

**O PERFIL SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM
NEOPLASIA MAMÁRIA NO CEARÁ: 'Passeata Outubro Rosa' 2023**

BRUNA FERREIRA BEZERRA DE MACÊDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

CÉLIA MARIA BRAGA CARNEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

GREYCIANE PASSOS DOS SANTOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO DA GRANDE FORTALEZA- UNIGRANDE

MARIA IVANILZA FERNANDES DE CASTRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

O PERFIL SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA NO CEARÁ: “Passeata Outubro Rosa” 2023

THE SOCIOECONOMIC AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH BREAST NEOPLASM IN CEARÁ: “Pink October March” 2023

1. 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 de custo econômico global de 29 tipos de cânceres, em 204 países e territórios, no período de 2020 a 2050 é de US\$25,2 trilhões. Os cinco tipos com maiores custos são: câncer da traqueia, dos brônquios e do pulmão (US\$ 3,9 trilhões); de cólon e reto (US\$ 2,8 trilhões); de mama (US\$ 2,0 trilhões); de fígado (US\$ 1,7 trilhões); e leucemia (US\$ 1,6 trilhões). O destaque nos óbitos (75,1%) ocorre em países de baixo e médio rendimentos, e a parcela do custo econômico do câncer é inferior (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 do Câncer (INCA), a neoplasia maligna de mama é a maior causa de óbitos por câncer entre a população feminina de quatro regiões do Brasil, excetuando-se a Região Norte, na qual a doença ocupa a segunda posição (Barros et al., 2020; INCA, 2021; INCA, 2023).

O sistema de saúde público apresenta lacunas estruturais desfavoráveis à plena execução da assistência à saúde de mulheres com neoplasia mamária maligna, culminando na prevalência dos altos índices de mortalidade devido à demora no diagnóstico e no tratamento, detecção com estadiamento grave, e a falta de medicamentos adequados para o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, no período de 2020-2021, com a pandemia da *Corona Virus Disease* (Covid-19), os sistemas de saúde público e privado assistiram, exclusivamente, às vítimas da Covid-19, inviabilizando o exame de mamografia para rastreamento (Ministério da Saúde, 2010; Colégio Brasileiro de Radiologia, 2020; INCA, 2020a; Melo et al., 2021; Organização Mundial da Saúde, 2020).

O INCA recomenda exclusivamente a mamografia, como exame adequado ao rastreamento da doença, e a cada dois anos. A faixa etária de risco adotada para a realização do exame é de 50-69 anos. Entretanto, estudos recentes no Brasil mostram alteração neste padrão etário internacional, de países desenvolvidos, adotado no Brasil. Neste 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 nº 12.732 (2012), denominada ‘Lei dos 60 dias’, alterada pela Lei nº 13.896 (2019). Além disso, o *caput* do Art. 2º, da Lei nº 12.732 (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, do diagnóstico e do início do tratamento, são essenciais para a reabilitação, a modalidade terapêutica a ser adotada, a expectativa de cura, a redução de óbitos e de custos do tratamento.

A Lei nº 14.238 (2021), que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer, elencou 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 tenha um robusto banco de dados para atuar regionalmente. Atualmente, o sistema é muito deficitário pela falta de estrutura tecnológica de equipamentos e sistemas, de pessoas capacitadas para coletar e analisar dados e pela baixa

qualidade da informação registrada. Na Paraíba um estudo identificou que o maior número de casos registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referente 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 - 54,30 %) (Pereira et al., 2023; Costa et al., 2022).

A incidência de câncer de mama em populações mais jovens preocupa muito porque estão fora do enquadramento do rastreamento, aumentando o custo psicológico, social e econômico do tratamento; e o aumento da probabilidade de óbito, 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 ocasiona sequelas físicas incapacitantes que comprometem o retorno às suas atividades profissionais, destacadamente na área privada e empreendedora, e conseqüentemente na sua fonte de renda. Isso gera a vulnerabilidade socioeconômica, principalmente em famílias que a mulher é a principal/única provedora, e aumenta o estresse das pacientes (Brito & Marcelino, 2014; Maieski & Sarquis, 2007; Russi & Sudbrack, 2022).

Diante deste contexto, a pesquisa tem como problema: Qual o perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará, que participaram da “Passeata Outubro Rosa”, em Fortaleza (CE), em 2023? E, como objetivo geral: Identificar o perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres com neoplasia mamária no Ceará, que participaram da “Passeata Outubro Rosa”, em Fortaleza (CE), em 2023.

O tema é muito relevante para a implementação de políticas públicas específicas para a área de saúde que trata de câncer de mama em todos os níveis governamentais no país. Segundo Telles (2023), salvar vidas economiza dinheiro público, pois com um investimento de US\$ 11,4 bilhões em 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 prematura, e famílias destruídas.

