



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Ângela Ferreira Barros

**Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento
do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta-Nascimento

Botucatu

2017

Ângela Ferreira Barros

Fatores associados ao tempo de acesso para o
tratamento do câncer de mama no Distrito
Federal, Brasil

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do
título de Doutora em Saúde
Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta-Nascimento

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Barros, Ângela Ferreira.

Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil / Ângela Ferreira Barros. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Adriano Dias

Coorientador: Cristiane Murta-Nascimento

Capes: 40601005

1. Mamas - Câncer - Tratamento. 2. Diagnóstico tardio. 3. Recidiva. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Tempo para o tratamento.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Diagnóstico tardio; Neoplasias da mama; Recidiva; Tempo para o tratamento.

Esta pesquisa recebeu fomento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) pelo edital de fomento à pesquisa nº 41, de 02 de outubro de 2013.

Ângela Ferreira Barros

Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do
câncer de mama no Distrito Federal, Brasil

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Comissão examinadora

Prof. Dr. Adriano Dias - Orientador
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Profa. Dra. Gulnar Azevedo e Silva
Instituto de Medicina Social – Departamento de Epidemiologia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Gottens
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/DF)

Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Prof. Dr. José Eduardo Corrente
Departamento de Bioestatística
Instituto de Biociências /UNESP

Botucatu, 14 de fevereiro de 2017.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

Às mulheres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu refúgio e minha fortaleza.

Aos meus pais, irmãos, avó e toda minha família pelo incentivo e apoio; com agradecimento especial ao Eduardo e ao Lucas pelo amor e amparo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Adriano Dias, e minha coorientadora, Profa. Dra. Cristiane Murta-Nascimento pelo apoio, incentivo, exigências e oportunidades.

Aos amigos e colegas dos Hospitais e da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília-DF.

Aos amigos e incentivadores.

Às mulheres participantes desta pesquisa pela disponibilidade.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

“Tudo é possível àquele que crê”

Marcos 9:23.

LISTA DE FIGURAS

INTRODUÇÃO

- Figura 1 Ilustração das etapas para diagnóstico e tratamento do câncer de mama com base em definições recomendadas por consenso de pesquisadores (com adaptações) 24

Artigo 2

- Figura 1 Fluxograma dos locais de atendimento de 600 mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014 66

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1 Distribuição das características socioeconômicas, clínicas e dos hábitos preventivos de 444* mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014..... 44
- Tabela 2 Distribuição das 444* mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto ao tempo entre o início dos sintomas e a primeira consulta em até 90 dias e fatores associados..... 45
- Tabela 3 Análise multivariada entre a variável resposta intervalo de tempo entre início do sintoma e primeira consulta (\leq ou $>$ 90 dias) e fatores associados..... 46

Artigo 2

- Tabela 1 Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento do câncer de mama para 600⁺ mulheres tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, e a associação com as características socioeconômicas e dos itinerários..... 67

Artigo 3

- Tabela 1 Distribuição de características socioeconômicas e clínicas de 600* mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014..... 85

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 2 | Distribuição de 600 mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto ao tempo entre o sintoma e o início do tratamento e seus subintervalos | 86 |
| Tabela 3 | Distribuição de 600* mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto à recidiva do câncer de mama e fatores associados..... | 87 |
| Tabela 4 | Análise multivariada entre a variável resposta recidiva do câncer de mama e fatores associados..... | 88 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| DF | Distrito Federal |
| Her-2 | Fator de crescimento epidérmico humano 2 |
| <i>IBM</i> | <i>International Business Machines</i> |
| IC | Intervalo de Confiança |
| IIQ | Intervalo Interquartilico |
| MMG | Mamografia |
| OR | <i>Odds ratio</i> |
| RE | Receptor de Estrogênio |
| RIDE-DF | Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno |
| RP | Receptor de Progesterona |
| SES/DF | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal |
| <i>SPSS</i> | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| USG | Ultrassonografia |

Resumo

BARROS, A. F. **Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil.** 2017. 100f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

O objetivo geral deste estudo foi verificar os fatores socioeconômicos, clínicos e relacionados à organização dos serviços associados ao tempo para acesso aos tratamentos do câncer de mama. Foi realizado um estudo de coorte com 600 mulheres com diagnóstico de câncer de mama internadas para tratamento clínico e/ou cirúrgico dessa doença que realizaram o primeiro tratamento em nove hospitais públicos do Distrito Federal. Não foram incluídos casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática identificada em exames de estadiamento antes do início do tratamento. Todas as participantes foram entrevistadas entre setembro de 2012 e setembro de 2014. Os dados clínicos foram preenchidos com dados do prontuário. Em um segundo momento, realizou-se nova revisão do prontuário e/ou contato telefônico para obter informações sobre os tratamentos após a cirurgia e evolução clínica. O seguimento das mulheres ocorreu até fevereiro de 2016. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo parecer nº 99.313. As mulheres apresentavam, em média, 53,3 anos ($\pm 12,5$) ao diagnóstico e a maioria se declarou com a cor da pele parda (46,4%), referiu ter em média 7,9 anos de estudo ($\pm 4,6$), renda familiar média de R\$ 2.079,01 (\pm R\$ 2.489,23), residir no Distrito Federal (65,8%). Dentre as mulheres que buscaram os serviços de saúde a partir da autoidentificação dos sintomas sugestivos de câncer de mama, o intervalo de tempo entre o início do sintoma e a primeira consulta apresentou mediana de 39 dias (intervalo interquartil: 14-123 dias). Na análise multivariada, esse intervalo de tempo > 90 dias apresentou associação estatisticamente significativa com anos de estudo (OR: 0,95; IC 95%: 0,91-0,99),

não realização de mamografia e/ou ultrassonografia mamária nos dois anos anteriores ao diagnóstico de câncer de mama (OR: 1,95; IC 95%: 1,25-3,03) e estadiamento mais avançado (OR: 1,74; IC 95%: 1,10-2,75). Em relação ao itinerário terapêutico percorrido nos serviços de saúde e o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento (mediana 160 dias), verificou-se que esse período foi maior entre mulheres com a cor da pele parda ou negra ($p < 0,001$), menor escolaridade ($p = 0,001$), menor renda familiar ($p = 0,045$); que realizaram a primeira consulta na atenção primária quando comparado às que realizaram em serviços de saúde suplementar ($p < 0,001$); e aquelas atendidas em mais de dois serviços de saúde ($p = 0,003$). A implementação do agendamento de consulta com especialista, através da regulação assistencial, proporcionou redução do tempo para início do tratamento ($p < 0,001$). Em relação à evolução clínica da doença, após um seguimento médio de 30,6 meses, não se observou associação estatisticamente significativa da recidiva do câncer de mama com os intervalos de tempo estudados. Conclui-se que os intervalos de tempo para acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Distrito Federal foram associados a características socioeconômicas, clínicas e relacionados à organização dos serviços, porém não apresentaram associação com a evolução clínica da doença.

Descritores: Neoplasias da mama, Acesso aos Serviços de Saúde, Diagnóstico Tardio, Tempo para o Tratamento, Recidiva.

Abstract

BARROS, A. F. Factors associated with access time to breast cancer treatment in the Brazilian Federal District. 2017. 100 pages. (PhD Thesis) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

The main objective of this study was to verify the socioeconomic, clinical and related factors related to the organization of the services associated with the time to access breast cancer treatments. A cohort study was conducted with 600 women with breast cancer admitted for clinical and/or surgical treatment in nine public hospitals in the Brazilian Federal District. Breast cancer prevalent cases and patients with metastatic disease identified by staging tests before treatment were excluded. All participants were interviewed between September 2012 and September 2014. Clinical data were abstracted from the medical records during hospital admission. In a second moment, further review of the medical records and / or telephone contact was made to get information about treatments after surgery and clinical outcome. Patients were follow-up until February 2016. This study was approved by the Ethics Committee of the Brazilian Federal District Secretary of Health (Approval number 99,313). The mean age at diagnosis was 53.3 years (\pm 12,5) and the great majority self-declared with mixed heritage (46.4%). The average years of study was 7.9 (\pm 4.6) years, their family income average was R\$ 2,079.01 (\pm R\$ 2,489.23) and were living in the Brazilian Federal District (65.8%). Among women who self-identified suggestive symptoms of breast cancer, the time interval between onset of symptom and the first medical visit presented a median of 39 days (interquartile range: 14-123 days). In the multivariate analysis, this time interval longer than 90 days were significantly associated with years of education (OR: 0.95; 95% CI: 0.91-0.99), those who did not performe mammography and/or breast ultrasound in the two years prior breast cancer diagnosis (OR: 1.95; 95% CI: 1.25 - 3.03) and patients with more advanced

stages (OR: 1.74; 95% CI: 1.10 - 2.75). Regarding the treatment pathways in health care system and the interval between the first medical visit and the first treatment (median 160 days), we observed that this interval was longer among women with mixed heritage ($p < 0.001$), lower level of education ($p = 0.001$), lower family income ($p = 0.045$); those who had the first medical visit in the primary care compared to those that used private health services ($p < 0.001$); and those that used more than two health services ($p = 0.003$). The introduction of the scheduled consultation with a medical expert in the area provided a reduction of time to treatment ($p < 0.001$). Regarding the clinical course of the disease, after a mean follow-up of 30.6 months, we did not observe significant association of breast cancer recurrence with the time intervals. In conclusion, the time intervals for access to health services for diagnosis and treatment of breast cancer in the Federal District were associated with socioeconomic, clinical and organizational characteristics of the services; however they were not associated with clinical evolution.

Keywords: Breast Neoplasms, Health Services Accessibility, Delayed Diagnosis, Time-to-treatment, Recurrence.

SUMÁRIO

Lista de ilustrações

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

Resumo

Abstract

| | |
|--|-----------|
| 1. Justificativa Geral | 17 |
| 2. Introdução | 19 |
| 3. Objetivos | 21 |
| 4. Métodos | 22 |
| 5. Resultados | 27 |
| 5.1 Artigo 1 | 28 |
| 5.2 Artigo 2 | 47 |
| 5.3 Artigo 3 | 68 |
| 6. Conclusões Gerais | 89 |
| Referências Complementares | 90 |
| Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 93 |
| Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 95 |
| Apêndice A – Instrumento de coleta de dados | 97 |

1. JUSTIFICATIVA GERAL

O atendimento de pacientes com câncer de mama é uma prática usual dos profissionais de saúde, seja pela magnitude – por ser a neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres – e/ou por requerer intervenções terapêuticas multidisciplinares. As mulheres acometidas por esta doença passam muito tempo ligadas aos serviços de saúde para realizar grande quantidade de exames diagnósticos, desde o estadiamento aos pré-operatórios, seguidos pela realização de diferentes tipos de tratamento e controle dos respectivos efeitos colaterais, além das reabilitações, como fisioterapia e reconstrução mamária.

A variedade de intervenções necessárias faz com que as mulheres com câncer de mama percorram um sistema de saúde fragmentado e desarticulado, o que fragiliza a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção, implicando em barreiras de acesso aos serviços de saúde.

A falta de integração do sistema de saúde limita a atuação e, conseqüentemente, o desempenho adequado para garantir a integralidade da assistência à saúde com qualidade.

Nesse cenário, grande parte das pacientes com câncer de mama no Brasil é diagnosticada em fase avançada da doença e, muitas vezes, não recebem o tratamento em tempo oportuno. No caso do câncer de mama, esse tempo pode ser relevante ao prognóstico.

Estudos internacionais apontam que maior tempo para início do tratamento está associado à doença em estágio mais avançado^{1,2} e pior sobrevida³⁻⁶, apesar de haver resultados contrários⁷ e/ou fragilidades metodológicas⁸ que questionem essa associação.

Em estudo prévio, observou-se que mulheres com câncer de mama tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal apresentaram maior intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o tratamento do que o tempo observado em estudos realizados em países desenvolvidos⁹.

Durante a execução desse estudo prévio em 2009 e 2010, percebeu-se que,

além de características socioeconômicas, outros fatores poderiam influenciar o tempo para acesso das mulheres ao tratamento. Um desses fatores é a realização de exames preventivos nos anos anteriores ao diagnóstico, possivelmente por resultar em maior conhecimento sobre quando e onde procurar os serviços de saúde no caso de aparecimento de um sintoma suspeito. Outro fator que influenciaria esse tempo seria o itinerário percorrido para diagnóstico e tratamento porque possivelmente os serviços de saúde com rede mais estruturada e articulada favoreceriam o fluxo mais ágil das pacientes pelos três níveis de assistência à saúde.

Um terceiro fator seria analisar se maior tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama em serviços de saúde públicos do Distrito Federal poderia ser associado ao pior prognóstico nessas mulheres, quando considerado como desfecho a recidiva da doença.

A partir dessas hipóteses, elaborou-se a presente tese que será apresentada em forma de artigos científicos. A tese está estruturada inicialmente por uma Introdução sobre o tema de pesquisa, seguida pelos Objetivos e Métodos; contendo aspectos comuns e mais relevantes dos três artigos. Em sequência, estão os Resultados com apresentação dos três artigos originais resultantes da pesquisa. Depois são apresentadas as Conclusões Gerais e por fim as Referências complementares às citadas nos artigos científicos.

2. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência em mulheres em todo o mundo, sendo responsável por 25% do total de casos novos de câncer. Configura-se como a primeira causa de morte por câncer nas mulheres, sendo a mais frequente em regiões menos desenvolvidas, onde representa 14,3% das mortes por câncer¹⁰.

A redução da mortalidade por câncer de mama verificada em países desenvolvidos foi atribuída às melhorias no tratamento e na eficiência dos sistemas de saúde, não se restringindo exclusivamente aos programas de rastreamento mamográfico organizado¹¹.

No Brasil, o câncer de mama também é a neoplasia com maior taxa de incidência nas mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. Para o ano 2016, foram estimados 57.960 novos casos no Brasil, sendo que 1020 ocorreriam no Distrito Federal (DF), com estimativa de taxa bruta de incidência de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil e 67,7 no DF¹².

