$ 11,4 bilhões na prevenção de câncer haverá uma economia de US\$ 100 bilhões em custo de tratamento, além de evitar perda de produtividade, elevados custos de assistência médica especializada, renda familiar perdida, qualidade de vida reduzida, incapacidade e morte prematuras e famílias destruídas.

Este artigo se estrutura em 4 seções, além desta introdução. A primeira contempla o referencial teórico. A segunda apresenta a metodologia adotada. A terceira apresenta a análise e interpretação dos resultados. E a quarta apresenta a conclusão da pesquisa.

Referencial teórico

O panorama da neoplasia mamária feminina no Brasil: do regional ao local

A neoplasia mamária maligna, passível de acometer homens e mulheres, atinge predominantemente o sexo feminino e constitui o tipo de câncer mais comum no Brasil. Há previsão de incidência de 73.610 novos casos, a cada ano, para o triênio de 2023-2025, correspondendo a um risco estimado de 66,54 a cada 100 mil mulheres. O maior risco estimado é observado na Região Sudeste, de 84,46 por 100 mil mulheres; no Sul são 71,44 casos; no Centro-Oeste, 57,28 casos; no Nordeste, 52,20; e no Norte, 24,99 casos (INCA, 2023).

Após o câncer de pele não melanoma, com maior incidência na população brasileira, o câncer de mama feminino ocupa o segundo lugar. Segundo o INCA foram estimados 59.700 novos casos para o biênio 2018-2019, 11.860 novos casos para o Nordeste, e 2.200 novos casos para o Estado do Ceará. A partir de 2020, com a pandemia da COVID-19, as estimativas passaram a ser mensuradas por triênio. Tendo uma estimativa de 66.280 novos

casos, anualmente, no Brasil, 13.190 na Região Nordeste e 2.510 no Ceará para o triênio 2020-2022. No triênio 2023-2025 se estimava para 2024 a ocorrência de 73.610 novos casos anuais no Brasil, 15.690 no Nordeste e 3.080 no Ceará (INCA, 2016, 2018, 2019b, 2023), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Estimativa da incidência de câncer de mama, feminino, 2016-2025 – Brasil, Nordeste e Ceará

Local	2016-2017	2018-2019	2020-2022	2023-2025
Brasil	57.960	59.700	66.280	73.610
Nordeste	11.190	11.860	13.190	15.690
Ceará	2.160	2.200	2.510	3.080

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A expectativa é que 2025 termine com 654.990 casos no Brasil, 132.740 no Nordeste e 25.490 no Ceará. O crescimento do número de casos retrata a desigualdade socioeconômica da Região Nordeste, com crescimento de 40%, e do Ceará, com 43%, enquanto o Brasil apresentou um aumento de 27%.

A realidade socioeconômica do Brasil, com o impulso das mudanças nos programas de transferência pré-eleição de 2022 e no início de 2023, revela que a extrema pobreza reduziu 50,4% no pós-pandemia. Com redução de 19,2 milhões, em 2021, para 9,5 milhões, em 2023. Em 2021, 10,1 milhões de brasileiros viviam em extrema pobreza no Nordeste e 5,2 milhões ainda vivem, desde 2023, com rendimento per capita de até R\$ 209,00/mês. No Ceará houve redução de 1,4 milhões (2021) para 0,8 milhões (2023). Os principais fatores que contribuíram para a redução da extrema pobreza no Nordeste foram: Bolsa Família, melhoria no mercado de trabalho, chuvas mais regulares nos últimos anos e o reajuste real do salário mínimo (trabalhadores, aposentados do Instituto Nacional do Seguro Social [INSS] e beneficiários do Benefício de Prestação Continuada [BPC]). Ressalta-se que o Brasil, em 2023, ainda possuía 60,4 milhões de pessoas na pobreza, sendo 27,5 milhões no Nordeste e 4,5 milhões no Ceará (Carneiro, 2024).

Um outro indicador que retrata o perfil socioeconômico das portadoras de neoplasia mamária no país é a mortalidade por câncer de mama no Brasil, no Nordeste e no Ceará. De acordo com Barros et al. (2020), no período de 2005 a 2015, o Brasil contabilizou 141.168 óbitos por câncer, em média 14.100 por ano, com 139.635 óbitos de mulheres com câncer de mama (98,91%). O Nordeste apresentou 28.498 óbitos e o Ceará registrou 5.213 óbitos, representando um aumento de 92%.

No biênio 2016-2017 foi registrado no país um total de 32.790 óbitos por câncer de mama feminino, representando 28,29% do número de casos estimados para o mesmo

período. No período de 2018 a 2019 teve a ocorrência de 35.640 óbitos, com crescimento de 29,74% em relação aos casos estimados, como mostra a Tabela 2 (INCA, 2024).

Tabela 2 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres –Brasil, anual, 2015-2022

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
15 a 19	0	0	0	1	2	1	3	2	9
20 a 29	132	130	126	135	107	127	106	136	999
30 a 39	999	1.045	1.091	1.149	1.137	1.161	1.090	1.185	8.857
40 a 49	2.378	2.601	2.544	2.641	2.671	2.726	2.674	2.826	21.061
50 a 59	3.728	3.850	3.967	3.972	4.209	4.019	4.114	4.188	32.047
60 a 69	3.375	3.525	3.748	3.925	4.082	3.928	4.057	4.311	30.951
70 a 79	2.570	2.590	2.772	3.007	3.029	3.047	3.178	3.384	23.577
80 ou mais	2.221	2.326	2.475	2.742	2.828	2.814	2.917	3.071	21.394
Total	15.403	16.067	16.723	17.572	18.065	17.823	18.139	19.103	138.895

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Em 2020 houve um decréscimo de 1,34% no número de óbitos no país, em relação a 2019, que pode ser decorrente da pandemia de COVID-19, a partir de março de 2020. Pode ter ocorrido subnotificação dos óbitos por neoplasia mamária maligna ao serem considerados COVID-19. No período de 2021 a 2022, a ocorrência de óbitos retornou ao seu comportamento crescente no Brasil (37.242). Quanto à faixa etária, o destaque é para 50-59 anos, com 32.047 casos (23,07%), 60-69 anos, com 30.951 (22,28%) e 30-49 anos, com 29.918 (21,54%) (INCA, 2016, 2019a, 2024; Instituto Oncoguia, 2020).

Na Região Nordeste, no período de 2015 a 2022, o número de óbitos atingiu 22,08% dos óbitos no Brasil (30.663). Houve a manutenção do comportamento do país, com crescimento no número de óbitos de 2015 a 2019, declínio em 2020 e retomada de crescimento a partir de 2021. Quanto à faixa etária, o destaque foi para 50-59 anos, com 7.513 casos (24,5%); 30-49 anos, com 7.304 (23,82%); e 60-69 anos, com 6.308 (20,57%). No Nordeste (INCA, 2024) se destaca, em segundo lugar, o óbito das mulheres mais jovens, no entanto, a faixa etária 15-49 anos assume o primeiro lugar, com 7.540 óbitos (Tabela 3).