A pesquisa está estruturada em cinco seções. A primeira é a introdução, que contempla o contexto do estudo, o problema e o objetivo geral. A segunda trata do referencial teórico contemplando o panorama da neoplasia mamária feminina no Brasil, no Nordeste e no Ceará, o percurso do rastreamento ao tratamento, o contexto socioeconômico e epidemiológico das mulheres com câncer de mama no Brasil, e os estudos anteriores. A terceira seção contempla a metodologia adotada no estudo. A quarta seção apresenta a análise e interpretação dos resultados, e a quinta, a conclusão da pesquisa com a contribuição e o impacto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 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 no Sudeste, de 84,46 por 100 mil mulheres, de 71,44 casos no Sul; de 57,28 casos no Centro-oeste; de 52,20 no Nordeste; e de 24,99 casos no Norte (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, do Ministério da Saúde, 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, pandemia da Covid-19, as estimativas passaram a ser mensuradas por triênio. Com estimativa de 66.280 novos casos, anualmente, no Brasil, 13.190 na região Nordeste e 2.510, no Ceará para o triênio (2020-

2022). Referente ao triênio (2023-2025) estima-se para 2024, a ocorrência de 73.610 novos casos anuais no Brasil, 15.690 no Nordeste e 3.080, no Ceará, conforme 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: INCA (2016); INCA (2018); INCA (2019b); INCA (2023).

A expectativa é que 2025 seja encerrado 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 Estado do Ceará, com 43%, quando 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 uma 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 INSS e beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC)). Ressaltando que o Brasil, em 2023, ainda possuía 60,4 milhões de pessoas na pobreza, o Nordeste com 27,5 milhões e o Ceará com 4,5 milhões (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 estado do Ceará. De acordo com Barros et al. (2020), no período de 2005-2015, 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 2018-2019 teve a ocorrência de 35.640 óbitos, com um crescimento de 29,74% em relação aos casos estimados, conforme Tabela 2.

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: INCA (2024).

Em 2020 houve um decréscimo de 1,34% no número de óbitos no país, em relação a 2019, que pode ser decorrente da pandemia da *Corona virus disease* (Covid-19), a partir de março/2020. Pode ter ocorrido uma subnotificação dos óbitos por neoplasia mamária maligna considerados como Covid-19. No período de 2021-2022 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; INCA, 2019a; INCA 2024; Instituto Oncoguia, 2020).

Na região Nordeste, no período de 2015-2022, 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 2015-2019, declínio em 2020 (37), e retomada de crescimento a partir de 2021. Quanto à faixa etária, o destaque foi para 50-59 anos, com 7.513 casos (24,50%); 30-49 anos, com 7.304 (23,82%); e 60-69 anos, com 6.308 (20,57%). No Nordeste, destaca-se em segundo lugar o óbito das mulheres mais jovens, no entanto se considerada a faixa etária de 15-49 anos torna-se o primeiro lugar com 7.540 óbitos, ver Tabela 3 (INCA, 2024).

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: INCA (2024).

No Ceará, as taxas de mortalidade se comportaram como na região Nordeste, com crescimento de 120 casos, no período de 2015-2019, redução de 45 casos em 2020, e retorno ao crescimento de 45 casos em 2021-2022. No período de 2015-2022 o número de óbitos totalizou 30.663 no Ceará, que representa 4,06% em relação ao país, e 18,39% dos óbitos do Nordeste. Trata-se de um número representativo porque a região Nordeste só possui 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, ver Tabela 4 (INCA, 2024). A realidade é preocupante porque as mulheres na faixa etária de 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: INCA (2024).

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

2.2 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, ver 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 de 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 o seu início no rastreamento do câncer de mama, quando a mulher com enquadramento de idade, acima de 50 anos, comparece a uma unidade básica de saúde para consulta/exame clínico com o médico clínico geral/enfermeira.

O rastreio do câncer de mama, segundo Oliveira et al. (2011) tem um perfil socioeconômico, identificado no período de 2003-2008, que a realização de mamografia é maior na faixa etária de 50-69 anos, aumenta com a renda familiar e a escolaridade, no estado civil casada, e para as mulheres que consultaram médico e têm plano de saúde. Residir em área metropolitana triplica a oportunidade de realizar mamografia. O resultado do 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.

Diversos estudos têm convergido ao documentar a expansão do câncer de mama feminino na população mais jovem. Mourão et al. (2008) relataram essa mudança nos padrões de incidência no estado do 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” (p. 47), destacando-se 37,4% da amostra. Corroborando, o estudo de Barros et al. (2020) apresentou a tendência do crescimento de óbitos no Ceará (1.453), no Nordeste (8.141) e no Brasil (34.751) na faixa etária de 15-49 anos, durante o período de 2005-2015.