Enquanto os países desenvolvidos apresentam redução na mortalidade por câncer de mama, no Brasil, entre 1991 e 2010, verificou-se aumento proporcional, com tendência de crescimento no país e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, diminuição na região Sudeste e estacionária na região Sul. Esse achado pode indicar que desigualdades socioeconômicas influenciam na mortalidade por essa doença¹³.

Essas distinções são atribuídas às significativas limitações na quantidade, qualidade e acesso aos serviços de saúde dos países em desenvolvimento¹⁴, que se contrapõem e consolidam na detecção da estabilidade e até redução nas regiões mais desenvolvidas do Brasil¹⁵, que se traduzem em pouco conhecimento da população sobre o câncer de mama, na falta de programas de rastreamento, de recursos materiais e de infraestrutura para diagnóstico e tratamento, além de dificuldades para referenciar casos suspeitos e baixa qualidade da informação sobre seguimento e mortalidade¹⁶.

No cenário brasileiro, ainda persiste como nós críticos o acesso aos exames de rastreamento e as referências para o diagnóstico e tratamento nos de maior complexidade; demonstrando a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção¹⁷.

Como a trajetória, a partir do sintoma ou da suspeita radiológica, até o tratamento do câncer de mama passa por diferentes níveis de atenção e profissionais, os intervalos de tempo para diagnóstico e tratamento são impactados pela falta de integração entre os serviços.

Nos casos de câncer de mama, a oportunidade para se instaurar o tratamento indicado é um dos fatores críticos¹⁸. Em revisão sistemática da literatura observou-se que intervalo entre início dos sintomas e primeiro tratamento maior que três meses se associou à diminuição em 12% na sobrevivência das mulheres⁶.

Estudos que analisavam o tempo gasto em etapas específicas desse caminho com o intuito de se desvendar onde estariam os principais entraves que dificultam o acesso dessas mulheres e os respectivos fatores associados observaram que desigualdades sociais estavam associadas ao atraso no tratamento do câncer de mama. Foi verificado, por exemplo, maior atraso para início do tratamento nas mulheres negras¹⁹, com menor renda familiar²⁰ e menor grau de instrução²¹.

Tendo em vista a importância da redução da morbidade e mortalidade por câncer de mama para a saúde pública, torna-se relevante analisar os intervalos de tempo desde o aparecimento dos sintomas até o tratamento em serviços públicos a fim de identificar quais são e onde estão as barreiras para o acesso precoce aos serviços de saúde, estabelecer os grupos mais vulneráveis aos maiores intervalos de tempo entre o início dos sintomas até o início do tratamento, bem como o efeito desses intervalos de tempo no prognóstico das mulheres.

3. OBJETIVOS

Como a tese será apresentada na forma de artigos, os objetivos estão divididos em três blocos, correspondentes a cada um dos três artigos propostos:

Artigo 1

- Verificar o intervalo de tempo entre o início do sintoma sugestivo de câncer de mama e a primeira consulta nos serviços de saúde em mulheres diagnosticadas com a doença;
- Avaliar associação entre características socioeconômicas, realização de exames preventivos antes do diagnóstico e estadiamento com maior intervalo de tempo para a primeira consulta nos serviços de saúde.

Artigo 2

- Identificar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal;
- Analisar associação das características socioeconômicas e do itinerário terapêutico com o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento.

Artigo 3

- Investigar o efeito dos intervalos de tempo entre o início dos sintomas e primeiro tratamento na evolução clínica das mulheres com câncer de mama tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo, cenário, população e amostra

Foi realizado um estudo de coorte com mulheres com câncer de mama que foram internadas para tratamento clínico e/ou cirúrgico da doença em nove hospitais públicos do Distrito Federal. Todos esses serviços atendiam exclusivamente pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Até o início da coleta de dados, somente os hospitais incluídos no estudo realizavam tratamento específicos para pacientes com câncer de mama.

A amostra foi baseada na estimativa de incidência de câncer de mama no DF para o período de coleta de dados²², de aproximadamente 1800 novos casos. Foram desconsiderados 40% referente às mulheres atendidas pela saúde suplementar²³. A prevalência de atraso para início do tratamento, aqui definida como intervalo de tempo maior que três meses, ocorreu em 88% das mulheres com câncer de mama⁹. Assumindo perdas de seguimento de 30% e erros alfa de 5% e beta de 20%, foram incluídos 600 casos consecutivos desconsiderando as recusas.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as mulheres com diagnóstico patológico de câncer de mama que realizaram o primeiro tratamento para a doença em serviços de saúde públicos do Distrito Federal a fim de restringir a análise do acesso aos serviços do DF. Não foram incluídos: casos prevalentes de câncer de mama, pois já conheceriam os serviços de saúde e saberiam buscar a assistência especializada, além de serem priorizadas nos serviços em caso de aparecimentos de novos sintomas; casos que apresentavam doença metastática identificadas em exames de estadiamento antes do início do tratamento, pois para elas se priorizam os cuidados paliativos para minimizar sinais e sintomas, podendo retardar o início de

qualquer tratamento específico para a doença.

4.3. Coleta de dados

As mulheres foram entrevistadas entre setembro de 2012 e setembro de 2014 pela pesquisadora responsável e por estudantes de iniciação científica, previamente treinados (Apêndice A).

O instrumento de coleta de dados foi previamente testado em 30 pacientes, sendo realizados poucos ajustes e adequações para facilitar a compreensão e registro dos entrevistadores.

Além da entrevista, foi realizada análise do prontuário das mulheres para coleta de dados clínicos e datas das consultas. As datas registradas em cartões de consulta, no prontuário e nos exames foram utilizadas para ajudar as pacientes a recordarem as outras datas ausentes dos registros. Em um segundo momento, foi realizada nova revisão em prontuário e/ou contato telefônico para obter informações sobre os tipos de tratamentos realizados após a cirurgia, evolução clínica (recidiva e/ou óbito). O seguimento das mulheres ocorreu até fevereiro de 2016.

Os dados socioeconômicos coletados foram idade ao diagnóstico, cor da pele autodeclarada, procedência, situação conjugal, renda familiar média e nível de escolaridade em anos de estudo.

Em relação aos antecedentes familiares e exames preventivos, foram coletados o histórico familiar de câncer de mama e a realização de exames preventivos, seja em ações de rastreamento pelo sistema de saúde e/ou pelo autoexame, para o câncer de mama antes do diagnóstico.

Para análise dos intervalos de tempo foram coletadas as datas das consultas nos serviços de saúde que efetuaram a investigação do câncer de mama, em especial na data da primeira consulta geral e/ou na primeira consulta especializada, data do diagnóstico, e por fim a data do início do tratamento, conforme ilustrado pela Figura 1. Esses intervalos foram definidos a partir de

recomendações de um consenso de pesquisadores⁸. Foram feitas algumas adaptações para se tornar mais aplicável ao cenário do presente estudo.

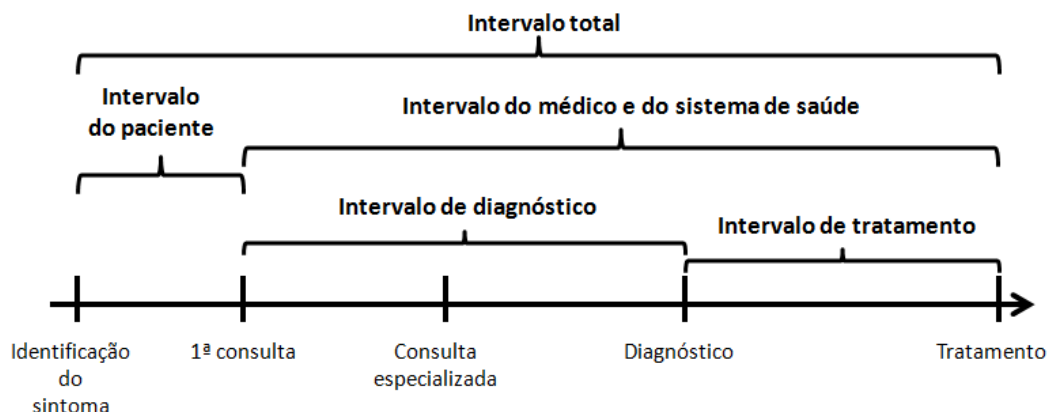


Figura 1. Ilustração das etapas para diagnóstico e tratamento do câncer de mama com base em definições recomendadas por consenso de pesquisadores (com adaptações)⁸.

O local da primeira consulta e da consulta especializada foram coletados para se verificar o itinerário terapêutico. Outras características desse itinerário também foram analisadas, tais como: número de serviços percorridos, uso de relações informais próprias das pacientes ou dos profissionais de saúde que as atenderam para conseguirem atendimento mais ágil nos serviços de saúde, realização de exames na saúde suplementar e implementação da regulação de consultas com especialistas.

Quanto aos dados clínicos, foram registrados tipo histológico, gradação histológica, estadiamento clínico, quando o primeiro tratamento foi a quimioterapia neoadjuvante, e o estadiamento patológico quando foi a cirurgia, ambos definidos pela União Internacional Contra o Câncer 6ª edição²⁴. Coletou-se também o tipo de cirurgia (não conservadora, conservadora, com reconstrução imediata), tipos de tratamentos adjuvantes realizados, marcadores tumorais e respectivos imunofenótipos conforme classificação adotada em 2011 pela 12th St. Gallen International Breast Cancer Conference²⁵.

A coorte de exposição foi composta por mulheres com maiores intervalos

de tempo a partir do início dos sintomas até o primeiro tratamento da doença e a coorte de referência por mulheres com intervalos de tempo menores.

No Artigo 1, a variável de interesse foi o intervalo de tempo entre o início do sintoma sugestivo de câncer de mama e a data da primeira consulta. Como variáveis independentes, analisaram-se alguns dados socioeconômicos, histórico familiar de câncer de mama, realização de exames preventivos antes do diagnóstico e estadiamento.

No Artigo 2, a principal característica analisada foi o itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama e sua relação com o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento. Essa variável foi relacionada às características socioeconômicas e às do próprio itinerário.

No Artigo 3, foram analisados os intervalos de tempo entre o início dos sintomas e tratamento e seus subintervalos; além de associação desses intervalos de tempo, características socioeconômicas, clínicas, do tratamento com o desfecho recidiva do câncer de mama.

4.4. Análise dos dados

Na seção correspondente de cada artigo, serão detalhadas as análises realizadas, assim, elas somente serão apresentadas brevemente aqui.

Na análise descritiva dos dados, foi realizada a distribuição percentual das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas.

Para investigar associação entre as variáveis, foram realizados modelos de regressão logística univariada e múltipla quando a variável resposta (dependente) era dicotômica e o teste não paramétrico Mann-Whitney para verificar associação entre o intervalo de tempo de forma contínua e as variáveis categóricas.

Foi considerada significância estatística quando $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada no *software IBM SPSS Statistics*, versão 20.0.

4.5. Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal conforme o parecer nº 99.313 (Anexo I) e foi conduzida de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos. As participantes do estudo aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

5. RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os três manuscritos em forma de artigos científicos originais que formam o núcleo desta tese. Todos os manuscritos foram elaborados no formato exigido pela revista Cadernos de Saúde Pública – CSP publicada mensalmente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

5.1. Artigo 1

Fatores associados ao intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a primeira consulta em mulheres com câncer de mama

Factors associated with the time interval between the onset of symptoms and the first visit in women with breast cancer

Factores asociados con el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera visita en mujeres con cáncer de mama

Autores: Ângela Ferreira Barros^{1, 2}, Cristiane Murta-Nascimento¹, Adriano Dias¹

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, Brasil.

2. Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Endereço para correspondência:

Escola Superior de Ciências da Saúde – Campus Samambaia

QR 301 conjunto 4 lote 1 Centro Urbano Samambaia Sul – Brasília (DF)

CEP: 72300-537

Email: anbarros@yahoo.com.br

Conflito de interesses: não há

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) pelo edital de fomento à pesquisa nº 41, de 02 de outubro de 2013.

Agradecimentos ao Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal e Serviço de Oncologia do Hospital Regional de Taguatinga (Brasília-DF).

RESUMO

Objetivou-se investigar o intervalo de tempo entre o início do sintoma sugestivo de câncer de mama e a primeira consulta nos serviços de saúde por mulheres diagnosticadas com a doença e os fatores associados a esse intervalo maior que três meses. Realizou-se um estudo transversal com 600 mulheres com câncer de mama, entrevistadas durante a internação para tratamento em nove hospitais públicos do Distrito Federal, entre setembro de 2012 e setembro de 2014. Não foram incluídos casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática identificada em exames de estadiamento antes do início do tratamento. Foi realizado modelo de regressão logística univariada e multivariada para avaliar as variáveis associadas ao intervalo de tempo estudado. Nas 444 mulheres que buscaram a consulta devido o aparecimento de sintomas, o intervalo de tempo entre o início do sintoma e a primeira consulta médica apresentou mediana de 39 dias (intervalo interquartilico: 14-123 dias), sendo que 34% consultaram após 90 dias. Na análise multivariada, houve associação estatisticamente significativa desse intervalo de tempo > 90 dias com anos de estudo (OR: 0,95; IC 95%: 0,91-0,99), não realização de mamografia e/ou ultrassonografia mamária nos dois anos anteriores ao diagnóstico de câncer de mama (OR: 1,95; IC95%: 1,25-3,03) e estadiamento mais avançado (OR: 1,74; IC 95%: 1,10-2,75). Os resultados permitiram analisar as características que favoreceram maior atraso das mulheres em procurar serviços de saúde no Distrito Federal. Isso contribuiu para identificar as mulheres mais vulneráveis ao diagnóstico tardio do câncer de mama.