Tabela 3 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres – Nordeste, anual, 2015-2022

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
15 a 19	0	0	0	0	1	0	0	1	2
20 a 29	34	34	31	32	15	32	21	35	234
30 a 39	268	262	260	258	255	283	284	277	2.147
40 a 49	555	624	612	656	664	691	719	636	5.157
50 a 59	857	816	878	904	1.030	963	1.046	1.019	7.513
60 a 69	704	682	778	782	838	807	841	876	6.308
70 a 79	502	534	578	584	640	613	610	680	4.741
80 ou mais	437	480	523	591	601	618	640	671	4.561
Total	3.357	3.432	3.660	3.807	4.044	4.007	4.161	4.195	30.663

Fonte: Elaborada pelas autoras.

No Ceará, as taxas de mortalidade se comportaram como na Região Nordeste, com crescimento de 120 casos, no período de 2015 a 2019, redução de 45 casos em 2020, e retorno ao crescimento de 45 casos em 2021-2022. No período de 2015 a 2022 o número de óbitos totalizou 30.663 no Ceará, que representa 4,06% em relação ao país, e 18,39% de óbitos do Nordeste. Trata-se de um número representativo porque a Região Nordeste tem apenas 9 estados.

Quanto ao óbito por faixa etária, o destaque é para 50-59 anos, com 1.333 casos (23,63%), 30-49 anos, com 1.277 (22,64%), e 60-69 anos, com 1.157 (20,51%). O panorama do Ceará segue o da Região Nordeste, destacando-se em segundo lugar o óbito das mulheres mais jovens, como mostra a Tabela 4 (INCA, 2024). A realidade é preocupante porque as mulheres na faixa etária 15-49 anos, com 1.323 óbitos, estão fora do perfil de rastreamento.

Tabela 4 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres – Ceará, anual, 2015-2022

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
15 a 19	0	0	0	0	1	0	0	0	1
20 a 29	5	9	5	6	4	6	3	7	45
30 a 39	49	46	40	50	48	53	62	48	396
40 a 49	108	97	107	109	118	109	126	107	881
50 a 59	147	152	173	160	189	163	174	175	1.333
60 a 69	126	133	157	147	151	147	146	150	1.157
70 a 79	102	101	93	113	123	113	105	138	888
80 ou mais	101	98	99	138	124	122	124	133	939
Total	638	636	674	723	758	713	740	758	5.640

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A falta de cumprimento da legislação vigente retarda o diagnóstico e o tratamento, promove um tratamento de baixa qualidade e aumenta tanto o número de óbitos quanto o sofrimento da paciente nas dimensões psíquica, emocional, física, social e econômica (Lima et al., 2020).

A luta incansável das mulheres com câncer de mama no Brasil: do rastreamento ao tratamento

O câncer de mama feminino tem fases importantes a serem acompanhadas, com rigor, porque o transcurso do tempo é muito relevante para o agravamento do quadro clínico.

Todas as fases são essenciais para reduzir o número de óbitos, mas a prevenção deveria ser a principal meta do governo (Quadro 1).

Quadro 1 – Fases da neoplasia mamária feminina

Fases	Descrição
Prevenção	A recomendação do Ministério da Saúde, no Brasil, é realizar o rastreamento com o exame de mamografia bianual para mulheres da faixa etária 50-69 anos.
Diagnóstico	Nesta fase a paciente necessita de médico com especialidade em mastologia e a realização de exames específicos para a confirmação/identificação do tipo de câncer.
Tratamento	É a fase em que a paciente inicia o tratamento com o médico oncologista para tratar a doença.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na prática, a “prevenção” tem início com o rastreamento do câncer de mama, quando a mulher com enquadramento de idade, acima de 50 anos, comparece a uma unidade básica de saúde (UBS) para consulta ou exame clínico com o médico clínico geral ou a enfermeira.

O rastreio do câncer de mama, segundo Oliveira et al. (2011), tem um perfil socioeconômico, identificado no período de 2003 a 2008, e a realização de mamografia é maior na faixa etária 50-69 anos, aumenta com a renda familiar e a escolaridade, no estado civil casada e entre as mulheres que consultaram médico e têm plano de saúde. Residir em área metropolitana triplica a possibilidade de realizar mamografia. O resultado desse estudo sugere que a ampliação do acesso à mamografia está mais ligada às políticas de aumento de renda e inclusão social e à ampliação da oferta de exames na rede pública e conveniada do que ao aumento do número de mamógrafos (Oliveira et al., 2011).

Diversos estudos têm convergido ao documentar a expansão do câncer de mama feminino na população mais jovem. Mourão et al. (2008, p. 47) relataram essa mudança nos padrões de incidência no Ceará ao afirmarem que “a incidência do câncer de mama

está aumentando em pessoas com idades inferiores a 50 anos, que é mais prevalente em uma população composta por usuários do serviço público e de baixa escolaridade”, destacando-se 37,4% da amostra. Barros et al. (2020) apresentam a tendência de crescimento do número de óbitos no Ceará (1.453), no Nordeste (8.141) e no Brasil (34.751) na faixa etária 15-49 anos no período de 2005 a 2015.

A faixa etária e a periodicidade recomendada se refletem no elevado número de diagnósticos avançados da doença anualmente, nas projeções crescentes de casos e no aumento progressivo de óbitos registrados (I. R. Barbosa et al., 2015; Barros et al., 2020; Costa et al., 2022; INCA, 2015; Mourão et al., 2008). Pereira et al. (2023, p. 3) também destacam “maiores gastos com internações hospitalares, diminuição da sobrevida, procedimentos cirúrgicos mais radicais”.

Em 2013 se evidenciou uma cobertura do exame de mamografia em nível nacional de 60% e de 41,1% no Ceará (Freitas et al., 2016). Segundo Pereira et al. (2023), no período entre janeiro de 2013 e dezembro de 2021 foram registradas 19.188.002 mamografias no Brasil. Houve um destaque em 2019, com 3.063.618 exames. Foi constatado que entre 2016 e 2017 houve uma ascensão na Região Nordeste, que passou a ser a segunda região que mais realizou mamografias, atrás apenas do Sudeste.