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

A Pesquisa Nacional em Saúde, de 2013, 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 jan./2013 a dez./2021 foram registradas 19.188.002 mamografias no Brasil. Houve um destaque em 2019, com 3.063.618 exames. Foi constatado que entre 2016-2017, houve uma ascensão na região Nordeste, que passou a ser a segunda região que mais realizou mamografias, ficando atrás apenas da Sudeste.

O Ministério da Saúde, após a declaração da pandemia, em 30 de março de 2020, emitiu a Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA, de 09.07.2020 adiando os exames de rastreamento de câncer de mama para depois da pandemia (INCA, 2020b). Desse modo, a suspensão do rastreamento promoveu um represamento no diagnóstico precoce, provocando um aumento no 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 (130) foi inferior a 2019 (138) (Tachibana et al., 2021).

No Brasil não existe uma base de dados que permita medir o impacto do represamento de diagnósticos durante a pandemia na mortalidade da população feminina com câncer de

mama. No entanto, uma projeção realizada nos Estados Unidos estimou que até 2030, os modelos projetam 950 excesso cumulativo de mortes por câncer de mama relacionadas à redução do rastreamento, 1.314 mortes por diagnóstico tardio de casos sintomáticos e 151 óbitos associados à redução do uso de quimioterapia em mulheres com câncer hormonal positivo em estágio inicial. A expectativa de 2.487 mortes em excesso por câncer de mama (Alagoz et al., 2021).

Das pacientes entrevistadas, 71,6 % iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias, previsto na Lei nº 12.732 (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. Identificaram em Teresina (PI) uma média de 275,1 dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico da neoplasia mamária feminina. E, o valor médio do 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 o início do tratamento tardiamente, com a porcentagem das pacientes diagnosticadas com a doença em estágios mais avançados. A celeridade do diagnóstico e do tratamento contribuem para a redução do número de óbitos, tratamentos menos invasivo, melhor qualidade de vida para a paciente oncológica, e redução de custos para o SUS (Barbosa et al., 2018; Sousa et al. (2019); Oliveira et al., 2011). Corroborando com os resultados, Costa et al. (2022) identificaram na Paraíba preponderância do estadiamento 3 em 1.219 casos, em 2019; em 2020 totalizaram 1.243; e 2021, 317 casos.

2.3 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; inchaços devido os tratamentos etc.), da autoestima (aparência, principalmente para as mulheres jovens/casadas), comprometimento da sexualidade (efeitos colaterais dos tratamentos), estado psíquico (lidar com as situações de dor e morte), preocupações com as perdas econômicas e a sobrevivência familiar, tratamento com medicamentos e exames caros, carências estrutural e financeira do SUS que impede o tratamento tempestivo, dificuldades com planos de saúde caros e com muitas restrições de uso etc. (Alcântara et al., 2022, Mascarenha et al., 2021).

Tendo por base este panorama, torna-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 na hipótese de essa chefia feminina estar conjugada à presença de baixa escolaridade, à falta de trabalho e à presença de criança no domicílio, aumentam as chances da mulher estar inserida nas camadas mais pobres da sociedade, considerando 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 Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro (RJ), 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 por quimioterapia neoadjuvante. As 10 entrevistadas tinham idade entre 24 e 76 anos, destacando-se a faixa etária entre 47 e 59 anos (7), solteiras(7), viúva(1) e casada(2), todas com filhos. Quanto à empregabilidade, 1 estava aposentada por tempo de serviço, 3 empregadas, 2 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 um salário mínimo (5) e auxílio de familiares (3). As respondentes habitavam sozinhas, com filhos, companheiro/marido e com 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 o óbito da portadora de neoplasia mamária, ressaltando-se três fatores: i) falta de capacitação profissional da equipe multidisciplinar atuante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); ii) falta de recursos financeiros e de estrutura no SUS para dar prioridade a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de câncer; iii) vulnerabilidade socioeconômica das pacientes, agravada durante o tratamento oncológico e impeditiva ao acesso pleno e contínuo aos meios adequados de tratamento (Figueiredo, 2021; Vassilievitch et al., 2020; Barbosa et al., 2018; Frazão & Skaba, 2013).

Campello et al. (2014) explica que no âmbito da desigualdade social do Brasil, é preciso um modelo mais efetivo e desburocratizado a ser adotado nas políticas públicas. Esta 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.

2.4 Estudos anteriores

O câncer de mama feminino é prolífero em pesquisas científicas sob diversas percepções. Portanto, apresentam-se diversos estudos pelo Brasil, que é um país continental, com diversidade regional, mas cuja incidência do câncer de mama feminino é unanimidade em quatro regiões.