Descritores: Neoplasias da mama, Acesso aos Serviços de Saúde, Mamografia.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the time interval between the onset of

symptoms suggestive of breast cancer and the first medical visit. We also studied factors associated with interval longer than three months. We conducted a cross-sectional study with 600 women with breast cancer, interviewed during their hospitalization for treatment in nine public hospitals in the Brazilian Federal District, between September 2012 and September 2014. Breast cancer prevalent cases and patients with metastatic disease were not included in this study. We performed univariate and multivariate logistic regression. Four hundred forty four women were symptomatic at the first medical visit. The median time interval between onset of symptoms and the first medical visit was 39 days (interquartile range: 14-123 days), and 34% had their first visit more than 90 days after the onset of symptoms. In the multivariate analysis, the interval >90 days was significantly associated with years of study (OR: 0.95; 95% CI: 0.91-0.99), not performing mammography and/or breast ultrasound in the two years prior the breast cancer diagnosis (OR: 1.95; 95% CI: 1.25-3.03) and patients with more advanced stages (OR: 1.74; 95% CI: 1.10 to 2.75). In conclusion, we identified characteristics that were associated with women delaying going to the health services in the Brazilian Federal District. These results may contribute to identify the most vulnerable women to have late diagnosis of breast cancer.

Descriptors: Breast neoplasms, Health Services Accessibility, Mammography.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas sugestivos de cáncer de mama y la primera consulta en los servicios de salud y los factores asociados a un intervalo mayor de tres meses. Se realizó un estudio transversal con 600 mujeres con cáncer de mama, entrevistadas durante su hospitalización para el tratamiento en nueve hospitales públicos en el Distrito Federal de Brasil, entre septiembre de 2012 y septiembre de 2014. No se incluyeron casos prevalentes de cáncer de mama y aquellos con enfermedad

metastásica al diagnóstico. Se realizó modelo logístico univariante y multivariante para evaluar las variables asociadas con el intervalo de tiempo estudiado. Entre las 444 mujeres que acudieron a consulta debido a la aparición de los síntomas, el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta médica presentó una mediana de 39 días (rango intercuartil: 14-123 días), siendo que el 34% consultó después de 90 días. En el análisis multivariante, hubo una asociación estadísticamente significativa de este intervalo >90 días con años de estudio (OR: 0,95; IC 95%: 0,91-0,99), no haber hecho mamografía y/o ecografía de mama en los dos años anteriores al diagnóstico de cáncer de mama (OR: 1,95; IC 95%: 1,25-3,30) y estadio más avanzado (OR: 1,74; IC 95%: 1,10-2,75). Los resultados permitieron identificar las características que favorecieron a un mayor atraso de las mujeres en buscar los servicios de salud en el Distrito Federal. Este estudio puede contribuir en la identificación de mujeres más vulnerables a un diagnóstico tardío de cáncer de mama.

Descriptores: Neoplasias de la mama, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Mamografía.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência em mulheres em todo o mundo, sendo responsável por 25% do total de casos novos de câncer. Configura-se como a principal causa de morte por câncer nas mulheres, sendo a causa mais frequente em regiões menos desenvolvidas, onde representa 14,3% das mortes por câncer¹.

No Brasil, o câncer de mama também é a neoplasia com maior taxa de incidência nas mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. Foram estimados, para 2016, no Brasil, 57.960 novos casos e uma taxa bruta de incidência dessa neoplasia de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres².

No Distrito Federal (DF), foram estimados 1020 novos casos de câncer de mama para 2016, colocando-o como a quarta unidade da federação com maior taxa bruta de incidência, de 67,7 casos a cada 100 mil mulheres².

Diante do aumento proporcional da mortalidade por câncer de mama no país³, estabeleceu-se a detecção precoce como estratégia de controle do câncer de mama, que consiste em ações de diagnóstico precoce para indivíduos sintomáticos e de rastreamento para os assintomáticos⁴, visando o diagnóstico em fase inicial, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento⁵.

Para diagnóstico precoce é importante favorecer o rápido reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama pela população e pelos profissionais de saúde, bem como melhorar o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento⁶.

Porém estudos brasileiros indicam que muitas mulheres ainda apresentam limitações no conhecimento, na prática e na realização de exames preventivos do câncer de mama^{7,8}. Fragilidades nesses aspectos, além de dificuldades para acesso, podem favorecer que as mulheres demorem mais tempo para realizar uma primeira consulta após a identificação de uma alteração na mama sugestiva de câncer.

Estudos realizados em países em desenvolvimento observaram que maior intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a primeira consulta estava

associado à maior idade, menor nível de escolaridade⁹ e menor renda familiar¹⁰. Poucos estudos brasileiros investigaram esse intervalo^{11,12}, o que limita a compreensão dos fatores que podem prolongar o intervalo de tempo para acesso aos serviços de saúde no país.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo verificar o intervalo de tempo entre o início dos sintomas sugestivo de câncer de mama e a primeira consulta, nos serviços de saúde, em mulheres diagnosticadas com a doença e identificar fatores associados ao intervalo mais longo.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte do estudo intitulado “Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo parecer nº 99.313 conforme recomendações das diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizado um estudo transversal com 600 mulheres com diagnóstico patológico de câncer de mama, internadas para tratamento clínico e/ou cirúrgico dessa doença em nove hospitais públicos do DF. Não foram incluídos casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática identificadas em exames de estadiamento antes do início do tratamento. Nesta análise foram excluídas as mulheres assintomáticas na primeira consulta.

A amostra foi baseada na estimativa de incidência de câncer de mama no DF para o período de coleta de dados¹³, de aproximadamente 1800 novos casos. Foram desconsiderados 40% referente às mulheres atendidas pela saúde suplementar¹⁴. A prevalência de atraso para início do tratamento, aqui definida como intervalo de tempo maior que três meses, ocorreu em 88% das mulheres com câncer de mama¹². Assumindo perdas de seguimento de 30% e erros alfa de 5% e beta de 20%, foram incluídos 600 casos consecutivos desconsiderando as

recusas. Foram excluídas 156 mulheres assintomáticas.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2012 e setembro de 2014, através de entrevista orientada por um questionário estruturado e pela análise do prontuário, no qual se obteve os dados clínicos.

A variável de interesse foi o intervalo de tempo entre o início do sintoma sugestivo de câncer de mama e a data da primeira consulta. Esta variável foi dicotomizada (≤ 90 dias e > 90 dias). Foi considerado sintoma a presença de nódulo palpável, retração da pele e/ou mamilo, hiperemia, abaulamento, abscesso e dor na mama, além de presença de nódulos axilares. Foi considerada a data da primeira consulta quando a paciente foi inicialmente atendida para avaliar a queixa clínica na mama.

Outras variáveis analisadas foram as características socioeconômicas (idade, situação conjugal, procedência, escolaridade e renda familiar média), histórico familiar de câncer de mama, periodicidade de realização de autoexame da mama, última mamografia (MMG) e/ou ultrassonografia (USG) mamária e último exame clínico da mama antes do diagnóstico e estadiamento agrupado de acordo com a 6ª edição do TNM ($< IIB$ e $\geq IIB$)¹⁵.

Para a análise dos dados foi realizada a distribuição percentual das variáveis categóricas e medidas de tendência central (médias e medianas) para as variáveis contínuas. Foi realizado modelo de regressão logística univariada para avaliar as variáveis associadas ao intervalo de tempo sintoma-primeira consulta mais longo. Em seguida, foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla pelo método *stepwise forward*. As variáveis que na análise univariada apresentaram valores de $p \leq 0,25$ ¹⁶ foram testadas no modelo múltiplo. As variáveis permaneciam no modelo quando $p < 0,05$. Utilizou-se o *software IBM SPSS Statistics v.20.0* para análise.

RESULTADOS

Dentre as 444 mulheres incluídas nesta análise, a média de idade no diagnóstico foi de 52,3 ($\pm 12,8$) anos, sendo que a maioria estava na faixa etária

entre 50 e 69 anos, se declarou com a cor da pele negra ou parda, referiu ter companheiro e residir no Distrito Federal (Tabela 1). A média de anos de estudo foi 7,8 ($\pm 4,7$) anos e da renda familiar média, R\$ 2050,60 ($\pm 2547,81$).

O intervalo entre o início dos sintomas sugestivos de câncer e a primeira consulta apresentou mediana de 39 dias (IIQ: 14-123) e média de 111 ($\pm 197,3$) dias, com 42,4% em até 30 dias e 34% em mais de 90 dias.

Na análise univariada, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com um intervalo mais longo entre sintoma-primeira consulta (> 90 dias) foram menor escolaridade, não ter realizado MMG e/ou USG mamária nos dois anos anteriores ao diagnóstico de câncer de mama e maior estadiamento. Não houve associação estatisticamente significativa com as demais covariáveis analisadas (Tabela 2).

Na análise multivariada, as variáveis que continuaram significativas foram menor escolaridade, não realização de MMG e/ou USG mamária nos dois anos anteriores ao diagnóstico e maior estadiamento (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Apesar de muitas mulheres terem realizado a primeira consulta um mês após o início do sintoma sugestivo de câncer de mama, um terço delas passou por consulta após três meses, com atraso > 90 dias nesse intervalo de tempo sendo associado à menor escolaridade, a não realização de MMG e/ou USG mamária nos dois anos anteriores ao diagnóstico e ao diagnóstico mais avançado do câncer de mama.

O tempo mediano para a primeira consulta, a partir do início do sintoma, foi superior ao encontrado em outros estudos brasileiros^{11,12}. Já o percentual de mulheres que apresentaram esse intervalo maior que três meses foi semelhante ao identificado em estudo realizado no norte do Paquistão (39%)¹⁷, contudo maior do que na Colômbia (20,3%)¹⁸, em Hong Kong (29%)¹⁰ e na Turquia (17,3%)¹⁹. Entretanto, distinções metodológicas desses estudos e nas características da oferta dos serviços de saúde em cada país dificultam comparações com outros resultados. Ainda assim, na análise dos resultados de pesquisas realizadas em países

desenvolvidos, onde se encontrou, no mesmo intervalo, a mediana de 14 dias²⁰ e 16 dias²¹, percebe-se que é possível reduzir esse intervalo de tempo.

Em estudo de revisão, consta como causas mais frequente para as mulheres demorarem a realizar a primeira consulta não atribuir os sintomas ao câncer, medo da doença e dos efeitos colaterais do tratamento, menor nível de escolaridade, maior e menor idade²².

Outros estudos acrescentam que experiências prévias e avaliação dos serviços de saúde²³, bem como barreiras percebidas no acesso a esses serviços, que são mais frequentes em populações com piores condições socioeconômicas, podendo levar a atrasos evitáveis e diagnósticos tardios²⁴.

Em relação ao acesso nos serviços de saúde, estudo de âmbito nacional verificou que 97,6% dos entrevistados conseguiram consulta médica na primeira vez que procuraram, considerando os últimos 12 meses anteriores à pesquisa, com a maioria avaliando os serviços de saúde e a assistência prestada pelo médico como “bom”, sendo o Distrito Federal como uma das unidades da federação com melhor avaliação²⁵. Outro estudo apontou maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde de média complexidade²⁶, abrangendo o acesso a exames diagnósticos, sugerindo que essas barreiras podem ter favorecido a não realização de exames preventivos anteriormente, o que apresentou associação com maior atraso na primeira consulta.

Ainda assim, acredita-se que melhoria do conhecimento e das atitudes sobre o câncer de mama através de estratégias de conscientização pode antecipar o diagnóstico da doença. Essas estratégias podem envolver o conhecimento dos aspectos normais da mama e suas variações, além dos sinais de alerta para o câncer de mama, sendo contraindicado o autoexame das mamas diante de maior risco de biópsias desnecessárias associadas a essa prática⁵.

No Reino Unido, mulheres com maior conhecimento sobre os sinais de alerta para o câncer de mama, buscariam o serviço de saúde com maior brevidade caso esses sintomas fossem identificados²⁷, sendo que outros estudos observaram associação com maior nível de escolaridade^{28,29}. Assim como realização de

consulta médica no ano anterior aumentou a probabilidade de aderir aos exames de rastreamento do câncer de mama³⁰, indicando que um comportamento mais preventivo em relação à saúde pode favorecer maior conhecimento e atitude mais dinâmica diante de alterações clínicas na mama.

Os resultados do presente estudo reforçam isso e possivelmente favoreceram que as mulheres tenham buscado os serviços de saúde com maior agilidade quando detectaram os sinais de alerta nas mamas.

Outros estudos também verificaram que a prática de exames preventivos para o câncer de mama se associou ao menor intervalo de tempo entre o início do sintoma até a primeira consulta^{19,21,31,32}. A associação entre esse intervalo de tempo e estadiamento mais avançado do câncer de mama também foi observado em outras pesquisas^{11,18,33}.

Alguns estudos, com mulheres com câncer de mama, encontraram associação de maior atraso para primeira consulta com mulheres mais jovens¹⁹, sem companheiro, não ter histórico familiar de câncer de mama³⁴, menor renda¹⁸, residir distante do local de tratamento³⁵, não identificadas no presente estudo. Essas distinções podem ser devido às diferenças metodológicas e ao fato de que esses fatores dependem de um contexto sociocultural²². Além disso, em estudo de revisão verificou-se que esses fatores foram avaliados por um ou dois estudos limitando a compreensão da natureza da relação entre eles e o atraso das pacientes³⁶.

Como possíveis limitações deste estudo, ressalta-se que para a coleta de dados foi solicitado às pacientes que recordassem quando certos eventos ocorreram em suas vidas, implicando em possível viés de memória. A participante pode ter se enganado quanto ao tempo decorrido entre os eventos, ou ainda não revelar a duração real do intervalo de tempo³⁷ por vergonha ou constrangimento.

Porém, acredita-se que isso seja aceitável tendo em vista que essas informações foram coletadas de forma retrospectiva por questões éticas³⁸. Além disso, buscou-se minimizar esse viés realizando a entrevista das mulheres durante a internação cirúrgica e/ou clínica para o tratamento da doença. Portanto não havia

transcorrido intervalo maior que um ano para a maioria das mulheres desde a detecção do sintoma na mama e elas ainda não estavam na fase de seguimento da doença.