Após a declaração da pandemia de COVID-19, em 30 de março de 2020, o Ministério da Saúde emitiu uma nota técnica adiando os exames de rastreamento de câncer de mama para depois dessa pandemia (INCA, 2020b). Desse modo, a suspensão do rastreamento promoveu um represamento no diagnóstico precoce, provocando aumento do número de mulheres com câncer em estágio avançado. Em São Paulo, o Hospital Israelita Albert Einstein registrou uma queda de 83,9% no número de mamografias, no primeiro período de 2020, em relação a 2019. O diagnóstico de lesões malignas em 2020 foi inferior ao de 2019 (Tachibana et al., 2021).

No Brasil, não existe uma base de dados que possibilite medir o impacto do represamento dos diagnósticos durante a pandemia de COVID-19 na mortalidade da população feminina com câncer de mama. No entanto, uma projeção realizada nos Estados Unidos da América (EUA) estimou que, até 2030, os modelos projetam um excesso cumulativo de mortes por câncer de mama relativo à redução do rastreamento (Alagoz et al., 2021).

Dentre as pacientes entrevistadas, 71,6% iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias, previsto na Lei dos 60 Dias (2012). De acordo com Sousa et al. (2019), as falhas mais comuns no itinerário terapêutico pelo SUS são o diagnóstico e a demora no início do tratamento. Identificou-se em Teresina-PI uma média de 275,1 dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico da neoplasia mamária feminina. E o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 112,7 dias.

Os estudos também identificaram uma correlação entre as variáveis detecção da doença e início tardio do tratamento mediante o percentual de pacientes diagnosticadas com a doença em estágios mais avançados. A celeridade do diagnóstico e do tratamento contribuem com a redução do número de óbitos, os tratamentos menos invasivos, a melhor qualidade de vida das pacientes oncológicas e a redução dos custos para o SUS (Y. C. Barbosa et al., 2018; Oliveira et al., 2011; Sousa et al., 2019). Corroborando os resultados, Costa et al. (2022) identificaram na Paraíba uma preponderância do estadiamento 3 em 1.219 casos, em 2019; em 2020, os casos totalizaram 1.243; e em 2021 houve 317 casos.

O contexto socioeconômico das mulheres com câncer de mama de Brasil

No Brasil, cresce o número de diagnósticos obtidos tardiamente, com morbidade intrínseca, propiciando menor expectativa de vida para as pacientes e gerando custos substancialmente mais elevados para o SUS. Além de mudanças dolorosas na vida das mulheres, como alterações da autoimagem (perda de cabelos, cílios e sobrancelhas [alopecia]), mastectomia de mama; inchaço devido aos tratamentos etc.); da autoestima (aparência, principalmente para as mulheres jovens ou casadas); comprometimento da sexualidade (efeitos colaterais dos tratamentos); estado psíquico (lidar com as situações de dor e morte); perdas econômicas e preocupação com a sobrevivência familiar durante tratamento com medicamentos e exames caros, as carências estrutural e financeira do SUS e os preços proibitivos dos planos de saúde privados impedem o tratamento tempestivo (Alcântara et al., 2022; Mascarenha et al., 2021).

Tendo por base esse panorama, mostra-se relevante discorrer a respeito do processo de crescimento da chefia feminina nos arranjos familiares. Segundo Cavenaghi e Alves (2018), o percentual de famílias chefiadas por mulheres se elevou de 27,4%, em 2001, para 40,5%, em 2015. Por outro lado, Souza et al. (2020) explicam que a hipótese dessa chefia feminina estar conjugada a baixa escolaridade, falta de trabalho e presença de criança no domicílio aumenta as chances da mulher estar inserida nas camadas mais pobres da sociedade, um fenômeno denominado “feminização da pobreza”, que é multifatorial e multifacetado (Macedo, 2008).

Frazão e Skaba (2013) relataram a situação socioeconômica de pacientes com neoplasia maligna de mama no Hospital do Câncer (HC III), do INCA, na cidade do Rio de Janeiro, em 2012, e concluíram que o papel central da mulher no ambiente doméstico e a “feminização da pobreza” figuraram como potenciais agravantes durante o tratamento com quimioterapia neoadjuvante. As 10 entrevistadas tinham idades entre 24 e 76 anos, destacando-se a faixa etária 47-59 anos, as solteiras, as viúvas e as casadas, todas com filhos. Quanto à empregabilidade, 1 era aposentada por tempo de serviço, 3 estavam

empregadas, 2 eram autônomas e 4 atuavam na informalidade. As mulheres chefiavam o lar, eram provedoras financeiras e necessitavam abdicar do trabalho em prol do tratamento, resultando no aumento da vulnerabilidade socioeconômica, a qual se evidencia no depoimento de uma das pacientes: “passamos por um perrengue danado. Tem dia que os vizinhos que me dão dinheiro pra vir pro médico. Que eu ainda não consegui fazer o cartão de passagem, nem do auxílio-doença” (Frazão & Skaba, 2013, p. 431). A maioria sobrevivia com 1 salário mínimo e o auxílio de familiares. As respondentes habitavam sozinhas, com filhos, companheiro ou marido e familiares. Quanto ao grau de escolaridade, 1 possuía nível superior, 6 não concluíram o ensino fundamental e 3 cursaram o ensino médio incompleto.

Desse modo, em muitas situações, a condição de vulnerabilidade econômica determina a vida ou a morte da portadora de neoplasia mamária, ressaltando-se 3 fatores: a) falta de capacitação profissional da equipe multidisciplinar atuante nas UBS; b) falta de recursos financeiros e de estrutura no SUS para priorizar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de câncer; e c) vulnerabilidade socioeconômica das pacientes, agravada durante o tratamento oncológico e impeditiva ao acesso pleno e contínuo aos meios adequados de tratamento (Y. C. Barbosa et al., 2018; Figueiredo et al., 2021; Frazão & Skaba, 2013; Vassilievitch et al., 2020).

Campello et al. (2014) explica que, no âmbito da desigualdade social do Brasil, mostra-se necessário adotar um modelo mais efetivo e desburocratizado nas políticas públicas. Essa conjuntura demanda do Estado o reconhecimento de prioridade, o cumprimento legal dos direitos sociais da pessoa com câncer e a concessão simplificada de benefícios financeiros que auxiliem na jornada de tratamento.

Estudos anteriores

O câncer de mama feminino é prolífero em pesquisas científicas sob diversas percepções. Há diversos estudos pelo Brasil, um país continental, com diversidade regional, mas a incidência do câncer de mama feminino é predominante em 4 de suas 5 regiões.

O estudo de Santos et al. (2022), realizado com 18.890 mulheres, no Hospital do Câncer III do INCA, na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2016, constatou prevalência de diagnóstico de câncer de mama em estágios avançados: estadiamento II (39,16%) e III (33,23%), em mulheres nas faixas etárias 50-59 anos (27,19%), 40-49 anos (23,81%), 20-39 anos (10,23%), com 46,67% de mulheres de raça/cor da pele preta ou parda, 53,36% delas viviam sem companheiro(a), 42,77% tinham como escolaridade o Ensino Fundamental incompleto e 66,16% faziam seu tratamento pelo SUS.