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

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, e constataram em 2009, que o perfil quanto à faixa etária era de 54-64 anos. Quanto à cor/raça teve destaque para a cor branca (91,7%) seguido das pardas (8,3%). O principal município de residência das pacientes foi Marau (66,7%), e Passo Fundo, Lagoa Vermelha e Soledade com 8,3%, cada. Quanto ao perfil epidemiológico, destacou-se 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, Estágio II (33,3%), Estágio I (16,7%) e Estágio III (16,7%). Quanto ao Tratamento destacaram-se cirurgia, quimioterapia e radioterapia (58,3%), e quimioterapia e cirurgia (41,7%). Em 2019, o perfil de idade foi acima de 60 anos, destaque para a cor branca (91,8%) e 8,2% pardas. Houve alteração no município de residência das pacientes, com destaque para Passo Fundo (32,7%) seguido de Lagoa Vermelha (8,2%). No perfil epidemiológico, o histórico familiar sofreu alteração com 46,9% sem histórico familiar e 46,9% com histórico familiar. Quanto aos tipos de neoplasia mamária diagnosticadas também houve uma alteração no perfil com destaque para o Luminal B (51,0%), seguidos de Luminal A (16,3%), Luminal híbrido (14,3%) e Triplo negativo (4,1%). Quanto ao estadiamento, Estágio II (32,7%), e 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%); cirurgia, e quimioterapia e radioterapia (6,1%).

Em um estudo realizado em dois ambulatórios de oncologia, em Aracaju (SE), em 2014-2015, com 206 mulheres em tratamento de quimioterapia, com câncer de mama com estadiamento III (44,2%), 60,2% afirmaram que obtiveram o diagnóstico após um período superior a 12 meses e possuíam um quadro de metástase, e utilizavam a rede pública de saúde para o tratamento do câncer (82%). O perfil de local de moradia era o estado de Sergipe, na zona urbano (83,5%). A maioria das pacientes estava na faixa etária de 51-55 anos, possuíam pele parda e o estado civil de casadas, possuíam de 1 a 3 filhos (62,6%), quanto à escolaridade destacou-se a conclusão do ensino médio (36,9%). O tratamento quimioterápico afetou o aspecto socioeconômico das pacientes, com média de 61,32 no sub-sintoma “dificuldades financeiras”, confirmando que fatores socioeconômicos e demográficos interferem de forma incisiva na qualidade de vida de 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 2016-2017, 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 duas fases mais importantes e determinantes para o bom prognóstico da paciente oncológica: i) diagnóstico precoce; e o ii) 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 de 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. Com relação ao nível de escolaridade 22,2% possuíam ensino fundamental incompleto e 18,9% ensino médio completo.

Assis et al. (2019) realizou um estudo no estado da Bahia analisando o perfil sociodemográfico do câncer de mama de 22.711 mulheres diagnosticadas no período de 2013-2018. Constatou-se um aumento de pacientes diagnosticadas com câncer de mama na faixa etária de 50-59 anos (27,1%), de 40-49 anos (26,1%) e de 30-39 anos (11,8%), confirmando o aumento do número de casos em mulheres mais jovens. Na análise de raça/cor destacou-se a cor parda (70,7%), e a preta (11,4%). Quanto aos óbitos, destacaram-se as faixas etárias de 20-49 anos (537) e de 50-59 anos (482). Quanto à raça/cor destacaram-se a parda (1.077) e a preta (216). 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 à 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 a sua regionalidade no âmbito socioeconômico.

3 METODOLOGIA

A pesquisa tem como objeto de estudo o perfil socioeconômico e epidemiológico de mulheres com câncer de mama no estado do Ceará que participaram da “Caminhada do Outubro Rosa 2023”, na Av. Beira Mar, em Fortaleza (CE).

Metodologicamente, a pesquisa é do tipo descritiva, pois visa descrever as características do objeto a ser estudado na amostra. E, qualitativa porque visa analisar a

dificuldade de acesso das portadoras de neoplasia mamária ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, a partir do perfil socioeconômico (Gil, 2019).

Quanto aos delineamentos, a pesquisa é bibliográfica, documental e *survey* (Gil, 2019). A pesquisa bibliográfica contemplou os direitos adquiridos em legislação para portadores 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 Instituto Nacional do Câncer (INCA). A *survey* foi aplicada às participantes da caminhada que integravam as associações: Amar (Fortaleza - CE), Deusas da Mama (Maranguape – CE), Guerreiras do ICC (Fortaleza - CE), Lua Rosa (Fortaleza - CE), Mulheres Guerreiras (Quixadá – CE), Associação Nossa Casa de Apoio à Pessoas com Câncer (Fortaleza - CE), Rede Mama – pacientes metastáticas (São Paulo – SP) e Associação Rosa Viva (Fortaleza - CE), e do grupo social de *WhatsApp* Pérolas Rosas (Fortaleza - CE), em 23.10.2023. A amostra totalizou 51 respondentes. O pré-teste foi realizado com 20 participantes do grupo social de *WhatsApp* Pérolas Rosas (Fortaleza - CE), em 2022 (Gil, 2019).