Os resultados observados podem fortalecer as discussões sobre estratégias para diagnóstico precoce do câncer de mama e enfatizar a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento das mulheres sobre os sinais e sintomas suspeitos a fim de que busquem serviços de saúde prontamente.

Ampla divulgação em diferentes mídias e maior capacitação dos profissionais de saúde são estratégias que podem ser implementadas para propiciar melhor orientação sobre os sinais de alerta e esclarecer crenças sobre o fatalismo da doença e os efeitos colaterais do tratamento que podem ser reduzidos quando o diagnóstico e tratamento ocorrem com a maior agilidade possível.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136 (5): E359-E386.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. Kluthcovsky ACGC, Faria TNP, Carneiro FH, Strona R. Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(4): 387-93.
4. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: early detection. Geneva, 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
6. Corbex M, Burton R, Sancho-Garnier H. Breast cancer early detection methods for low and middle income countries, a review of the evidence. *Breast*. 2012; 21: 428-34.

7. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Marana HRC. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(5): 241-6.
8. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(5): 888-98.
9. Sharma K, Costas A, Damuse R, Hamilton-Pierre J, Pyda J, Ong CT, Shulman LN and Meara JG. The Haiti Breast Cancer Initiative: Initial Findings and Analysis of Barriers-to-Care Delaying Patient Presentation. *J Oncol.* 2013; 206367. [cited 2016 jan 26]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/206367>
10. Yau TK, Choi CW, Ng E, Yeung R, Soong IS, Lee AWM. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer center. *Hong Kong Med J.* 2010; 16(5):373-77.
11. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(2): 75-81.
12. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(10): 458-63.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [Internet]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [cited 2012 apr 26]. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Informações em Saúde Suplementar. Taxa de cobertura de planos de saúde. Assistência médica entre 2012 a 2014, no Distrito Federal, sexo feminino, faixa etária de

- 30 a 79 anos. [cited 2014 dec 04] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6^a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
 16. Hosmer Jr. DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression, 2nd Edition. Hoboken (Nova Jersey): John Wiley & Sons; 2005.
 17. Khan MA, Hanif S, Iqbal S, Shahzad MF, Sharique S, Khan MT. Presentation delay in breast cancer patients and its association with sociodemographic factors in North Pakistan. *Chinese J Cancer Res.* 2015; 27(3): 288-93.
 18. Piñeros M, Sanchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex.* 2009; 51(5): 372-80.
 19. Ozmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapkac M. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *Eur J Public Health.* 2014; 25 (1): 9-14.
 20. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res* 2011, 11:284. doi:10.1186/1472-6963-11-284.
 21. Innos K, Padrik P, Valvere V, Eelma E, Kütner R, Lehtsaar J. et al. Identifying women at risk for delayed presentation of breast cancer: a cross-sectional study in Estonia. *BMC Public Health.* 2013; 13:947. doi:10.1186/1471-2458-13-947.
 22. Freitas AGQ, Weller M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20 (10): 3177-89.
 23. Khakbazan Z, Taghipour A, Roudsari RL, Mohammadi E. Help seeking behavior of women with self-discovered breast cancer symptoms: a meta-

- ethnographic synthesis of patient delay. *PLoS One*. 2014; 9 (12): doi:10.1371/journal.pone.0110262
24. McCutchan GM, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain KE. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socioeconomic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer*. 2015; 15: 1000. doi:10.1186/s12885-015-1972-8
 25. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Brasil*, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2): 339-49.
 26. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health*. 2014; 13:10. doi: 10.1186/1475-9276-13-10.
 27. Quaife SL, Forbes LJJ, Ramirez AJ, Brain KE, Donnelly C, Siomn AE, et al. Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. *Br J Cancer*. 2014; 110: 12-8.
 28. Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Vedsted P. Cancer awareness and socio-economic position: results from a population-based study in Denmark. *BMC Cancer*. 2014; 14: 581. doi:10.1186/1471-2407-14-581
 29. Whitaker KL, Winstanley K, Macleod U, Scott SE, Wardle J. Low cancer suspicion following experience of a cancer ‘warning sign’. *Eur J Cancer*. 2015; 51 (16): 2473-9.
 30. Carney P, O’Neill S, O’Neill C. Determinants of breast cancer screening uptake in women, evidence from the British Household Panel Survey. *Soc Sci Med*. 2013; 82: 108-14.
 31. Ghazali SM, Othman Z, Cheong KC, Hock AK, Mahiyuddin WRW, Kamaluddin MA, et al. Non-practice of breast self examination and marital status are associated with delayed presentation with breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013; 14(2): 1141-5.

32. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, Drobnieni M, Eglitis J, Lakshmaiah KC, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur J Public Health*. 2013; 24(5): 761-7.
33. Odongo J, Makumbi T, Kalungi S, Galukande M. Patient delay factor in women presenting with breast cancer in a low income country. *BMC Res Notes*. 2015; 8: 467. doi:10.1186/s13104-015-1438-8
34. Memon ZA, Shaikh AN, Rizwan S, Sardar MB. Reasons for patient's delay in diagnosis of breast carcinoma in Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; 14 (12): 7409-14.
35. Thakur NA, Humme AY, Godale LB. Delay in presentation to the hospital and factors affecting it in breast cancer patients attending tertiary care center in Central India. *Indian J Cancer*. 2015; 52(1): 102-5.
36. Webber C, Jiang L, Grunfeld E, Groome PA. Identifying predictors of delayed diagnoses in symptomatic breast cancer: a scoping review. *Eur J Cancer Care*. 2016. doi:10.1111/ecc.12483. Epub ahead of print
37. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353 (9159):1119-26.
38. Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara JG. A systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. *J Oncol*. 2012; 2012: 121873. doi:10.1155/2012/121873.

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas, clínicas e dos hábitos preventivos de 444* mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014.

| Variáveis | Categorias | N | % |
|--|-------------------------|-----|------|
| Faixa etária | < 40 anos | 81 | 18,2 |
| | 40 - 49 anos | 120 | 27,0 |
| | 50 - 69 anos | 195 | 43,9 |
| | > 70 anos | 48 | 10,8 |
| Procedência | Distrito Federal | 281 | 63,3 |
| | Fora Distrito Federal | 163 | 36,7 |
| Situação conjugal | Solteira | 98 | 22,1 |
| | Casada ou união estável | 222 | 52,4 |
| | Separada/divorciada | 57 | 12,8 |
| | Viúva | 56 | 12,6 |
| Histórico familiar de câncer de mama | Não | 323 | 72,7 |
| | Sim | 121 | 27,3 |
| | 1º grau | 45 | 37,2 |
| | 2º grau | 76 | 62,8 |
| Autoexame da mama mensalmente | Sim | 212 | 47,9 |
| | Não | 231 | 52,1 |
| Mamografia e/ou ultrassonografia mamária | ≤ 2 anos | 170 | 39,3 |
| | > 2 anos | 93 | 21,9 |
| | Nunca | 165 | 38,9 |
| Exame clínico das mamas | ≤ 1 ano | 159 | 37,6 |
| | > 1 ano | 194 | 45,8 |
| | Nunca | 70 | 16,6 |
| Estadiamento | 0, I e IIA | 155 | 35,0 |
| | IIB, IIIA, IIIB, IIIC | 288 | 65,0 |

*Diferenças encontradas correspondem à perda de informação.

Tabela 2. Distribuição das 444* mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto ao tempo entre o início dos sintomas e a primeira consulta em até 90 dias e fatores associados.

| Variáveis | Categorias | Tempo entre sintoma e primeira consulta | | OR | IC 95% |
|--|-------------------|---|-------------|------|------------|
| | | ≤ 90 dias | > 90 dias | | |
| Idade | ≤ 49 anos | 135 (30,5%) | 66 (14,9%) | 1,00 | - |
| | > 49 anos | 157 (35,5%) | 84 (19,0%) | 1,10 | 0,74-1,62 |
| Procedência | DF | 181 (41,0%) | 98 (22,2%) | 1,00 | - |
| | Fora DF | 111 (25,1%) | 52 (11,8%) | 0,88 | 0,59-1,33 |
| Situação conjugal ⁺ | Com companheiro | 159 (36,1%) | 72 (16,3%) | 1,00 | - |
| | Sem companheiro | 133 (30,2%) | 77 (17,5%) | 1,33 | 0,90-1,97 |
| Renda familiar média | > R\$ 1356,00 | 138 (31,7%) | 65 (14,9%) | 1,00 | - |
| | ≤ R\$ 1356,00 | 148 (34,0%) | 84 (19,3%) | 0,82 | 0,55-1,22 |
| Escolaridade (anos de estudo) ⁺ | Média 7,8 (±4,7) | | | 0,95 | 0,91-0,99 |
| Histórico familiar de câncer de mama | Sim | 84 (19,0%) | 37 (8,4%) | 1,00 | - |
| | Não | 208 (47,1%) | 113 (25,6%) | 1,20 | 0,77-1,87 |
| Autoexame mensalmente | Sim | 140 (31,7%) | 71 (16,1%) | 1,00 | - |
| | Não | 151 (34,2%) | 79 (17,9%) | 1,01 | 0,68-1,49 |
| MMG e/ou USG mamária ⁺ | ≤ 2 anos | 128 (30,1%) | 39 (9,2%) | 1,00 | - |
| | > 2 anos ou nunca | 155 (36,5%) | 103 (24,2%) | 2,18 | 1,42-3,36 |
| Exame clínico das mamas ⁺ | ≤ 1 ano | 114 (27,1%) | 44 (10,5%) | 1,00 | - |
| | > 1 ano ou nunca | 167 (39,8%) | 95 (22,6%) | 1,44 | 0,94-2,20 |
| Estadiamento ⁺ | < IIB | 115 (26,1%) | 38 (8,6%) | 1,00 | - |
| | ≥ IIB | 176 (39,9%) | 112 (25,4%) | 1,93 | 1,25- 2,98 |

MMG: mamografia; USG: ultrassonografia.

*Diferenças encontradas correspondem à perda de informação.

⁺Variáveis que produziram valores-p≤0,25.

Tabela 3. Análise multivariada entre a variável resposta intervalo de tempo entre início do sintoma e primeira consulta (\leq ou $>$ 90 dias) e fatores associados.

| | | OR | IC 95% | p |
|--|---------------------|------|-----------|-------|
| Escolaridade (anos de estudo) | | 0,95 | 0,91-0,99 | 0,040 |
| Mamografia e/ou Ultrassonografia mamária | \leq 2 anos | 1,00 | - | |
| | $>$ 2 anos ou nunca | 1,95 | 1,25-3,03 | 0,003 |
| Estadiamento | $<$ IIB | 1,00 | - | |
| | \geq IIB | 1,74 | 1,10-2,75 | 0,018 |

5.2 Artigo 2

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas em serviços públicos do Distrito Federal, Brasil.

Care pathways of women with breast cancer treated in public services of the Federal District, Brazil.

Itinerario terapêutico de las mujeres con cáncer de mama tratadas en los servicios públicos del Distrito Federal, Brasil.

Ângela Ferreira Barros^{1,2}, Cristiane Murta-Nascimento¹, Adriano Dias¹

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo, Brasil.

2. Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Endereço para correspondência:

Escola Superior de Ciências da Saúde – Campus Samambaia

QR 301 conjunto 4 lote 1 Centro Urbano Samambaia Sul Brasília-DF

CEP: 72300-537

Email: anbarros@yahoo.com.br

Conflito de interesses: não há

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) pelo edital de fomento à pesquisa nº 41, de 02 de outubro de 2013.

Agradecimentos ao Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal e Serviço de Oncologia do Hospital Regional de Taguatinga (Brasília-DF).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos e analisar sua associação com o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento. Realizou-se um estudo transversal com 600 mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. Elas foram entrevistadas entre setembro de 2012 e setembro de 2014. O itinerário mais frequente foi iniciado na atenção primária com atendimento subsequente no serviço de tratamento (28,9%). Apresentaram maior intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento as mulheres com a cor da pele parda ou negra ($p < 0,001$), menor escolaridade ($p = 0,001$), menor renda familiar ($p = 0,045$); aquelas que realizaram a primeira consulta na atenção primária ($p < 0,001$) quando comparado às que realizaram em serviços de saúde suplementar; foram atendidas em mais de dois serviços de saúde ($p = 0,003$); não utilizaram relações informais para agilizar o atendimento ($p < 0,001$) e obtiveram o resultado da biópsia em serviços públicos ($p < 0,001$), quando comparadas às que realizaram em serviços particulares. A implementação do agendamento de consulta com especialista, através da regulação assistencial, proporcionou redução do intervalo de tempo entre primeira consulta e tratamento ($p < 0,001$). O fortalecimento da regulação assistencial pode contribuir para redução de iniquidades na assistência prestada pelos serviços públicos às mulheres com câncer de mama.

Descritores: Neoplasias da mama, Acesso aos serviços de saúde, Diagnóstico tardio, Atenção Primária à Saúde, Tempo para o Tratamento.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the health care pathways for women with breast cancer treated in public hospitals. We also analyzed factors associated with

the interval between the first medical visit and first treatment. A cross-sectional study was performed which included 600 women with breast cancer treated in nine public hospitals in the Brazilian Federal District. All women were interviewed between September 2012 and September 2014. The most frequent route was initiated in the primary care with subsequent care in the service that performed treatment (28.9%). Greater intervals was observed among women with mixed-heritage or black ($p < 0.001$), lower level of education ($p = 0.001$), lower family income ($p = 0.045$); those who had their first visit in the primary care compared to those who used private services ($p < 0.001$); those who used more than two health services ($p = 0.003$); those who did not use informal relationships to speed up the process ($p < 0.001$) and those that had a biopsy in public services ($p < 0.001$) when compared to those held in private services. The introduction of the scheduled consultation with a medical expert in the area provided a reduction of time interval between the first medical visit and treatment ($p < 0.001$). Strengthening assistance regulation may contribute to reducing inequalities in health care provided by public services to women with breast cancer.