Ribeiro e Fortes (2021) realizaram um estudo comparativo no Hospital de Clínicas de Passo Fundo-RS, com 12 mulheres em 2009 e 49 mulheres em 2019. Em 2009, constatou-se um perfil etário de 54 a 64 anos; quanto à cor/raça, destacou-se a cor branca

(91,7%), seguida pela parda (8,3%). O principal município de residência das pacientes foi Marau (66,7%) e Passo Fundo, Lagoa Vermelha e Soledade tiveram 8,3% cada. Quanto ao perfil epidemiológico, quantificaram-se as mulheres sem histórico familiar (58,3%) e com histórico familiar (16,7%). Os tipos de neoplasia mamária diagnosticadas foram luminal híbrido (33,3%), luminal A (16,7%), luminal B (16,7%) e triplo negativo (8,3%). Quanto ao estadiamento da doença, quantificaram-se o estágio II (33,3%), o estágio I (16,7%) e o estágio III (16,7%). Quanto ao tratamento quantificaram-se a cirurgia, quimioterapia e radioterapia (58,3%) e a quimioterapia e cirurgia (41,7%). Em 2019, o perfil de idade foi acima de 60 anos, com destaque para a cor branca (91,8%) e 8,2% da parda. Houve alteração no município de residência das pacientes, com destaque para Passo Fundo (32,7%), seguido por Lagoa Vermelha (8,2%). No perfil epidemiológico, o histórico familiar apresentou alteração, com 46,9% sem histórico familiar e 46,9% com histórico familiar. Quanto aos tipos de neoplasia mamária diagnosticadas também houve alteração no perfil, com destaque para o luminal B (51%), seguido por luminal A (16,3%), luminal híbrido (14,3%) e triplo negativo (4,1%). Quanto ao estadiamento, quantificaram-se o estágio II (32,7%) e os estágios I e III (20,4% cada). Quanto ao tratamento houve alteração nos tipos: as pacientes realizaram cirurgia, quimioterapia e radioterapia (34,7%), quimioterapia e cirurgia (32,7%), quimioterapia (12,2%), radioterapia e cirurgia (8,2%) e cirurgia e quimioterapia e radioterapia (6,1%).

Em um estudo realizado em 2 ambulatorios de oncologia em Aracaju-SE, em 2014 e 2015, com 206 mulheres em tratamento de quimioterapia, com câncer de mama com estadiamento III (44,2%), 60,2% afirmaram não terem obtido o diagnóstico após um período superior a 12 meses e apresentavam um quadro de metástase e 82% delas utilizavam a rede pública de saúde para o tratamento do câncer. O perfil de local de moradia era o Estado de Sergipe, na zona urbana (83,5%). A maioria das pacientes estava na faixa etária 51-55 anos, tinha pele parda e o estado civil de casada, elas tinham de 1 a 3 filhos (62,6%) e sua escolaridade predominante era o Ensino Médio completo (36,9%). O tratamento quimioterápico afetou o aspecto socioeconômico das pacientes, com média de 61,32% apresentando o subsintoma “dificuldades financeiras”, confirmando que fatores socioeconômicos e demográficos interferem de modo incisivo na qualidade de vida das mulheres com câncer (Vassilievitch et al., 2020).

O estudo de Sousa et al. (2019) avaliou 155 pacientes mulheres portadoras de câncer de mama que realizaram o tratamento no período de 2016 a 2017 no Centro de Assistência de Alta Complexidade e Oncologia (Cacon) e em uma das Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), localizados em Teresina-PI. Quase metade das pacientes entrevistadas (45%) apresentaram estágios avançados de carcinoma mamário nos estágios IIIA, IIIB, IIIC ou IV, fato atribuível ao enorme atraso observado nas 2 fases mais importantes e determinantes para o bom prognóstico da paciente oncológica: a) diagnóstico precoce; e b) início do tratamento após a confirmação da patologia.

Cavalcante et al. (2021) realizaram um estudo no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, com amostra de 159 prontuários de pacientes mulheres, diagnosticadas com câncer de mama, em 2018. Quanto à faixa etária destacaram-se 20-49 anos (34,6%) 50-59 anos (31,5%). Em relação ao estado civil, 39% eram solteiras, 38,4% casadas e 11,3% viúvas. Quanto à raça/cor 81,8% das mulheres eram pardas, 10,1% eram brancas e apenas 1,9% eram pretas. Em relação à escolaridade, 22,2% tinham Ensino Fundamental incompleto e 18,9% tinham Ensino Médio completo.

Assis et al. (2019) realizou um estudo no Estado da Bahia para analisar o perfil sociodemográfico do câncer de mama de 22.711 mulheres diagnosticadas no período de 2013 a 2018. Constatou-se aumento de pacientes diagnosticadas com câncer de mama nas faixas etárias 50-59 anos (27,1%), 40-49 anos (26,1%) e 30-39 anos (11,8%), confirmando o aumento do número de casos em mulheres mais jovens. Quanto à raça/cor, destacou-se a cor parda (70,7%) e a preta (11,4%). Quanto aos óbitos, destacaram-se as faixas etárias 20-49 anos (2,2%) e 50-59 anos (2,1%). Quanto à raça/cor destacaram-se a parda (4,7%) e a preta (0,9%). O diagnóstico de câncer por municípios é predominante em Salvador (71,2%), pois os pacientes são direcionados à capital por falta de equipamentos e profissionais especializados para realizar o tratamento.

Os estudos retratam a convergência geral no país no que tange a faixa etária, prazo de diagnóstico e início de tratamento, com algumas diferenças entre os resultados em decorrência do recorte da amostra, do tipo de técnica de coleta e análise e dos perfis das amostras que retratam sua regionalidade no âmbito socioeconômico.

Metodologia

A pesquisa teve por objeto de estudo o perfil socioeconômico e epidemiológico de mulheres com câncer de mama no Estado do Ceará que participaram da “Caminhada Outubro Rosa 2023”, em Fortaleza.

Metodologicamente, trata-se de pesquisa descritiva, pois descreve as características do objeto. A análise da dificuldade de acesso das portadoras de neoplasia mamária ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, a partir do perfil socioeconômico, caracteriza uma abordagem qualitativa. E o uso da estatística descritiva caracteriza uma abordagem quantitativa (Gil, 2019).