A coleta de dados foi realizada com a técnica de questionário do tipo longo, estruturado em duas dimensões. Neste estudo serão analisadas as dimensões: 1. Perfil socioeconômico e 2. Perfil epidemiológico. O questionário foi elaborado no *Google Forms*, e aplicado em duas modalidades, de acordo com a opção da respondente. A primeira, impressa em papel na modalidade presencial (23) e a segunda, de forma *online* (28), com o envio de *link* postado gratuitamente no *WhatsApp*, de acordo com a respondente. Foram utilizadas perguntas fechadas (binárias, múltipla escolha e caixa de seleção) e abertas. A análise dos dados utilizou-se da técnica de análise descritiva de dados (Gil, 2019). Alguns questionários impressos foram excluídos em perguntas, cujas respostas ficam sem preenchimento.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

A análise e a interpretação dos resultados foi estruturada conforme o questionário, em duas dimensões: i) perfil socioeconômico, e ii) perfil epidemiológico.

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

Fonte: Dados da pesquisa.

(*) Foram excluídos dois questionários.

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

Quanto ao estado civil, 52,94% (27) das respondentes eram casadas e 43,14% (22) possuem 2 filhos. A maioria das respondentes (28) habitam em lares com 3 a 4 habitantes por residência (54,9 %), seguida por 11 domicílios com 2 habitantes (21,57%). Quanto à

propriedade do imóvel, 62,75% possuem imóvel próprio; financiado (15,69%) e alugado (15,69%). Destacam-se 68,63% (35) respondentes que residem em Fortaleza (CE), seguidas de Maranguape (4), Pacatuba (2), Quixadá (2) e Eusébio (2). Destacaram-se com 64,71% (33) as residentes na cidade onde realizam o tratamento). Corroborando com Oliveira et al. (2011) e Vassilievitch et al. (2020), as mulheres residentes na capital e área metropolitana possuem maior acessibilidade à prevenção, ao diagnóstico e aos tratamentos. E, 35,29% (18) deslocam-se para unidade de saúde especializada corroborando com Assis et al. (2019).

Quanto à escolaridade, 31 respondentes (60,78%) concluíram o ensino superior, 13 (25,49%) o ensino médio, 2 (3,92%) não concluíram o ensino superior, e 5 (9,80%) não concluíram o ensino fundamental e o médio. Corroborando com Oliveira et al. (2011), o nível de escolaridade influencia de forma positiva as três fases da neoplasia mamária feminina. No aspecto da comunicação, fator relevante para se cadastrar, agendar e se comunicar com a cadeia de serviços de saúde, principalmente durante a pandemia, constatou-se que todas as respondentes possuem acesso à *Internet*, 45,10% possuem pacote de *Internet* em casa (23); e 19,61% (10) possuem pacote de *Internet* em casa e móvel pré-paga no celular.

Quanto à atividade profissional, antes do início do tratamento, 50,98% (26) da amostra afirmaram que apenas trabalhavam, e 25,49% (13) estudavam e trabalhavam. As demais eram donas de casa (6), donas de casa e trabalhavam (3), desempregadas (2) e apenas estudava (1).

A renda familiar predominante (29,41%) foi de mais de 4 salários mínimos (R\$1.320,00), seguida de 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 uma. Das 51 respondentes, 72,55% (37) não recebem ajuda financeira de terceiros, e 27,45% (14) recebem ajuda familiar, de amigos e do governo. Corroborando com 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% (33) das respondentes não trabalharam, e 35,29% (18) trabalharam. A perda da ocupação durante o tratamento acarreta vulnerabilidade financeira, e consequentemente biopsicosocial e econômica para a mulher com neoplasia mamária. Quanto à atuação profissional, 24 (48,98%) mulheres possuíam emprego formal e atuavam nos setores Público, Privado ou Terceiro Setor, e 18 (36,73%) desempenhavam atividades laborais informais. Ainda haviam 3 aposentadas e 4 que não trabalhavam. As respondentes com enquadramento de trabalho informal não possuem amparo profissional, apenas previdenciário. Após o tratamento, 39,22% (20) das mulheres apenas trabalham, seguidas por 'Donas de casa' (25,49%), e as que 'estudam e trabalham' (11,76%). Corroborando com Vassilievitch et al. (2020).