Descriptors: Breast neoplasms, Health Services Accessibility, Delayed Diagnosis, Primary Health Care, Time-to-treatment.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar el itinerario terapéutico de las mujeres con cáncer de mama tratadas en los hospitales públicos del Distrito Federal, Brasil y analizar su asociación con el intervalo de tiempo entre la primera consulta y el inicio del tratamiento. Se realizó un estudio transversal con 600 mujeres con cáncer de mama tratadas en nueve hospitales públicos en el Distrito Federal, Brasil. Todas las mujeres fueron entrevistadas entre septiembre de 2012 y septiembre de 2014. El itinerario más frecuente fue la primera consulta en la atención primaria seguida del servicio donde fue realizado el tratamiento (28,9%).

Las pacientes que presentaron mayor intervalo de tiempo entre la primera consulta y el inicio del tratamiento fueron aquellas con color de piel pardo o negro ($p < 0,001$), menor nivel educativo ($p = 0,001$), el ingreso familiar más bajo ($p = 0,045$); aquellas que tuvieron la primera consulta en la atención primaria en comparación con aquellas que tuvieron la primera consulta en la consulta privada ($p < 0,001$); aquellas que pasaron por más de dos servicios de salud ($p = 0,003$); cuando no se utilizó de relaciones informales para agilizar el servicio ($p < 0,001$) y cuando la biopsia era obtenida en los servicios públicos en comparación con aquellas realizadas en servicios privados ($p < 0,001$). La implementación un sistema de agenda de citas con médicos especialistas a través de la regulación proporcionó una reducción del intervalo de tiempo entre la primera consulta y el tratamiento ($p < 0,001$). Fortalecimiento de la regulación de asistencia puede contribuir para la reducción de desigualdades en la atención recibida por las mujeres con cáncer de mama en los servicios públicos.

Descriptores: Neoplasias de la mama, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Diagnóstico Tardío, Atención Primaria de Salud, Tiempo de Tratamiento.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no Distrito Federal (DF), o câncer de mama é a neoplasia com maior taxa de incidência nas mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. Foram estimados, para 2016, aproximadamente 58 mil novos casos de câncer de mama no Brasil e mais de 1000 no DF¹.

Apesar de uma tendência de estabilização nas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, quando se realiza a análise por Estado, encontra-se declínio ou estabilização nessas taxas em Estados com maior nível socioeconômico e crescimento em outros Estados². Estes dados sugerem que iniquidades socioeconômicas no acesso e no uso dos serviços de saúde com retardo no diagnóstico e/ou na definição de terapêutica oportuna implicam em diferenças na mortalidade por câncer de mama nas regiões do Brasil^{2,3}.

Para se realizar o diagnóstico precoce bem como o tratamento em tempo adequado do câncer de mama é importante a existência de serviços de saúde capacitados para garantia e disponibilização de acesso ao tratamento dos casos confirmados⁴.

Entretanto, ainda persiste como nós críticos o acesso aos exames de rastreamento e as referências para o diagnóstico definitivo (atenção secundária) e tratamento (atenção terciária), demonstrando a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção⁵. No Brasil ainda faltam mecanismos de organização do fluxo dos usuários⁶, incluindo a indisponibilidade e/ou acesso limitado aos especialistas⁷.

No caso do câncer de mama, essas fragilidades possivelmente favoreceram que maior parte do atraso para confirmação diagnóstica⁸ e início do tratamento⁹ seja atribuído ao serviço, por ter ocorrido após as mulheres terem realizado a primeira consulta decorrente da identificação do sintoma sugestivo de câncer de mama ou de alterações em exames preventivos^{8,9}.

Visando ampliar o acesso aos serviços e aos procedimentos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰ de forma ordenada, oportuna, equânime e racional; foram organizadas redes assistenciais que resultaram na estruturação das

centrais de regulação. Porém elas ainda funcionam de forma incipiente¹¹.

Além disso, ao se considerar que o acesso à saúde fundamenta-se na disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação¹²; é importante ponderar que vários contextos influenciam a conduta singularizada dos indivíduos para escolha dos serviços de saúde¹³, sendo que a interação de diferentes atores, dentre eles usuários, profissionais de saúde, gestores e sistemas de saúde; implicará em como e em quanto tempo o percurso ou itinerário terapêutico até o tratamento serão percorridos¹⁴.

Dessa forma, diante da importância de tornar mais ágil a assistência à saúde dessas mulheres em diferentes níveis de atenção, o objetivo desse estudo foi identificar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospitais públicos do DF e analisar sua associação com o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento.

MÉTODO

Esta pesquisa faz parte do estudo intitulado “Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (parecer nº 99.313) conforme recomendações das diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizado um estudo transversal com mulheres com diagnóstico patológico de câncer de mama internadas para tratamento clínico e/ou cirúrgico dessa doença, que realizaram o primeiro tratamento em nove hospitais públicos do DF. Casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática antes do início do tratamento não foram incluídos no estudo.

A amostra foi baseada na estimativa de incidência de câncer de mama no DF para o período de coleta de dados¹⁵, de aproximadamente 1800 novos casos.

Foram desconsiderados 40% referente às mulheres atendidas pela saúde suplementar¹⁶. A prevalência de atraso para início do tratamento, aqui definida como intervalo de tempo maior que três meses, ocorreu em 88% das mulheres com câncer de mama⁹. Assumindo perdas de seguimento de 30% e erros alfa de 5% e beta de 20%, foram incluídos 600 casos consecutivos desconsiderando as recusas.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2012 e setembro de 2014, através de entrevista orientada por um questionário estruturado e pela análise do prontuário no qual se obteve os dados clínicos.

As mulheres foram questionadas sobre os serviços de saúde em que foram atendidas durante o itinerário terapêutico até o início do tratamento do câncer de mama e quando esses atendimentos ocorreram.

As datas registradas em cartões de consulta, no prontuário e nos exames foram utilizadas para ajudar as pacientes a recordar as datas das consultas.

Como local da primeira consulta foi considerado onde a paciente inicialmente foi atendida para avaliar a queixa clínica na mama ou que solicitou/realizou os exames preventivos cujos resultados foram suspeitos.

As consultas foram consideradas especializadas quando realizadas por mastologistas, cirurgiões oncológicos ou oncologistas. As consultas não especializadas foram consideradas quando realizadas por médicos na atenção primária ou por médicos de outras especialidades em serviços públicos ambulatoriais ou na saúde suplementar.

Foi classificado como serviço diagnóstico o local com consulta especializada em serviço público que não iniciou o tratamento.

O serviço do tratamento foi considerado o local que realizou a cirurgia ou que proporcionou o encaminhamento para início da quimioterapia. Caso a mulher tivesse consultado em outro serviço de saúde entre a primeira consulta não especializada e a consulta no local do tratamento, esse serviço foi classificado como intermediário caso ele tenha realizado encaminhamento para o especialista. A data e local desse atendimento também foram coletados.

Não foram consideradas as consultas de retorno, as consultas com outros médicos para pré-operatório e as que serviram somente para segunda opinião, bem como datas de resultados de revisão de exame cito ou histopatológico.

Os serviços de saúde nos quais as mulheres realizaram os atendimentos foram classificados como serviço de atenção primária, as consultas realizadas em unidades básicas de saúde ou em estratégia de saúde da família; serviço de saúde suplementar, as consultas realizadas em serviços privados; serviço de urgência e emergência, as consultas realizadas em pronto socorro ou unidades de pronto atendimento; serviços de atenção secundária ou terciária de outras especialidades, as consultas realizadas em ambulatórios com médicos que não fossem mastologistas, cirurgiões oncológicos e/ou oncologistas.

Como data do início do tratamento foi registrada a data da cirurgia ou a data da primeira quimioterapia, nos casos que necessitaram de tratamento neoadjuvante.

Em julho de 2013, ocorreu a implementação do protocolo clínico no DF para agendamento de consulta com mastologistas através do sistema de regulação assistencial no qual se prioriza atendimento especializado para mulheres com exames de imagens suspeitos de malignidade. A fim de analisar o efeito dessa implementação no intervalo de tempo entre a primeira consulta e tratamento, de forma mais fidedigna, restringiu-se essa análise às mulheres procedentes do DF com itinerário iniciado na atenção primária e com atendimento sequencial em serviço diagnóstico público ou serviço de tratamento.

Outras variáveis analisadas foram as características socioeconômicas (idade, cor da pele autodeclarada, situação conjugal, procedência, nível de escolaridade e renda familiar média).

Quanto à procedência, as mulheres foram classificadas como residentes no DF, ou nos 22 municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), regulamentada pelo decreto nº 7.469 de 2011, devido às pactuações de integração de serviços públicos entre o DF e esses municípios¹⁷, ou fora DF e RIDE-DF.

Na análise dos dados foi realizada a distribuição percentual das variáveis categóricas e médias e medianas para as variáveis contínuas, com as respectivas medidas de dispersão. Para a comparação do intervalo de tempo entre a primeira consulta e o tratamento e as variáveis preditoras estudadas foi executado o teste de Mann-Whitney, visto que a distribuição não atende ao padrão de normalidade. Para análise da associação entre variáveis categóricas, aplicou-se o teste qui-quadrado. Foi considerada significância estatística quando $p < 0,05$ e utilizou-se para análise estatística o *software IBM SPSS Statistics v.20.0*.

RESULTADOS

Nas 600 mulheres participantes, a média de idade ao diagnóstico foi de 53,3 anos, sendo que a maior proporção apresentava entre 50 e 69 anos (47%), se declarou com a cor da pele parda (46,4%), referiu ter em média 7,9 anos de estudo ($\pm 4,6$), renda familiar média de R\$ 2.079,01 (\pm R\$ 2.489,23) e mediana de R\$ 1356,00, residir com companheiro (52,1%), no DF (65,8%), sendo que 13,2% referiu procedência de fora do DF e RIDE-DF.

Identificou-se maior prevalência do itinerário que percorreu até dois serviços de saúde, incluindo o local do primeiro atendimento, seguido pelo serviço que proporcionou o primeiro tratamento ou quando o primeiro atendimento ocorreu no serviço de tratamento (56,2%) (Figura 1). Em 17,1% dos casos, após atendimento no primeiro serviço de saúde, ocorreram atendimentos intermediários em um serviço especializado público para investigação diagnóstica antes do atendimento no serviço de tratamento.

A atenção primária foi o local em que se realizou a primeira consulta com maior frequência e os serviços de saúde suplementar foi o segundo (Tabela 2). Menor percentual de mulheres realizou a primeira consulta diretamente em serviço especializado de atenção secundária ou terciária, serviços de atenção secundária ou terciária de outras especialidades ou serviços de urgência ou emergência (Figura 1).

A primeira consulta foi realizada em serviços de urgência ou emergência por 4,2% das mulheres e não apresentou associação com estadiamento mais avançado da doença ($p=0,134$).

Dentre as mulheres que realizaram a primeira consulta na atenção primária, 80,7% realizaram em seguida a consulta especializada em serviços públicos de atenção secundária ou terciária.

A primeira consulta foi realizada diretamente com o especialista por 13,8% das mulheres. Dessas consultas, 53,7% ocorreram em serviços públicos.

Os serviços de saúde suplementar foram utilizados para a realização de, pelo menos, um exame pela maior parte das pacientes (97,3%), sendo que 43,3% dos resultados das biópsias foram obtidos nesses serviços (Tabela 1). Dentre as pacientes que realizaram a primeira consulta em serviços públicos, 20,5% realizaram a biópsia em serviços particulares.

Muitas participantes referiram ter utilizado relações informais próprias ou dos profissionais de saúde que as atenderam para conseguirem atendimento nos serviços de saúde (Tabela 1).

Nas mulheres, procedentes do DF, cujo itinerário foi iniciado na atenção primária com posterior atendimento em serviço especializado ou serviço de tratamento, verificou-se redução estatisticamente significativa do tempo para início do tratamento após a implementação do protocolo clínico no sistema de regulação assistencial para consulta com mastologistas (Tabela 1).

Cor de pele parda ou negra, menor renda familiar média e menor escolaridade foram as características socioeconômicas associadas ao maior intervalo de tempo entre primeira consulta e tratamento. Não foi verificada associação com procedência (Tabela 1).

Quanto às características dos itinerários, local da primeira consulta realizada na atenção primária, quando comparado à entrada pelos serviços de saúde suplementar; atendimento em mais de dois serviços de saúde; e a obtenção do resultado da biópsia em serviços públicos, quando comparado aos obtidos em serviços particulares; não uso de relações informais foram associados de forma

independente ao maior intervalo de tempo entre primeira consulta e tratamento. A implementação do agendamento de consulta com especialista através da regulação assistencial foi associado ao menor intervalo do tempo para início do tratamento (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Observou-se, portanto, que vários foram os itinerários terapêuticos seguidos pelas mulheres antes de conseguirem o tratamento do câncer de mama nos hospitais públicos do Distrito Federal, sendo o mais frequente aquele iniciado na atenção primária com atendimento sequencial no serviço que realizou o tratamento. O menor intervalo de tempo para início do tratamento a partir da primeira consulta foi menor quando até dois serviços de saúde foram percorridos nessa trajetória.

Os serviços de atenção primária foram responsáveis pela primeira consulta em metade das mulheres, reforçando a relevância desses serviços como porta de entrada da população ao sistema de saúde e por ser o percurso mais comum para acesso à atenção especializada¹⁸. Outros tipos de serviços públicos foram utilizados em menor frequência como porta de entrada.

Os serviços de saúde suplementar foram o segundo local mais frequente em que as mulheres realizaram a primeira consulta. Outros estudos que analisaram o percurso até o tratamento oncológico observaram que muitos pacientes buscaram atendimentos em serviços de saúde suplementar^{6,19}. No Brasil, os principais serviços realizados na saúde suplementar são consultas com especialistas e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, que são justamente pontos de estrangulamento do SUS, nos quais os usuários enfrentam grande lista de espera²⁰.

Ter utilizado como porta de entrada os serviços de urgência e emergência não foi associado ao estadiamento mais avançado da doença, diferente dos resultados sugeridos em outros estudos^{21,22}.