Quanto aos delineamentos, a pesquisa é bibliográfica, documental e survey (Gil, 2019). A pesquisa bibliográfica contemplou os direitos adquiridos em legislação para portadoras de neoplasia mamária, destacando-se os estudos anteriores sobre o tema. A pesquisa documental foi de fonte primária e pública, constituída prioritariamente de normalização federal e dados públicos do INCA. O survey foi aplicado às participantes da “Caminhada Outubro Rosa”, realizada em em 23/10/2023, que integravam as seguintes associações:

Amar (Fortaleza-CE), Deusas da Mama (Maranguape-CE), Guerreiras do ICC (Fortaleza), Lua Rosa (Fortaleza), Mulheres Guerreiras (Quixadá-CE), Associação Nossa Casa de Apoio à Pessoas com Câncer (Fortaleza), Rede Mama – pacientes metastáticas (São Paulo-SP) e Associação Rosa Viva (Fortaleza), bem como o grupo de WhatsApp Pérolas Rosas (Fortaleza). A amostra totalizou 51 respondentes. O pré-teste foi realizado em 2022 com 20 participantes do grupo social de WhatsApp Pérolas Rosas (Gil, 2019).

A coleta de dados utilizou a técnica de questionário, do tipo longo, com perguntas fechadas (binárias, múltipla escolha e caixa de seleção) e abertas, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Parecer UFC/CEP nº. 5.456.948, de 30.09.2022, estruturado em duas dimensões: a) perfil socioeconômico; e b) perfil epidemiológico. O questionário foi elaborado no Google Forms e aplicado em duas modalidades, de acordo com a opção da respondente. A primeira, com papel impresso, na modalidade presencial; e a segunda, on-line, com o envio de link de acesso gratuito no WhatsApp, no mês de outubro/2023. A análise de dados recorreu à técnica de análise descritiva (Gil, 2019). Alguns questionários impressos foram excluídos, quando não houve preenchimento dos respectivos campos de resposta.

Análise e interpretação de resultados

A análise e interpretação dos resultados foi estruturada conforme o questionário, em 2 dimensões: a) perfil socioeconômico; e b) perfil epidemiológico.

O resultado da primeira dimensão indica que a faixa etária predominante na amostra é 50-69 anos (48,98%), seguida por 31-49 anos (48,98%), como mostra a Tabela 5. Corrobora as políticas públicas de rastreamento de câncer de mama, do Ministério da Saúde, mas apresenta um elevado percentual de mulheres na faixa etária 31-49 anos.

Tabela 5 – Faixa etária, portadoras de neoplasia mamária – Ceará, 2023

Faixa etária	Montante*	%
31- 49 anos	24	48,98%
50-59 anos	17	34,69%
60-69 anos	7	14,29%
70-74 anos	1	2,04%
Total	49	100,00%

* Foram excluídos dois questionários.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O resultado corrobora Assis et al. (2019), Cavalcante et al. (2021), Mourão et al. (2008) e Oliveira et al. (2011), em linha com a normalização no que tange à faixa etária, mas se destacam as mulheres jovens, que, por estarem fora da faixa etária prevista na legislação, têm maior propensão a serem diagnosticadas em estadiamento mais grave, aumentando a morbidade, os custos do tratamento e a probabilidade de óbito (Pereira et al. 2023).

Quanto ao estado civil, 52,94% das respondentes eram casadas e 43,14% tinham 2 filhos. A maioria habita em lares com 3 a 4 habitantes por residência (54,9%), seguida por 21,57% de domicílios com 2 habitantes. Quanto à propriedade do imóvel, 62,75% possuem imóvel próprio e 15,69% (cada), imóvel financiado ou imóvel alugado. Destacam-se 68,63% que residem em Fortaleza, seguidas por moradoras de Maranguape, Pacatuba, Quixadá e Eusébio. Corroborando Oliveira et al. (2011) e Vassilievitch et al. (2020), as mulheres residentes na capital e na área metropolitana têm maior acesso à prevenção, ao diagnóstico e aos tratamentos. E 35,29% se deslocam até unidade de saúde especializadas, corroborando Assis et al. (2019).

Quanto à escolaridade, 60,78% das respondentes concluíram o Ensino Superior, 25,49% concluíram o Ensino Médio, 3,92% não concluíram o Ensino Superior e 9,8% não concluíram o Ensino Fundamental ou o Ensino Médio. Corroborando Oliveira et al. (2011), a escolaridade influencia de modo positivo as 3 fases da neoplasia mamária feminina. Quanto à comunicação, fator relevante para se cadastrar, agendar e se comunicar com a cadeia de serviços de saúde, principalmente durante a pandemia de COVID-19, constatou-se que todas as respondentes (100%) tinham acesso à internet, 45,1% tinham pacote de internet em casa (23) e 19,61% tinham pacote de internet em casa e pacote móvel pré-pago no celular.

Quanto à atividade profissional, antes do início do tratamento, 50,98% afirmaram que apenas trabalhavam e 25,49% estudavam e trabalhavam. As demais eram donas de casa, donas de casa e trabalhavam, desempregadas ou apenas estudavam.

A renda familiar predominante (29,41%) foi de mais de 4 salários mínimos (R\$ 1.320,00), seguida por até 1 salário mínimo (19,61%), e as famílias que recebiam entre 2 e 3 salários mínimos e entre 3 e 4 salários mínimos representaram 17,65% cada. Dentre as 51 respondentes, 72,55% não recebiam ajuda financeira de terceiros e 27,45% recebiam ajuda familiar, de amigos ou do governo. Corroborando Cavenaghi e Alves (2018) e Frazão e Skaba (2013), as mulheres com menor renda são mães e chefiam as famílias.

Durante o tratamento, 64,71% das respondentes não trabalharam e 35,29% trabalharam. A perda da ocupação durante o tratamento acarreta vulnerabilidade financeira e, consequentemente, biopsicossocial e econômica para as mulheres com neoplasia mamária. Quanto à atuação profissional, 48,98% tinham emprego formal e atuavam nos setores público ou privado ou no chamado terceiro setor e 36,73% desempenhavam atividades laborais informais. Havia, ainda, 3 mulheres aposentadas e 4 que não trabalhavam. As

respondentes com enquadramento no trabalho informal não possuem amparo profissional, apenas previdenciário. Após o tratamento, 39,22% das mulheres apenas trabalharam, seguidas pelas chamadas “donas de casa” (25,49%) e as que “estudam e trabalham” (11,76%), corroborando Vassilievitch et al. (2020).

Quanto aos meios financeiros durante o tratamento, 26% obtiveram o benefício da licença para tratamento de saúde oferecida aos servidores públicos, 18% tiveram licença pelo INSS, 18% não obtiveram licença, pois estavam desempregadas, e 16% afirmaram não terem obtido licença em virtude de serem trabalhadoras informais. Dentre as 11 mulheres que exerceram atividades durante o tratamento, 4 informaram que estavam em condições de trabalhar e 7 justificaram por terem medo de perder o emprego, pelo INSS não ter liberado benefício e por serem empreendedoras, corroborando Frazão e Skaba (2013).