Quanto aos meios financeiros durante o tratamento, 26% obtiveram o benefício da licença para tratamento de saúde (13) oferecida aos servidores públicos, 18% tiveram licença pelo INSS (9), 18% não obtiveram licença, pois estavam desempregadas (9), e 16% afirmaram não terem obtido licença em virtude de serem trabalhadoras informais (8). Um total de 11 mulheres exerceram atividades durante o tratamento, 4 informaram que estavam em condições de trabalhar e 7 justificaram com: medo de perder o emprego, INSS não liberou benefício e empreendedora corroborando com Frazão e Skaba (2013).

Atualmente, existem quatro cenários financeiros predominantes na amostra: 1) respondentes que estão trabalhando, e que durante o tratamento tiraram licença para tratamento de saúde (24%); 2) não trabalham no momento e a família é responsável por custear o seu tratamento e manter a casa (18%); 3) estão trabalhando ou que trabalharam durante o tratamento, pois precisavam custear as despesas da casa e do tratamento (14%); e 4) foram aposentadas em razão de incapacidade permanente para o trabalho em decorrência da neoplasia mamária (14%).

Na segunda dimensão foi analisado o perfil epidemiológico das mulheres. Quanto ao período de diagnóstico de câncer de mama da amostra, entre 1998 a 2023, o destaque é para o

período de 2020-2023 com 23 (45,10%) 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 da Covid-19 para a amostra. A pandemia da Covid-19 foi declarada no Ceará em março/2020, e teve como períodos críticos 2020 (9) e 2021(3). Em 2022 foram diagnosticados 6 casos e em 2023, 5 casos. Apesar de não ser período crítico, ainda persistia a pandemia (2020-2023). Corroborando com Costa et al. (2022) e Figueiredo et al. (2021) que identificaram a queda no número de diagnósticos em 2020 e 2021, e o posterior aumento da retenção.

A amostra apresenta um perfil de 44 mulheres (86,27%) sem metástase, e 7 respondentes metastáticas (13,73%). Os diagnósticos de metástase ocorreram, predominantemente, nos linfonodos axilares (2), nos ossos (4), no fígado (3), no cérebro (1) e nos pulmões (2).

O tipo de neoplasia predominante, de acordo com a classificação molecular e imunohistoquímica, e histológica, é o triplo negativo carcinoma ductal invasivo, com 25 casos (49,02%), seguido pelo carcinoma ductal *in situ* com 16 casos (31,37%), o HER 2 positivo com 7 casos (13,73%). As pacientes não sabiam identificar a classificação completa. O resultado não corrobora com Ribeiro e Fortes (2021) que identificaram em destaque o tipo luminal.

Quanto à situação em relação ao tratamento do câncer de mama, destacam-se 31 (60,78%) respondentes em remissão, e 11 (21,57%) em tratamento. Ainda existiam 6 (11,76%) mulheres em metástase, 2 (3,92%) em acompanhamento (até 5 anos após o fim do tratamento) e 1 respondente em “outros”. As pacientes metastáticas tiveram o diagnóstico de neoplasia primária em 2019(2), 2018(1), 2017(2), 2016(1) e 2014(1).

Ao iniciarem o tratamento, as respondentes informaram que se submeteram, em média, há pelo menos três modalidades terapêuticas diferentes: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Destacaram-se 14 mulheres que precisaram fazer cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (27,45%); em sequência 13 mulheres que realizaram cirurgia, quimioterapia e radioterapia (25,49%); e por fim 5 mulheres que se submeteram à cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapia alvo (9,80%), confirmando o diagnóstico em estágio avançado. Além de mulheres em tratamento de hormonioterapia (4) e Imunoterapia (4). A quantidade de modalidades terapêuticas e o número de metástases confirmam o estágio avançado do câncer durante o diagnóstico. Corroborando com Costa et al. (2022) e Ribeiro e Fortes (2021).

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, destacou-se a cirurgia de mastectomia mamária com 62,75% (32) da amostra. As mastectomias mamárias tiveram variações no aspecto da reconstrução: com expensor para reconstrução posterior, com reconstrução imediata, com expensor e com reconstrução concluída, e com esvaziamento axilar e sem reconstrução. Enquanto, 17 foram tratadas apenas com o quadrante (33,33%) e 1 apenas com a retirada do nódulo (1,96%). Houve um caso de cirurgia ovário/fêmur, decorrentes de metástase.