A realização de exames na saúde suplementar, principalmente através de

pagamento direto, foi referida por quase todas as mulheres, situação também apontada em outros estudos^{19,23}, possivelmente em decorrência de experiências prévias de dificuldades de acesso ou da concepção de que no SUS há demora em se realizar exames²³ ou devido à oferta insuficiente de procedimentos específicos, conforme verificado em estudo realizado em quatro grandes centros urbanos no qual se relatou maiores dificuldades para agendamento de exames na rede de apoio à diagnose e terapia do que de consultas especializadas pelo SUS¹⁸.

Aproximadamente metade das mulheres realizou a análise patológica da biópsia na saúde suplementar, sendo esse fator associado à maior agilidade para início do tratamento, reforçando que o sistema de saúde pública ainda não consegue atender a demanda de mulheres que deveriam realizar exames específicos para diagnóstico precoce do câncer de mama. Em estudo nacional, identificou-se escassez de biópsias correspondente à necessidade diagnóstica estimada pelo número de mamografias suspeitas de malignidade realizadas pelo SUS²⁴.

Como o acesso aos serviços de saúde suplementar é condicionado ao maior nível socioeconômico, características como cor da pele branca, maior renda, maior escolaridade e primeira consulta em serviços de saúde suplementar foram associadas ao menor tempo para início do tratamento. Esses resultados corroboram com a análise de Santos (2011) de que a cobertura de serviços de saúde semelhantes e não somente complementares no âmbito público e privado; contribui para iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços de saúde²⁰.

Este estudo não verificou associação entre procedência da mulher e o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o tratamento. Entretanto, a distância entre o local de residência e do tratamento apresenta relevância para o acesso ao tratamento em tempo oportuno, diante de maiores taxas de mortalidade por câncer de mama terem sido previamente observadas em regiões rurais comparado com urbanas²⁵.

Em relação aos itinerários, verificou-se maior frequência dos originários nos serviços de atenção primária com atendimento sequencial em serviços

especializados e/ou no próprio serviço de tratamento. Acredita-se que esse itinerário seria o mais esperado e adequado conforme a hierarquização de regionalização dos serviços de saúde. Ele poderia ser classificado como o regime de regulação governamental por ter sido produzido pelo arsenal jurídico instituinte do SUS¹⁴.

Entretanto, mesmo apresentando aspectos racionais, esse regime é atravessado por múltiplos interesses e contradições; sendo passível de arranjos e soluções produzidas por cada usuário, mesmo que tenha sido referenciado aos itinerários pré-definidos¹⁴. Isso pode ter ocorrido com algumas mulheres que realizaram consultas em diferentes serviços entre a primeira consulta e o serviço especializado ou de tratamento.

Dessa forma, considerando o usuário como protagonista perante as restrições do sistema de saúde, não é possível afirmar que somente as fragilidades dos serviços tenham motivado as mulheres a buscarem diferentes serviços de saúde.

Porém, conforme apontado em outros estudos^{19,26}, não se pode descartar que limitações na efetividade do acolhimento na resolubilidade de alguns serviços podem ter favorecido variações nos itinerários terapêuticos que, quando ocorreram em mais de dois serviços de saúde, foram associados ao maior tempo para início do tratamento.

O encaminhamento direto para um serviço especializado capaz de realizar toda a investigação diagnóstica, a partir de sinais/sintomas ou exames radiológicos suspeitos, diminuiria a necessidade de percorrer outros serviços e possivelmente reduziria o tempo para início do tratamento conforme sugerido por estudo canadense²⁷.

O uso de mecanismos informais, através de relações com trabalhadores dos serviços de saúde, para facilitar o acesso aos serviços de saúde foi frequente entre as mulheres participantes, o que também foi relatado previamente^{26,28}. Essas pacientes transpuseram os encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde e conseguiram começar o tratamento mais rapidamente. O alcance do atendimento

intermediado pelo profissional de saúde pode ser interpretado como privilégio acarretando vinculação do acesso a esse profissional, o que fragiliza a estrutura e a organização do sistema em si²⁸.

Apesar disso, a implementação do protocolo clínico para consultas especializadas com mastologistas implicou em redução do tempo para início do tratamento do câncer de mama, reforçando os benefícios alcançados com os serviços de regulação assistencial com redução do tempo de espera para consulta especializada, resultado também verificado previamente²⁹. A utilização de outras estratégias que fortaleçam a interação entre gestores, trabalhadores e usuários também pode contribuir para acesso mais ágil ao tratamento²⁹.

Como limitação do estudo, é importante ressaltar que a abordagem quantitativa restringiu a possibilidade de análise das interpretações das mulheres sobre o itinerário, bem como as repercussões de outros fatores tanto no percurso quanto no intervalo de tempo estudado. Outra possível limitação seria o viés de memória, por demandar que as mulheres recordassem aspectos já vivenciados. Entretanto, acredita-se que essas limitações tenham sido minimizadas nesse estudo por ter sido realizado com casos incidentes que haviam vivenciado aquela experiência nos meses anteriores à entrevista.

Portanto, neste estudo observou-se a presença de fragilidades na assistência prestada às mulheres com câncer de mama para que sejam atendidas em tempo oportuno. O fortalecimento de estratégias como a regulação assistencial já se mostram efetivas para melhorar o acesso aos serviços de média e alta complexidade e podem contribuir para redução de iniquidades na assistência prestada pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

2. Freitas-Junior R, Gonzaga CMR, Freitas NMA, Martins E, Dardes RCM. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. *Clinics*. 2012; 67 (7): 731-7.
3. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzalez MC, Sclowitz ML, Caputo EL, et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (1): 88-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
5. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS*. 2008; 11(2): 199-206.
6. Dubow C, Olivo VMF, Ceron MI, Vedotto DO, Moro JSD, Oliveira CP, et al. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. *Saúde Debate*. 2014; 38 (100): 94-103.
7. Yip CH, Cazap E, Anderson BO, Bright K, Caleffi M, Cardoso F, et al. Breast cancer management in middle-resource countries (MRCs): Consensus statement from the Breast Health Global Initiative. *Breast*. 2011; 20: S12-S19.
8. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2): 75-81.
9. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(10): 458-63.
10. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012; 22(1): 119-40.

11. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012; 36(95): 640-7.
12. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3): 260-8.
13. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza I. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.
14. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(7): 1502-14.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [Internet]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [cited 2012 apr 26]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
16. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Informações em Saúde Suplementar. Taxa de cobertura de planos de saúde. Assistência médica entre 2012 a 2014, no Distrito Federal, sexo feminino, faixa etária de 30 a 79 anos. [cited 2014 dec 04] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
17. Brasil. Decreto nº 7.469 de 4 de maio de 2011. Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno-RIDE e institui o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*. 05 mai 2011; seção 1: 4.
18. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2): 286-98.

19. Göttems LBD, Santos NRC, Souza SFO, Morais TCP, Santana JA, et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. *Rev Eletr Gestão Saúde*. 2012; 3(2): 630-46.
20. Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(6): 2743-52.
21. Redondo M, Rodrigo I, Pereda T, Funez R, Acebal M, Perea-Milla E, et al. Prognostic implications of emergency admission and delays in patients with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2009; 17(5): 595-9.
22. Macià F, Porta M, Murta-Nascimento C, Servitja S, Guxens M, Burón A, et al. Factors affecting 5- and 10-year survival of women with breast cancer: na analysis based on a public general hospital in Barcelona. *Cancer Epidemiol*. 2012; 36(6): 554-9
23. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 502-8.
24. Silva GA, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Silva IS. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(7): 1537-50.
25. Gonzaga CMR, Freitas-Junior R, Souza MR, Curado MP, Freitas NMA. Disparities in female breast cancer mortality rates between urban centers and rural areas of Brazil: ecological time-series study. *Breast*. 2014; 23: 180-7.
26. Rangel G, Lima LD, Vargas EP. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde Debate*. 2015; 39(107): 1065-78.
27. Jiang L, Gilbert J, Langley H, Moineddin R, Groome PA. Effect of specialized diagnostic assessment units on the time to diagnosis in screen-detected breast cancer patients. *Br J Cancer*. 2015; 112: 1744-50.

28. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3): 500-07.
29. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(2): 295-304.

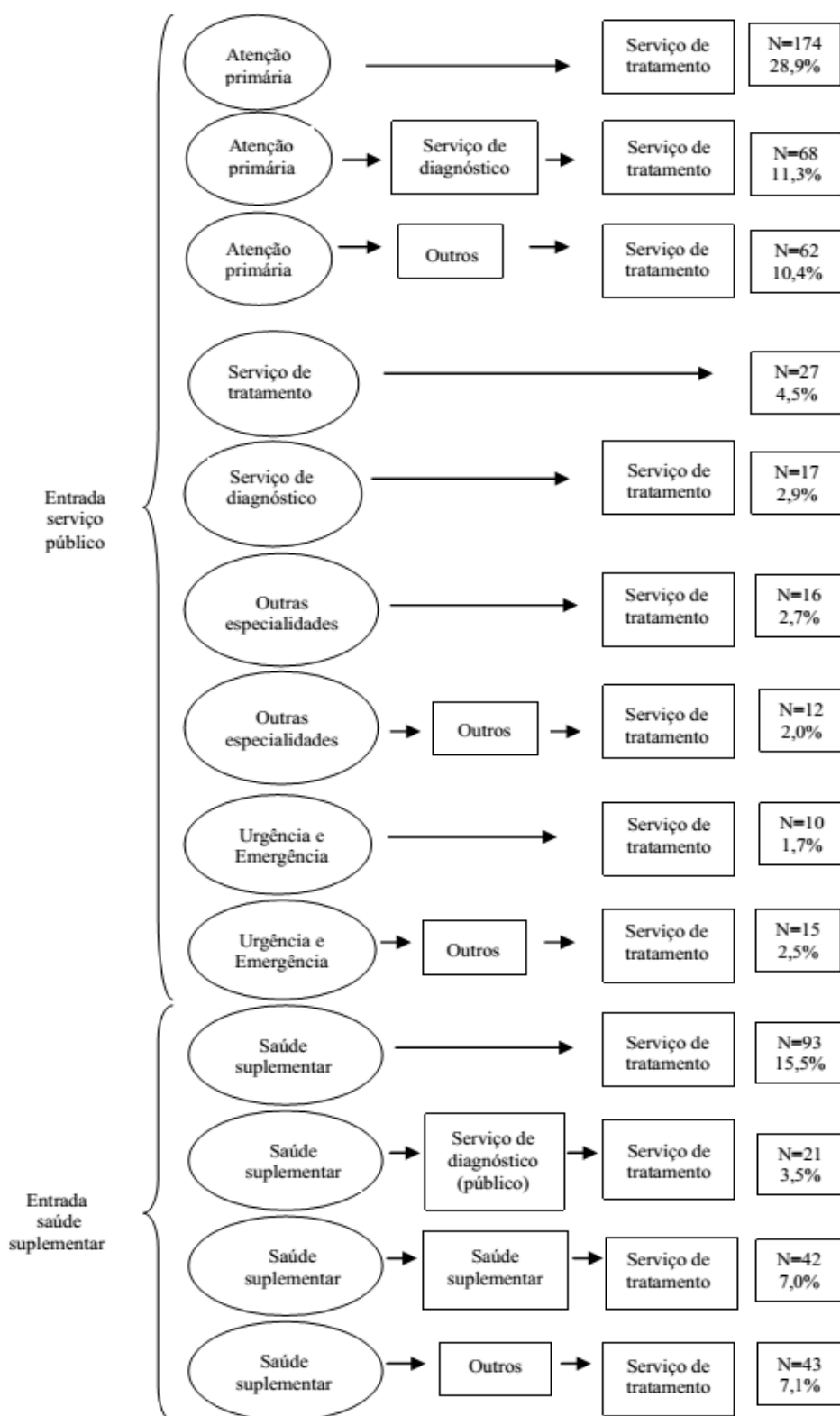


Figura 1. Fluxograma dos locais de atendimento de 600 mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014.

Tabela 1. Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento do câncer de mama para 600⁺ mulheres tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, e a associação com as características socioeconômicas e dos itinerários.

| Variáveis | Categorias | N (%) | Tempo entre primeira consulta e tratamento* | p** |
|---|--|------------|---|--------|
| Procedência | DF e RIDE-DF | 521 (86,8) | 158 (104-256,8) | 0,249 |
| | Fora DF e RIDE-DF | 79 (13,2) | 185,5 (101,3-317,3) | |
| Cor da pele | Branca | 226 (37,6) | 150 (91,5-255) | 0,045 |
| | Negra e Parda | 374 (62,4) | 170 (108-284) | |
| Renda familiar média | > R\$ 1356,00 | 272 (46,7) | 135 (91-217) | <0,001 |
| | ≤ R\$1356,00 | 311 (53,3) | 188 (120-303,5) | |
| Escolaridade (anos) | > 8 anos | 283 (52,9) | 145 (88-246,5) | 0,001 |
| | ≤ 8 anos | 317 (47,1) | 172 (117-284) | |
| Local da primeira consulta | Atenção primária | 304 (50,6) | 191 (123-313) | 1,00 |
| | Saúde suplementar | 199 (33,1) | 133 (86-202,5) | <0,001 |
| | Atenção secundária ou terciária de outra especialidade | 28 (4,7) | 202,5 (107-259) | 0,415 |
| | Urgência e emergência | 25 (4,2) | 133 (101,5-264,5) | 0,055 |
| | Serviços de diagnóstico e/ou de tratamento | 44 (7,4) | 153 (86,3-269,8) | 0,025 |
| Nº de serviços percorridos | ≤ 2 | 337 (56,2) | 149 (97-235,8) | 0,003 |
| | > 2 | 263 (43,8) | 176 (118-320) | |
| Uso de relações informais para agilizar o atendimento | Sim | 234 (39) | 145 (90-228) | <0,001 |
| | Não | 366 (61) | 177,5 (117,5-285,5) | |
| Realização de exame na saúde suplementar (resultado da biópsia) | Sim | 260 (43,3) | 135 (82-219) | <0,001 |
| | Não | 340 (56,7) | 187 (124,8-303,3) | |
| Regulação de consultas com mastologistas† | Antes da implantação | 176 (80) | 196 (129-321) | <0,001 |
| | Depois da implantação | 44 (20) | 137 (103,3-191,8) | |

DF: Distrito Federal; RIDE-DF: Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno.