Há 4 cenários financeiros predominantes na amostra: a) respondentes que trabalham e que durante o tratamento tiraram licença para tratamento de saúde (24%); b) respondentes que não trabalham e a família custeava seu tratamento e mantém a casa (18%); c) respondentes que trabalham ou que trabalharam durante o tratamento porque precisavam custear as despesas da casa e do tratamento (14%); e d) respondentes que foram aposentadas devido a incapacidade permanente para o trabalho decorrente da neoplasia mamária (14%).

Na segunda dimensão se analisou o perfil epidemiológico das mulheres. Quanto ao período de diagnóstico de câncer de mama da amostra, entre 1998 e 2023, destaca-se o período 2020-2023, com 45,1% das mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária. Considerando o número de 21 casos no período de 2011 a 2019 (41,18%), houve um crescimento de 156% durante a pandemia de COVID-19 para a amostra. A pandemia da COVID-19 foi declarada no Ceará em março de 2020 e teve como períodos críticos 2020 e 2021. Em 2022 foram diagnosticados 6 casos e em 2023, 5 casos. Apesar de não ser um período crítico, ainda persistia a pandemia (2020-2023), corroborando Costa et al. (2022) e Figueiredo et al. (2021), que identificaram queda no número de diagnósticos em 2020 e 2021 e posterior aumento da retenção.

A amostra apresenta um perfil de 86,27% das mulheres sem metástase e 13,73% metastáticas. Os diagnósticos de metástase ocorreram, predominantemente, nos linfonodos axilares, nos ossos, no fígado, no cérebro e nos pulmões.

O tipo de neoplasia predominante, de acordo com a classificação molecular, imunohistoquímica e histológica, é o triplo negativo carcinoma ductal invasivo, com 49,02% dos casos, seguido pelo carcinoma ductal in situ, com 31,37% dos casos, e o HER 2 positivo, com 13,73% dos casos. As pacientes não sabiam identificar a classificação completa. O resultado não corrobora Ribeiro e Fortes (2021), que destacaram o tipo luminal.

Quanto ao tratamento do câncer de mama, destacam-se 60,78% dos respondentes em remissão e 21,57% em tratamento. Existiam, ainda, 11,76% das mulheres em metástase,

3,92% em acompanhamento (até 5 anos após o fim do tratamento) e 1,96% classificadas em “outros”. As pacientes metastáticas tiveram o diagnóstico de neoplasia primária em 2019 (3,92%), 2018 (1,96%), 2017 (3,92%), 2016 (1,96%) e 2014 (1,96%).

Ao iniciarem o tratamento, as respondentes informaram que se submeteram, em média, a pelo menos 3 modalidades terapêuticas diferentes: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Destacaram-se 27,45% das mulheres que precisaram fazer cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia; 25,49% realizaram cirurgia, quimioterapia e radioterapia; 9,8% se submeteram a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapia-alvo, confirmando o diagnóstico em estágio avançado; e 7,84%, cada, realizaram tratamento de hormonioterapia ou imunoterapia. A quantidade de modalidades terapêuticas e o número de metástases confirmam o estágio avançado do câncer durante o diagnóstico, corroborando Costa et al. (2022) e Ribeiro e Fortes (2021).

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, destacou-se a cirurgia de mastectomia mamária (62,75%). As mastectomias mamárias tiveram variações no aspecto da reconstrução: com expensor para reconstrução posterior, com reconstrução imediata, com expensor e com reconstrução concluída, além de com esvaziamento axilar e sem reconstrução. E 33,33% foram tratadas apenas com o quadrante, ao passo que 1,96% apenas com a retirada do nódulo. Houve 1,96% de casos de cirurgia de ovário/fêmur, decorrentes de metástase.

A maioria das respondentes (56,86%) afirmou ter realizado o tratamento apenas utilizando o plano de saúde e 29,41% realizaram o tratamento exclusivamente no SUS. Nas demais situações, utilizaram múltiplas formas de tratamento: SUS ou plano de saúde (5,88% cada); e plano de saúde ou atendimento particular (sistema de desembolso direto), plano de saúde, iniciar no SUS e mudar para o plano de saúde, iniciar em atendimento particular e mudar para o SUS ou SUS, consulta particular e exames com plano de saúde (1,96% cada). A realização da mastectomia por plano de saúde alcançou 62,72% das respondentes, 29,4% realizaram pelo SUS, 3,92% recorreram a atendimento particular e 1,96% a plano de saúde. Houve 1,96% dos questionários com essa resposta em branco e não se corroborou o estudo de Santos (2022), que destacou o tratamento realizado pelo SUS.

Quanto ao local de tratamento, as respondentes escolheram as clínicas particulares (47,04%), de acordo com o plano de saúde. E 49% das respondentes foram tratadas em hospitais que atendem o SUS e planos de saúde, com destaque para: Instituto do Câncer do Ceará (ICC) (37,24%), Centro Regional Integrado de Oncologia (Crio) (9,8%), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) (1,96%), Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) (1,96%) e Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (1,96%). Essa questão não foi respondida por 3,92% das respondentes.

O tratamento de câncer de mama pode provocar inúmeras deficiências nas mulheres. A pesquisa mostra que 53% delas não apresentaram deficiências e 47% adquiriram deficiências. As principais deficiências citadas foram: dificuldade de locomoção, dores no

braço após a retirada de linfonodos, osteoporose, dor crônica, cansaço pulmonar, neuropatia periférica nos pés e monoparesia no membro superior esquerdo.

Houve 74,48% de relatos de sequelas físicas do tratamento oncológico. Em 33,32% dos casos as mulheres foram impactadas apenas durante a realização de suas “atividades diárias” e 29,4% afirmaram que essas sequelas impactaram “pouco” a sua rotina laboral, de modo que trabalharam sem dificuldade; além disso, 7,68% das respondentes relataram trabalhar com “razoável” dificuldade e 3,84% afirmaram que a sua capacidade laboral anterior foi “bastante” comprometida, a ponto de terem necessitado mudar de atividade, pois não conseguiam exercer a mesma atividade após o tratamento oncológico. Esses resultados corroboram Brito e Marcelino (2014) e Maieski e Sarquis (2007).

Conclusão

A Administração Pública abrange múltiplas áreas no país, nos estados e nos municípios. Uma dessas áreas é a Gestão em Saúde, que abrange as políticas públicas para o câncer em todos os níveis, no entanto, há carência de recursos financeiros, infraestrutura, capacitação profissional, tecnologia e de presença do SUS, com equidade, no território brasileiro. O custo social e econômico do câncer é muito elevado para o(a) paciente, a família e o Estado. A neoplasia mamária feminina é o tipo de câncer com maior incidência no Brasil, exceto na Região Norte, constituindo a segunda maior causa de óbitos por câncer na população feminina, depois do câncer de pele não melanoma.