A maioria das respondentes (29) da amostra, 56,86% afirmou ter realizado o tratamento apenas utilizando o plano de saúde. E, 29,41% (15) realizou o tratamento exclusivamente no SUS. Nas demais situações utilizaram formas múltiplas de tratamento: SUS, Plano de saúde (3); e Plano de saúde e particular (Sistema de desembolso direto), Plano de saúde, Iniciei pelo SUS e mudei para o plano de saúde, Inicie particular e depois fui para o SUS e SUS, consulta particular e exames com plano de saúde com uma respondente, cada. A realização da mastectomia por plano de saúde (32) alcançou 64% das respondentes, 30% (15) realizaram pelo SUS, 4% (2) fizeram particular e 2% (1) por plano de saúde/particular. Um questionário estava com esta resposta em branco. Não corroborou com o estudo de Santos (2022) em que se destacou o tratamento realizado pelo SUS.

Quanto ao local de tratamento, as respondentes escolheram as clínicas particulares (24), de acordo com o seu plano de saúde. E, 25 respondentes foram atendidas em hospitais que atendem o SUS e plano de saúde, com destaque para: Instituto do Câncer do Ceará (ICC) (19),

Centro Regional Integrado de Oncologia (Crio)(5), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) (1) e Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) (1) e Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (CE) (1). Esta questão não foi respondida por duas respondentes.

O tratamento de câncer de mama pode provocar inúmeras deficiências nas mulheres. A pesquisa mostra que 27 mulheres (53%) não apresentaram deficiências, e 24 (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 (MSE).

Houve um relato de 38 mulheres acerca de sofrer com as sequelas físicas oriundas do tratamento oncológico. A maioria (17) relatou ser impactada apenas durante a realização das suas “atividades diárias” (44,74%); seguidas por 15 respondentes (39,47%) que afirmaram que essas sequelas impactaram “pouco” na sua rotina laboral, de modo que trabalharam sem dificuldade; 3 respondentes (7,89%) relataram trabalhar com “razoável” dificuldade (7,89%); e 3 afirmaram terem tido a sua capacidade laboral anterior “bastante” comprometida, a ponto de terem necessitado mudar de atividade, pois não conseguiam exercer a mesma atividade que desempenhavam antes do tratamento oncológico (7,89%). Os resultados corroboram com Brito e Marcelino (2014) e Maieski e Sarquis (2007).

5 CONCLUSÃO

A Administração Pública abrange múltiplas áreas no país, em estados e municípios. Uma destas áreas é a Gestão em Saúde, que abrange as políticas públicas para o câncer em todos os níveis, no entanto há uma 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, depois do câncer de pele não melanoma, e é a maior causa de óbitos por câncer entre a população feminina, exceto na Região Norte.

Apesar da legislação vigente desde 2012 e 2013 sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o número de casos e óbitos no país, na região Nordeste e no Ceará só crescem, com exceção do período crítico da Covid-19 (2020-2021), em que os casos ficaram retidos contribuindo para um contexto pior durante a pandemia (2022-2023), e no pós-pandemia. A prevenção tem um grave problema de se concentrar na faixa etária a partir de 50 anos e com acompanhamento bianual, enquanto há um novo perfil com idade inferior à 50 anos e com tipos de cânceres mais agressivos. Logo, as mulheres jovens com detecção tardia da doença aumenta o custo biopsicossocial, financeiro do tratamento, e 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 contribuem para o estadiamento avançado da doença. Como estes prazos são aplicáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) constata-se que as mulheres socioeconomicamente mais vulneráveis (pobreza e extrema pobreza) são as maiores vítimas da doença e dos óbitos.

A pesquisa constatou que na dimensão socioeconômica as mulheres têm faixa etária de 50-69 anos (49,98%), seguida de 31-49 anos (48,98%), casadas (52,94%), possuem em média dois filhos (43,14%), residem em lares com 3 a 4 habitantes (54,9%), possuem imóvel (62,75%), residem na capital (Fortaleza(CE)) (68,63%), possuem escolaridade de nível superior (60,78%) e 9,8% não concluíram o ensino fundamental e médio. Todas possuem acesso à Internet. Antes do tratamento, 50,98% afirmou que apenas trabalhava. A renda familiar predominante foi de mais de 4 salários mínimos (SM) (29,41%), seguida de 1 SM (19,61%). Quanto à ajuda financeira, 72,55% não receberam e 27,45% recebem ajuda familiar, de amigos e 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 e 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 (45,10%). A metástase atingiu 13,73% da amostra entre 2014-2019, e 86,27% não possui metástase. O tipo de neoplasia predominante, de acordo com a classificação molecular e imunohistoquímica, e histológica, é o triplo negativo carcinoma ductal invasivo, 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 três modalidades terapêuticas diferentes: mastectomia (62,75%), quimioterapia e radioterapia. O tratamento foi realizado por 56,86%, utilizando apenas o plano de saúde e 29,41% exclusivamente no SUS. Quanto as sequelas pós-tratamento, 74,5% relataram inúmeras deficiências que afetaram a vida pessoal e profissional.