†Diferenças encontradas correspondem à perda de informação.

* Mediana (Q1-Q3).

** Teste de Mann-Whitney.

† N=220 referente às mulheres procedentes do DF cujo itinerário foi iniciado em serviços de atenção primária com posterior atendimento em serviço especializado ou serviço de tratamento.

5.3 Artigo 3

Tempo de acesso ao tratamento do câncer de mama e a recidiva da doença em mulheres tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal, Brasil

Access time to the treatment of breast cancer and disease recurrence in women treated in public health services in the Federal District, Brazil

Tiempo de acceso al tratamiento del cáncer de mama y recurrencia de la enfermedad en mujeres tratadas en los servicios de salud pública en el Distrito Federal, Brasil

Ângela Ferreira Barros^{1,2}, Cristiane Murta-Nascimento¹, Adriano Dias¹

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, Brasil.
2. Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Endereço para correspondência:

Escola Superior de Ciências da Saúde – Campus Samambaia

QR 301 conjunto 4 lote 1 Centro Urbano Samambaia Sul – Brasília (DF)

CEP: 72300-537

Email: anbarros@yahoo.com.br

Conflito de interesses: não há

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) pelo edital de fomento à pesquisa nº 41, de 02 de outubro de 2013.

Agradecimentos ao Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal e Serviço de Oncologia do Hospital Regional de Taguatinga (Brasília-DF).

RESUMO

O objetivo desse estudo foi investigar o efeito dos intervalos de tempo entre o início dos sintomas e primeiro tratamento na evolução clínica das mulheres com câncer de mama tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal. Realizou-se um estudo de coorte com 600 mulheres com câncer de mama, entrevistadas durante a internação para tratamento em nove hospitais públicos do Distrito Federal, entre setembro de 2012 e setembro de 2014. Não foram incluídos casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática identificada em exames de estadiamento antes do início do tratamento. Em um segundo momento, realizou-se nova revisão do prontuário e/ou contato telefônico para obter informações sobre a evolução clínica. O seguimento das mulheres ocorreu até fevereiro de 2016. Após um seguimento médio de 30,6 meses, com o mínimo de 11,1 e máximo de 59,1 meses, observou-se que 16,8% apresentaram recidiva da doença e 8,7% evoluíram com óbito decorrente do câncer de mama. Em relação ao intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro tratamento, observou-se que menos de 10% das mulheres iniciaram o tratamento em até 90 dias, sendo que maior parte desse intervalo ocorreu após a primeira consulta. Não se observou associação estatisticamente significativa da recidiva do câncer de mama com os intervalos de tempo estudados. Para uma análise mais consistente do efeito dos intervalos de tempo entre o aparecimento dos sintomas e tratamento do câncer de mama na evolução clínica da doença em mulheres tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal é necessário maior tempo de seguimento das mulheres.

Descritores: Neoplasias da mama, Acesso aos Serviços de Saúde, Diagnóstico Tardio, Tempo para o Tratamento, Recidiva.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of the time intervals between onset of symptoms and the first treatment in the clinical evolution of women with breast cancer treated in public health services in the Brazilian Federal District. A cohort study was conducted with 600 women with breast cancer admitted to treatment in nine public hospitals in the Brazilian Federal District. Breast cancer prevalent cases and patients with metastatic disease before treatment were not included. All participants were interviewed between September 2012 and September 2014. Clinical data were abstracted from the medical records during hospital admission. In a second moment, further review of the medical records and/or telephone contact was made to get information about treatments after surgery and clinical outcome. Patients were follow-up until February 2016. After a mean follow up of 30.6 months - minimum of 11.1 and maximum of 59.1 months - we observed that 16.8% of patients presented disease recurrence and 8.7% progressed to death due to breast cancer. In relation to the time interval between the onset of symptoms and the first treatment, we observed that less than 10% of women started their treatment within 90 days of first symptoms, with most of delay occurring after the first medical visit. We did not observe significant association between breast cancer recurrence and the time intervals studied. It is necessary to follow these women treated in public health services in the Brazilian Federal District for a longer period in order to analyze the effect of the time intervals between the onset of symptoms and breast cancer treatment in the clinical course of the disease.

Descriptors: Breast Neoplasms, Health Services Accessibility, Delayed Diagnosis, Time-to-treatment, Recurrence.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar el efecto de los intervalos de tiempo entre la aparición de los síntomas y el primer tratamiento en la evolución clínica

de las mujeres con cáncer de mama tratadas en los servicios de salud pública en el Distrito Federal de Brasil. Se realizó un estudio de cohorte de 600 mujeres con cáncer de mama, entrevistadas durante el ingreso para el tratamiento en nueve hospitales públicos del Distrito Federal, entre septiembre de 2012 y septiembre de 2014. No fueron incluidos casos prevalentes de cáncer de mama y casos con enfermedad metastásica identificadas mediante la organización de pruebas antes del tratamiento. En una segunda etapa, se hizo una nueva revisión de los prontuarios y/o contacto telefónico para obtener información sobre la evolución clínica. Las participantes fueron seguidas hasta febrero de 2016. Después de un seguimiento medio de 30,6 meses, con un mínimo de 11,1 y un máximo de 59,1 meses, se observó que el 16,8% presentaban recurrencia de la enfermedad y 8,7% fue éxitus por cáncer de mama. Referente al intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento, se observó que menos del 10% de las mujeres inició el tratamiento dentro de los 90 días, siendo que mayor parte de este intervalo se produjo después de la primera consulta. No hubo asociación estadísticamente significativa de la recurrencia del cáncer de mama con los intervalos de tiempo estudiados. Para un análisis más consistente del efecto de los intervalos de tiempo entre el apareamiento de los síntomas y el tratamiento del cáncer de mama en el curso clínico de la enfermedad en mujeres tratadas en los hospitales públicos en el Distrito Federal es necesario que las mujeres sean seguidas por un periodo más largo.

Descriptores: Neoplasias de la mama, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Diagnóstico Tardío, Tiempo de Tratamiento, Recurrencia.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência em mulheres em todo o mundo¹, assim como no Brasil e no Distrito Federal, quando excluído os casos de câncer de pele não melanoma. Para 2016, foram estimados 1020 novos casos de câncer de mama no Distrito Federal (DF), o que o coloca como a quarta unidade da federação com maior taxa bruta de incidência².

Assim como foi observada redução da mortalidade por câncer de mama em países desenvolvidos e aumento em países em desenvolvimento¹, no Brasil, foram verificadas diferentes tendências de mortalidade com declínio ou estabilização nos estados brasileiros com maior nível socioeconômico e aumento nos demais. Essas reduções da mortalidade encontradas em estados mais desenvolvidos possivelmente refletem melhor assistência à saúde³, apesar de ser importante considerar que melhorias na qualidade da informação também podem alterar as taxas de mortalidade.

A melhoria da assistência à saúde para redução da mortalidade por câncer de mama implica em garantir que as mulheres com sintomas suspeitos sejam o mais rapidamente atendidas em serviços de saúde e encaminhadas para diagnóstico e tratamento de forma precoce, possibilitando remoção cirúrgica do tumor e tratamento adjuvante efetivo, quando necessário⁴.

No Brasil, a maioria das mulheres com câncer de mama ainda é diagnosticada em estágios mais avançados da doença⁵, condição verificada, principalmente, naquelas atendidas em serviços públicos, que pode resultar em pior sobrevida quando comparadas às mulheres tratadas em serviços privados de saúde⁶.

Alguns estudos apontam que o diagnóstico em estágio mais avançado foi associado ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama^{7,8}. Esse atraso também foi associado à pior sobrevida⁹⁻¹², porém há resultados contraditórios¹³. Além disso, há poucos estudos sobre essa temática em países em desenvolvimento¹³, onde os casos de atraso parecem ser mais comuns.

Tendo em vista a importância da redução da morbidade e mortalidade por

câncer de mama para a saúde pública e a controvérsia quanto aos efeitos do atraso no prognóstico do câncer de mama, torna-se relevante analisar se o tempo de acesso ao tratamento pode influenciar o prognóstico de mulheres com câncer de mama.

Assim, o objetivo desse estudo foi investigar o efeito dos intervalos de tempo entre o início dos sintomas e primeiro tratamento na evolução clínica das mulheres com câncer de mama tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal.

MÉTODO

Esta pesquisa faz parte do estudo intitulado “Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo parecer nº 99.313 conforme recomendações das diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. As participantes do estudo aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizado um estudo de coorte com mulheres com diagnóstico patológico de câncer de mama que realizaram o primeiro tratamento para a doença em nove hospitais públicos do Distrito Federal. Casos prevalentes de câncer de mama e casos que apresentavam doença metastática antes do início do tratamento não foram incluídos no estudo.

A amostra foi baseada na estimativa de incidência de câncer de mama no DF para o período de coleta de dados¹⁴, de aproximadamente 1800 novos casos. Foram desconsiderados 40% referente às mulheres atendidas pela saúde suplementar¹⁵. A prevalência de atraso para início do tratamento, aqui definida como intervalo de tempo maior que três meses, ocorreu em 88% das mulheres com câncer de mama¹⁶. Assumindo perdas de seguimento de 30% e erros alfa de 5% e beta de 20%, foram incluídos 600 casos consecutivos desconsiderando as

recusas.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2012 e setembro de 2014, por meio de entrevista orientada por um questionário estruturado e pela análise do prontuário para coleta de dados clínicos. As datas registradas em cartões de consulta, no prontuário e nos exames foram utilizadas para ajudar as pacientes a recordarem as outras datas ausentes dos registros.

Em um segundo momento, realizou-se nova revisão em prontuário e/ou contato telefônico para obter informações sobre os tratamentos realizados após a cirurgia e evolução da doença. O seguimento das mulheres ocorreu até fevereiro de 2016.

A coorte de exposição foi composta por mulheres com maiores intervalos de tempo a partir do início dos sintomas até o primeiro tratamento da doença e a coorte de referência por mulheres com intervalos de tempo menores.

Como variável dependente considerou-se a recidiva da doença que se definiu como recorrência local, regional, à distância ou óbito decorrente do câncer de mama.

Como variáveis independentes foram analisadas as características socioeconômicas como idade ao diagnóstico, procedência, cor da pele autodeclarada; e o motivo da primeira consulta (sintoma ou consulta médica/exame preventivo). Também foram estudados os intervalos de tempo: a) do início dos sintomas ao tratamento; b) do início dos sintomas à primeira consulta; c) da primeira consulta ao tratamento; d) da primeira consulta ao diagnóstico; e) do diagnóstico ao tratamento. Como data do diagnóstico considerou-se a data de liberação do laudo cito- ou histopatológico. A data do primeiro tratamento foi definida como a data do início da quimioterapia neoadjuvante ou a data da cirurgia.

As características clínicas analisadas foram estado menopausal (pré e pós-menopausa), estadiamento clínico, quando o primeiro tratamento foi a quimioterapia neoadjuvante, e o estadiamento patológico quando foi a cirurgia, ambos definidos pela União Internacional Contra o Câncer 6ª edição¹⁷; a gradação

histológica, marcadores tumorais e respectivos imunofenótipos conforme classificação adotada em 2011 pela 12th *St. Gallen International Breast Cancer Conference*, como luminal A: receptor de estrogênio (RE) e/ou receptor de progesterona (RP) positivos, fator de crescimento epidérmico humano 2 (Her-2) negativo e Ki-67 baixo (<14%); luminal B Her-2 negativo: RE e/ou RP positivos, Her-2 negativo e Ki-67 alto ($\geq 14\%$); luminal B Her-2 positivo: RE e/ou RP positivos e Her-2 positivo; Her-2 superexpresso (não luminal): RE e RP negativos e Her-2 positivo; triplo negativo: ausência de expressão de RE, RP e Her-2¹⁸.

Na análise exploratória dos dados quantitativos, foram obtidas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuições percentuais para as categóricas.

Executaram-se, ainda, modelos de univariados de regressão logística e modelo de regressão logística múltipla (*stepwise forward*) para estimar associações com a recidiva da doença. As variáveis que nas análises univariadas produziram valores- $p \leq 0,25$ ¹⁹ foram testadas no modelo múltiplo. As variáveis permaneciam no modelo quando $p < 0,05$. Utilizou-se o *software IBM SPSS Statistics* v.20.0 para análise.

RESULTADOS

O tempo médio de seguimento desde a data do diagnóstico foi de 30,6 meses ($\pm 8,5$ meses), com o mínimo de 11,1 e máximo de 59,1 meses, e 26,8% das mulheres com até dois anos de seguimento e 30% com mais de três anos. Dentre as 600 participantes, 16,8% apresentaram recidiva e 8,7% evoluíram com óbito decorrente da doença e dois óbitos por causas não relacionadas ao câncer de mama. Houve perda de seguimento de 21 mulheres (3,5%) por não terem sido encontradas por contato telefônico ou por registros em prontuários.

A média de idade das mulheres ao diagnóstico foi de 53,3 anos. A maioria residia no DF, e se autodeclararam de cor parda e casadas. Apresentavam-se na pós-menopausa e referiram ter procurado os serviços de saúde a partir da autoidentificação de sintoma sugestivo de câncer de mama (Tabela 1).

A maior parte delas foi diagnosticada com tumores em estágio III, com tumor medindo em média 4,4 cm (\pm 3,3 cm). Houve maior ocorrência de tumores do tipo histológico carcinoma ductal infiltrante, de gradação histológica moderadamente diferenciada e com imunofenótipo luminal B (Tabela 1). O procedimento cirúrgico foi o primeiro tratamento realizado por 62,7% das mulheres, sendo a cirurgia não conservadora a mais frequente (53,2%), seguidas por cirurgias conservadoras (24,4%) e com reconstrução imediata em 22,4% das mulheres.