Apesar da legislação vigente desde 2012 sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o número de casos e óbitos no país, na Região Nordeste e no Ceará só cresce, com exceção do período crítico da COVID-19 (2020-2021), em que os casos ficaram retidos, contribuindo com um contexto pior tanto durante o restante da pandemia (2022-2023) quanto no pós-pandemia. A prevenção apresenta um grave problema: concentra-se na faixa etária a partir de 50 anos e com acompanhamento bianual, ao passo que há um novo perfil, com idade inferior a 50 anos e tipos de câncer mais agressivos. Logo, as mulheres jovens com detecção tardia da doença aumentam o custo biopsicossocial e financeiro do tratamento, bem como o número de óbitos. Os prazos legais previstos para o diagnóstico (30 dias) e o início do tratamento (60 dias) também não são cumpridos, o que contribui com o estadiamento avançado da doença. Como esses prazos são aplicáveis ao SUS, constata-se que as mulheres socioeconomicamente mais vulneráveis (pobreza e extrema pobreza) são as mais acometidas pela doença e pela morte.

Na dimensão socioeconômica, a pesquisa constatou que as mulheres se encontram na faixa etária 50-69 anos (48,98%), seguida por 31-49 anos (48,98%); elas são casadas (52,94%), têm em média dois filhos (43,14%), residem em lares com 3 a 4 habitantes (54,9%),

possuem imóvel (62,75%), residem na capital do estado (68,63%), têm escolaridade de nível superior (60,78%) ou não concluíram o Ensino Fundamental ou o Ensino Médio (9,8%). Todas têm acesso à internet (100%). Antes do tratamento, 50,98% afirmaram que apenas trabalhavam. A renda familiar predominante foi de mais de 4 salários mínimos (29,41%), seguida por 1 salário mínimo (19,61%). Quanto à ajuda financeira, 72,55% não receberam e 27,45% recebem ajuda familiar, de amigos ou do governo. Durante o tratamento, 64,71% não trabalharam e 35,29% trabalharam por necessidade financeira e medo de perder o emprego. A assistência financeira com o afastamento laboral foi obtida por 26% com licença para tratamento de saúde e 18% tiveram licença pelo INSS, enquanto 34% não obtiveram licença porque estavam desempregadas ou são trabalhadoras informais.

Na segunda dimensão, o perfil epidemiológico mostrou que o período de diagnóstico do câncer de mama feminino da amostra foi de 1998 a 2023, com destaque para 2020-2023 (45,1%). A metástase atingiu 13,73% da amostra, entre 2014-2019, e 86,27% não apresentaram metástase. O tipo de neoplasia predominante, de acordo com a classificação molecular, imunohistoquímica e histológica, é carcinoma ductal invasivo triplo negativo, com 49,02%, seguido pelo carcinoma ductal in situ (31,37%). Quanto ao tratamento, destacam-se 60,78% em remissão e 21,57% em tratamento. O tratamento contemplou, em média, pelo menos 3 modalidades terapêuticas diferentes: mastectomia, quimioterapia e radioterapia. O tratamento foi realizado por 56,86% utilizando apenas o plano de saúde e 29,41% exclusivamente no SUS. Quanto às sequelas pós-tratamento, 74,5% relataram inúmeras deficiências que afetaram a vida pessoal e profissional.

A expectativa é de que esta pesquisa venha a contribuir com o arcabouço acadêmico sobre o tema, impactando a melhoria das políticas públicas voltadas ao câncer de mama feminino e incentivando novas pesquisas em outros recortes geográficos. Nossa principal limitação foi a dificuldade de contactar os elementos da amostra.

Para futuras pesquisas se sugere um estudo comparativo entre o acesso ao diagnóstico e ao tratamento via SUS e plano de saúde, com vistas a analisar o cumprimento dos prazos legais.

Referências

- Alagoz, O., Lowry, K. P., Kurian, A. W., Mandelblatt, J. S., Ergun, M. A., Huang, H., Lee, S. J., Schechter, C. B., Tosteson, A. N. A., Miglioretti, D. L., Trentham-Dietz, A., Nyante, S. J., Kerlikowske, K., Sprague, B. L., & Stout, N. K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer mortality in the US: Estimates from collaborative simulation modeling. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(11), 1484-1494.
- Alcântara, R. G., Milagres, C. M., & Santana, S. P. (2022). Jornada da paciente e levantamento dos custos do acompanhamento do câncer de mama inicial e metastático no Sistema Único de Saúde

(SUS). *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 14(1), 51-55.

Assis, E. A., Luz Barreto, M., & Lima, K. B. E. (2019). Perfil sociodemográfico do câncer de mama na Bahia nos anos de 2013 a 2018. *Textura*, 13(21), 104-113.

Barbosa, I. R., Costa, I. D. C. C., Pérez, M. M. B., & Souza, D. L. B. (2015). Mortalidade por câncer de mama nos estados do nordeste do Brasil: tendências atuais e projeções até 2030. *Revista Ciência Plural*, 1(1), 4-14.

Barbosa, Y. C., Rabêlo, P. P. C., Aguiar, M. Í. F., Azevedo, P. R., & Cortês, L. S. L. (2018). Detecção precoce do câncer de mama: como atuam os enfermeiros da atenção primária à saúde? *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 21(3), 375-386.

Barros, L. O., Menezes, V. B. B., Jorge, A. C., Morais, S. S. F., & Gurgel Carlos Silva, M. G. C. (2020). Mortalidade por câncer de mama: uma análise da tendência no Ceará, Nordeste e Brasil de 2005 a 2015. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.740>

Brito, J. S., & Marcelino, J. F. Q. (2014). Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(3), 473-485.

Campello, T., Falcão, T., & Costa, P. V. (Orgs.). (2014). *O Brasil sem miséria*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Carneiro, L. (2024, 9 de julho). Nordeste responde por metade da queda da extrema pobreza do país. *Valor Econômico*. <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2024/07/09/nordeste-responde-por-metade-da-queda-da-extrema-pobreza-no-pais.ghml>

Cavalcante, J. A. G., Batista, L. M., & Assis, T. S. (2021). Câncer de mama: perfil epidemiológico e clínico em um hospital de referência na Paraíba. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, 20(1), 17-24.

Cavenaghi, S., & Alves, J. E. D. (2018). *Estudos sobre seguros: mulheres chefes de família no Brasil*. (No. 32). Escola Nacional de Seguros.