A expectativa é que a pesquisa venha contribuir para o arcabouço acadêmico sobre o tema impactando a melhoria das políticas públicas para o câncer de mama feminino e incentivando novas pesquisas em outros recortes geográficos.

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. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab097>
- 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), 51-5. <https://encurtador.com.br/3qpJ4>
- 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. <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p104-113>
- 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), 04-14. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7318>
- 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. <https://11nq.com/dXWRv>
- 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/Occupational performance of women subjected to mastectomy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(3). <https://encurtador.com.br/sgfH7>
- Campello, T., Falcão, T., & Costa, P. V. (2014). *O Brasil sem miséria*. MDS. <https://encurtador.com.br/A9JBJ>

- Carneiro, L. (2024, 09 de setembro). Nordeste responde por metade da queda da extrema pobreza do país. *Valor Econômico*. <https://encurtador.com.br/CEBQq>
- 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). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1546>
- Cavenaghi, S., Alves, J. E. D. (2018). *Estudos sobre seguros 32 - mulheres chefes de família no Brasil*. (32º ed.). ENS. <https://encurtador.com.br/ezKf2>
- 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. <https://encurtador.com.br/Kq8rT>
- 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. <https://acesse.dev/zcADB>
- 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 Neto, L., 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. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19762>
- Frazão, A., & Fróes Vargas Skaba, M. M. (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. <https://encurtador.com.br/F2OZ4>
- 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. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2016v56n1p14-17>
- Gil, A.C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa Social*. (7 ed). Atlas/GEN.
- Instituto Nacional de Câncer. (2015). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://encurtador.com.br/yzxUU>
- Instituto Nacional de Câncer. (2016). Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://acesse.dev/dfKyP>
- Instituto Nacional de Câncer. (2018). Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://acesse.dev/FsVML>
- Instituto Nacional de Câncer. (2019a). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://11nk.dev/98Xy6>
- Instituto Nacional de Câncer. (2019b). Estimativa 2020: incidência do câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://11nk.dev/wrDsS>

- Instituto Nacional de Câncer. (2020a). Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30.3.2020. Detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://acesse.one/dPZ5Q>
- Instituto Nacional de Câncer. (2020b) Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA-09.07.2020. Rastreamento de câncer durante a pandemia de Covid-19. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://11nk.dev/2FyJS>
- Instituto Nacional de Câncer. (2021). Atlas da mortalidade. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>
- Instituto Nacional de Câncer. (2023). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. <https://acesse.one/T7MjO>
- Instituto Nacional de Câncer. (2024). Atlas da mortalidade. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Base de dados*. <https://acesse.one/3YMdr>
- Instituto Oncoguia. (2020). Estatísticas para Câncer de Mama. *ONCOGUIA*. <https://encurtador.com.br/17Rc9>
- Lei 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, Casa Civil. <https://acesse.one/WWmHC>
- Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. (2019). Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, Vice-Presidente. <https://11nk.dev/cDvDc>
- Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. (2021). Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Brasília – DF, Secretaria Geral. <https://11nk.dev/1q64B>
- 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 C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 24(4), 426-430. <https://acesse.dev/8hc8G>
- 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). <https://doi.org/10.9771/ccrh.v21i53.18975>
- 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), 346–52. <https://11nq.com/fAqIc>
- 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. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17085>
- 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 Paul Enferm.*, 34, eAPE02442. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02442>
- Ministério da Saúde. (2010). Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. *Rastreamento*. Editora MS. <https://encurtador.com.br/AHm0c>

- 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. <https://11nq.com/mXFCq>
- 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. <https://encurtador.com.br/7jvbl>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. *OPAS Notícias*. <https://encurtador.com.br/Bgyva>
- 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. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38977>
- 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. <https://doi.org/10.29327/2185320.1.2-5>
- 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. <https://acesse.dev/GGF9d>
- 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. <https://11nq.com/jExQV>
- Sousa, S. M. M. T., Carvalho, M. G. F. de M., Santos Júnior, L. A., & Mariano, S. B. C. (2019). Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde Em Debate*, 43(122), 727–741. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>
- Souza, V., Pentead, C., Nascimento, R., & Raiher, A. P. (2020). A feminização da pobreza no Brasil e seus determinantes. *IGepec, Toledo*, 24(1), 53-72. <https://acesse.dev/VxliF>
- 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 (São Paulo)*, 19, eAO6721. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6721
- Telles, J. (2023). Programa Útero é vida: Rastreamento organizado, diagnóstico precoce e cuidados oportunos do câncer do colo uterino. VII Fórum Norte Nordeste de Advocacy e Políticas Pública, Fortaleza, 08 ago. 2023.
- 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. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v10p139-15>