Chen, S., Cao, Z., Prettner, K., Kuhn, M., Yang, J., Jiao, L., Wang, Z., Li, W., Geldsetzer, P., Bärnighausen, T., Bloom, D. E., & Wang, C. (2023). Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncology*, 9(4), 465-472. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826>

Colégio Brasileiro de Radiologia. (2020). *Orientações para agendamento dos exames de imagem da mama durante a pandemia de COVID-19*. CBR.

Costa, G. L., Araújo Nóbrega, T. M., Queiroz, A. D. M., Leandro, G. M. D. S. M., & Maia, F. A. R. (2022). O impacto da pandemia de COVID-19 no diagnóstico de cânceres no Estado da Paraíba. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (6), e9711628551.

Figueiredo, B. Q., Souza, A. C. B., Machado, B. G., Siqueira, C. A., Alves, G. A. B., Carvalho, J. P. M., Moreira, L. S. B.; Ferreira, L., Neto, Milagre, M. D., & Baliano, M. L. (2021). Queda no número de diagnósticos de cânceres durante pandemia de COVID-19: estadiamento e prognóstico prejudicados. *Research, Society and Development*, 10(11), e273101119762.

Frazão, A., & Skaba, M. M. F. V. (2013). Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3), 427-435.

-
- Freitas, J. A., Oliveira, B. G. P., Ferreira, H. H., Santo, S. R. E., & Santos, R. H. (2016). Análise do índice de cobertura da mamografia em mulheres entre 50 e 60 anos, por nível de ensino, segundo unidade de federação. *Revista de Medicina da UFC*, 56(1), 14-17.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa Social*. (7a ed.). Atlas.
- Instituto Nacional de Câncer. (2015). *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2016). *Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2018). *Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2019a). *A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2019b). *Estimativa 2020: incidência do câncer no Brasil*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2020a). *Nota técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30.3.2020. Detecção precoce de câncer durante a pandemia de COVID-19*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2020b). *Nota técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 09.07.2020. Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2021). *Atlas da mortalidade*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2023). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2024). *Atlas da mortalidade*. INCA.
- Instituto Oncoguia. (2020). Estatísticas para câncer de mama. *Oncoguia*. <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatisticas-para-cancer-de-mama/6562/34/#:~:text=O%20Instituto%20Nacional%20de%20C%3%A2ncer,17%2F10%2F2024>
- Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. (2012). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
- Lei n. 13.896, de 30 de outubro de 2019. (2019). Altera a Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm
- Lei n. 14.238, de 19 de novembro de 2021. (2021). Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm
- Lima, C. G., Lacerda, G. M., Beltrão, I. C. S. L., Araújo Alves, D., & Albuquerque, G. A. (2020). Impacto do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama em mulheres mastectomizadas. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas Agrárias e da Saúde*, 24(4), 426-430.
- Macedo, M. S. (2008). Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza. *Caderno CRH*, 21(53), 389-404.
- Maieski, V. M., & Sarquis, L. M. M. (2007). Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 346-352.

Mascarenha, M. L. M. S., Branco, G. M. P. C., & Farias, R. R. S. (2021). O impacto psicossocial da mastectomia para mulheres. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(8), e18410817085.

Melo, F. B. B., Figueiredo, E. N., Panobianco, M. S., Gutiérrez, M. G. R., & Rosa, A. S. (2021). Detecção precoce do câncer de mama em unidades básicas de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02442.

Ministério da Saúde. (2010). *Normas e manuais técnicos* (Cadernos de Atenção Primária). Ed. Ministério da Saúde.

Mourão, C. M. L., Silva, J. G. B., Fernandes, A. F. C., & Rodrigues, D. P. (2008). Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. *Revista RENE*, 9(2), 47-53.

Oliveira, E. X. G., Pinheiro, R. S., Melo, E. C. P., & Carvalho, M. S. (2011). Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 3649-3664.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020, 11 de março). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. OPAS. <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>

Pereira, A. J. A., Mendes, C. F., Dourado, B. C., Carmo, T. R., Rodrigues, A. L. B., Ferreira, A. L. G. S., & Oliveira, M. V. M. (2023). Epidemiological outline of women who underwent mammography in Brazil between 2013 to 2021. *Research, Society and Development*, 12(1), e7412138977.

Ribeiro, M., & Fortes, V. L. F. (2021). Perfil de mulheres com câncer de mama nos anos de 2009 e 2019: análise comparativa. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo*, 1(2), 80-95.

Russi, Z. C., & Sudbrack, E. M. (2022). Educação em saúde e atenção fisioterapêutica no pós-operatório de câncer de mama. *Vivências*, 18(35), 27-39.

Santos, T. B., Borges, A. K. M., Ferreira, J. D., Meira, K. C., Souza, M. C., Guimarães, R. M., & Jomar, R. T. (2022). Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 471-482.

Sousa, S. M. M. T., Carvalho, M. G. F. M., Santos, L. A., Júnior, & Mariano, S. B. C. (2019). Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde em Debate*, 43(122), 727-741.

Souza, V., Penteado, C., Nascimento, R., & Raiher, A. P. (2020). A feminização da pobreza no Brasil e seus determinantes. *IGepec*, 24(1), 53-72.

Tachibana, B. M. T., Ribeiro, R. L. M., Federicci, E. F., Feres, R., Lupinacci, F. A. S., Yonekura, I., & Racy, A. C. S. (2021). The delay of breast cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic in São Paulo, Brazil. *Einstein*, 19, eAO6721.

Telles, J. (2023, agosto). Programa Útero é Vida: rastreamento organizado, diagnóstico precoce e cuidados oportunos do câncer do colo uterino. In *7o Fórum Norte Nordeste de Advocacy e Políticas Públicas*, Fortaleza, CE.

Vassilievitch, A. C., Amorim, B. F., Kameo, S. Y., Silva, G. M., & Sawada, N. O. (2020). Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após tratamento com quimioterapia. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 10(1), 139-155.

Para citar este artigo

Norma ABNT

MACÊDO, B. F. B.; CARNEIRO, C. M. B., SANTOS, G. P., CASTRO, M. I. F. Perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará: “Caminhada Outubro Rosa” 2023. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 15, n. 34, p. 165-188 , 2025.

Norma APA

Macêdo, B. F. B., Carneiro, C. M. B., Santos, G. P., & Castro, M. I. F. (2025). Perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará: “Caminhada Outubro Rosa” 2023. *Conhecer: Debate entre o Público e o Privado*, 15(34), 165-188.

Norma Vancouver

Macêdo BFB, Carneiro CMB, Santos GP, Castro MIF. Perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará: “Caminhada Outubro Rosa” 2023. *Conhecer: Debate entre o Público e o Privado*, 15(34):165-188, 2025. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/14907>