Quanto aos intervalos de tempo total, referente ao tempo entre o início dos sintomas e o primeiro tratamento, observou-se que menos de 10% das mulheres iniciaram o tratamento em até 90 dias, sendo que maior parte desse intervalo ocorreu após a primeira consulta (Tabela 2).

Na análise univariada, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a recidiva da doença foram idade <40 anos; cor da pele negra; 1ª consulta motivada por sintoma; maior estadiamento; gradação histológica moderadamente diferenciada e pouco diferenciada; tumores Her2 positivo (não luminal) e triplo negativo. Não houve associação estatisticamente significativa com procedência, renda familiar média, escolaridade e estado menopausal (Tabela 3).

Os intervalos de tempo entre sintoma e primeira consulta, primeira consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento, primeira consulta e tratamento, bem como o intervalo de tempo entre sintoma e tratamento não apresentaram associação estatisticamente significativa com a recidiva da doença (Tabela 3).

Na análise multivariada, as variáveis que permaneceram significativas foram o maior estadiamento; maior gradação histológica e imunofenótipo triplo negativo (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que, após 30,6 meses de seguimento, 83,2% das mulheres não apresentavam recidiva do câncer de mama e

que a ocorrência desse desfecho foi associada ao maior estadiamento, maior gradação histológica e imunofenótipo triplo negativo. Não foi observado associação entre os intervalos de tempo estudados com a recidiva.

Este é o maior estudo realizado no Brasil que investiga o efeito dos intervalos de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro tratamento na evolução do câncer de mama. Contudo, pode apresentar limitações. O tempo de seguimento foi reduzido, sendo indicado um período maior a fim de se obter resultados mais consistentes que permitam verificar o efeito dos intervalos de tempo na sobrevida das mulheres com câncer de mama em serviços de saúde públicos do Distrito Federal. Outro aspecto que deve ser considerado é o possível viés de memória das pacientes ao serem entrevistadas e relatarem quanto tempo o sintoma foi identificado e quando as consultas ocorreram. Acredita-se que isso foi minimizado ao abordar as pacientes ainda durante o tratamento da doença, coletando os dados em menos de um ano após a ocorrência dos eventos para a maioria das pacientes.

Além disso, o efeito dos intervalos de tempo para diagnóstico e tratamento no prognóstico do câncer de mama é complexo sendo relevante considerar um possível paradoxo na relação dessas variáveis ao se ponderar que nódulos com rápido crescimento são mais sugestivos de câncer para médicos e paciente, o que pode levar a um diagnóstico e tratamento mais ágil. Em contrapartida, tumores com crescimento lento seriam mais dificilmente detectados e diagnosticados^{20,21}. Apesar disso, um estudo de revisão recente apontou que reduzir o tempo para diagnóstico promove a identificação de tumores em estágios mais precoces e assim uma melhor sobrevida das mulheres com câncer de mama²².

Apesar disso, os resultados permitem observar que as mulheres com câncer de mama tratadas em serviços saúde públicos do Distrito Federal vivenciaram intervalos de tempo entre o início dos sintomas e do tratamento maiores do que os resultados de pesquisas realizadas no México^{23,24}, Turquia²⁵ e Índia⁸.

O intervalo de tempo entre a primeira consulta e o tratamento apresentou mediana de 5,3 meses, semelhante ao encontrado em pesquisa realizada no

México²⁴, e foi maior que o intervalo entre o sintoma e primeira consulta, sugerindo que em todo o percurso até o tratamento, o maior atraso pode ser atribuído aos serviços de saúde, corroborando com outros estudos realizados em países em desenvolvimento^{24,25} e contrário aos resultados de estudo realizado na Dinamarca²⁶, reforçando a influência da efetividade dos serviços de saúde nos intervalos de tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama⁸.

O intervalo de tempo entre a 1ª consulta e o diagnóstico apresentou mediana de 93 dias muito superior ao verificado em estudo do Reino Unido (14 dias)²⁷.

No intervalo entre diagnóstico e tratamento, também se verificou mediana maior do que estudos em países mais desenvolvidos^{28,29} e de estudos brasileiros^{30,31}.

Porém, essas comparações precisam ser feitas de forma cuidadosa considerando as diferenças metodológicas e as características dos serviços de saúde onde cada estudo foi realizado. Mesmo assim, os resultados sugerem que as mulheres tratadas nos hospitais públicos do Distrito Federal tiveram maiores intervalos de tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama do que nos estudos prévios.

Não foi observada associação desses intervalos de tempo com a evolução clínica da doença, mas se verificou que os fatores prognósticos menor idade, cor negra, estadiamento avançado, maior gradação histológica e imunofenótipo triplo negativo, já descritos na literatura^{6,32,33,34,35} apresentaram associação com o desfecho estudado.

Diante do exposto, os resultados permitiram identificar que as mulheres com câncer de mama tratadas em serviços de saúde públicos do DF apresentaram longos intervalos de tempo para diagnóstico e tratamento o que reforça a necessidade de fortalecer estratégias que proporcionem maior integração dos serviços de saúde a fim de que as mulheres percorram toda a trajetória até o tratamento de forma mais célere e efetiva. Isso possivelmente irá favorecer o diagnóstico em estágio mais precoce e com melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136 (5): E359-E386.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(3): 459-67.
4. Burton R, Bell R. The global challenge of reducing breast cancer mortality. *Oncologist*. 2013; 18(11): 1200-02.
5. Abrahão KS, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. *Maturitas*. 2015; 82(4): 365-70.
6. Balabram D, Turra CM, Gobbi H. Survival of patients with operable breast cancer (Stage I-III) at a Brazilian public hospital – a closer look into cause-specific mortality. *BCM Cancer*. 2013; 13: 434. doi:10.1186/1471-2407-13-434.
7. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2): 75-81.
8. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, Drobnieni M, Eglitis J, Lakshmaiah KC, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur J Public Health*. 2013; 24(5): 761-7.
9. Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic breast cancer in China. *Ann Surg Oncol*. 2015; 22(3): 883-8.

10. Yun YH, Kim YA, Min YH, Park S, Won YJ, Kim DY, et al. The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery. *Ann Oncol.* 2012; 23 (10): 2731-7.
11. Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck R, Ross E, Wong YN, et al. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. *JAMA Oncol.* 2016; 2 (3): 330-9.
12. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999; 353 (9159):1119-26.
13. Yoo TK, Han W, Moon HG, Kim J, Lee JW, Kim MK, et al. Delay of treatment initiation does not adversely affect survival outcome in breast cancer. *Cancer Res Treat.* 2016; 48(3): 962-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [Internet]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [cited 2012 apr 26]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
15. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Informações em Saúde Suplementar. Taxa de cobertura de planos de saúde. Assistência médica entre 2012 a 2014, no Distrito Federal, sexo feminino, faixa etária de 30 a 79 anos. [cited 2014 dec 04] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
16. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(10): 458-63.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
18. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, Gelber RD, Thürlimann B, Senn HJ, et al. Strategies for subtypes – dealing with the diversity of breast cancer:

- highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol.* 2011; 22(8): 1736-47.
19. Hosmer Jr. DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*, 2nd Edition. Hoboken (Nova Jersey): John Wiley & Sons; 2005.
 20. Symonds RP. Cancer biology may be more important than diagnostic delay. *BMJ.* 2002; 325 (7367): 774. doi:10.1136/bmj.325.7367.774.
 21. Crawford SC, Davis JA, Siddiqui NA, de Caestecker L, Gillis CR, Hole D. The waiting time paradox: population based retrospective study of treatment delay and survival of women with endometrial cancer in Scotland. *BMJ.* 2002; 325 (7357): 196.
 22. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer.* 2015; 112 Suppl 1:S92-107.
 23. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, Uscanga-Sánchez S, Mainero-Ratchelous F, Hernández-Ávila JE, et al. Effect of care-delivery delays on the survival of Mexican women with breast cancer. *Salud Publica Mex.* 2016; 58: 237-50.
 24. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Ratchelous F, Bargalló-Rocha E, Lázaro-León JM. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: multicenter study. *Cancer.* 2015; 121(13): 2198-206.
 25. Ozmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapkac M. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *Eur J Public Health.* 2014; 25 (1): 9-14.
 26. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 284. doi: 10.1186/1472-6963-11-284.
 27. Redaniel MT, Marin RM, Ridd MJ, Wade, J, Jeffreys M. Diagnostic intervals

- and its association with breast, prostate, lung and colorectal cancer survival in England: historical cohort study using the clinical practice research datalink. *PLoS One*. 2015; 10(5): e0126608. doi:10.1371/journal.pone.0126608.
28. Maślach D, Krzyżak M, Szpak A, Owoc A, Bielska-Lasota M. Waiting time for treatment of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland) in view of place of residence. A population study. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(1): 161-6.
29. Bustami RT, Shulkin DB, O'Donnell N, Whitman ED. Variations in time to receiving first surgical treatment for breast cancer as a function of racial/ethnic background: a cohort study. *JRSM Open*. 2014; 5(7): 2042533313515863. doi:10.1177/2042533313515863.
30. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1269-82.
31. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC. Estudo do tempo entre diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(12): 3805-16.
32. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(8): 1673-84.
33. Hennigs A, Riedel F, Gondos A, Sinn P, Schirmacher P, Marmé F, et al. Prognosis of breast cancer molecular subtypes in routine clinical care: a large prospective cohort study. *BMC Cancer*. 2016; 16(1): 734. doi:10.1186/s12885-016-2766-3.
34. Tovar JR, Zandonade E, Amorim MHC. Factors associated with the incidence of local recurrence of breast cancer in women who underwent conservative surgery. *Int J Breast Cancer*. 2014; 2014: 639534. doi:10.1155/2014/6395342014.

35. Polverini AC, Nelson RA, Marcinkowski E, Jones VC, Lail L, Mortimer JE, et al. Time to treatment: measuring quality breast cancer care. *Ann Surg Oncol*. 2016; 23 (10): 3392-402.

Tabela 1. Distribuição de características socioeconômicas e clínicas de 600* mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014.

| Variáveis | Categorias | N | % |
|--------------------------|--|-----|------|
| Faixa etária | <40 anos | 88 | 14,7 |
| | 40-49 anos | 163 | 27,2 |
| | 50-69 anos | 281 | 46,8 |
| | 70 anos e mais | 68 | 11,3 |
| Procedência | DF | 395 | 65,8 |
| | RIDE-DF | 126 | 21,0 |
| | Fora (DF e RIDE-DF) | 79 | 13,2 |
| Cor da pele | Branca | 226 | 37,6 |
| | Negra | 96 | 16,0 |
| | Parda | 278 | 46,4 |
| Estado menopausal | Pré-menopausa | 243 | 40,5 |
| | Pós-menopausa | 357 | 59,5 |
| Motivo da 1ª consulta | Consulta médica ou exame preventivo | 156 | 26 |
| | Sintoma | 444 | 74 |
| Estadiamento | 0 e I | 119 | 19,9 |
| | II | 237 | 39,7 |
| | III | 242 | 40,3 |
| Tipo histológico | Carcinoma ductal/lobular in situ | 27 | 4,5 |
| | Carcinoma ductal infiltrante (CDI) | 487 | 81,4 |
| | Carcinoma lobular infiltrante (CLI) | 22 | 3,7 |
| | Outros | 58 | 10,6 |
| Gradação histológica | Bem diferenciado | 127 | 23,9 |
| | Moderadamente diferenciado | 293 | 55,2 |
| | Pouco diferenciado | 111 | 20,9 |
| Imunofenótipo | Luminal A: RE+ e/ou RP+; HER2 -; Ki-67<14% | 166 | 28,5 |
| | Luminal B: RE+e/ou RP+; HER2 -; Ki-67>14% | 195 | 33,4 |
| | Luminal híbrido: RE+ e/ou RP+; HER2 + | 55 | 9,4 |
| | Her2: RE-; RP-; HER2+ | 51 | 8,7 |
| | Triplo negativo: RE-; RP-; HER2- | 97 | 16,6 |
| | Luminal A ou B | 19 | 3,3 |
| Recidiva da doença | Não | 483 | 83,2 |
| | Sim | 96 | 16,8 |
| Óbito por câncer de mama | Não | 530 | 91,3 |
| | Sim | 51 | 8,7 |

*Diferenças encontradas correspondem à perda de informação.

Tabela 2. Distribuição de 600 mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto ao tempo entre o sintoma e o início do tratamento e seus subintervalos.

| | Sintoma – 1ª consulta | | 1ª consulta – tratamento | | 1ª consulta – diagnóstico | | Diagnóstico – tratamento | | Sintoma – tratamento | |
|------------------------|--------------------------|------|-----------------------------|------|------------------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------|------|
| Mediana em dias (IIQ*) | 39 (14-123) | | 160 (104-266,5) | | 93 (44-177) | | 56 (32-90) | | 243 (153-403) | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Até 30 dias | 189 | 42,4 | 2 | 0,3 | 101 | 16,9 | 136 | 22,7 | 0 | - |
| De 31 a 60 dias | 60 | 13,5 | 38 | 6,4 | 110 | 18,3 | 187 | 31,2 | 6 | 1,3 |
| De 61 a 90 dias | 45 | 10,1 | 75 | 12,4 | 82 | 13,6 | 130 | 21,6 | 25 | 5,6 |
| De 91 a 180 dias | 70 | 15,8 | 224 | 37,4 | 162 | 27,1 | 118 | 19,7 | 118 | 26,6 |
| > 180 dias | 80 | 18,2 | 261 | 43,5 | 145 | 24,1 | 29 | 4,8 | 295 | 66,5 |
| Total | 444** | 100 | 600 | 100 | 600 | 100 | 600 | 100 | 444** | 100 |

*IIQ: intervalo interquartil.

**Somente mulheres que buscaram os serviços de saúde motivadas pela autoidentificação do sintoma sugestivo de câncer de mama.

Tabela 3. Distribuição de 600* mulheres com câncer de mama tratadas em nove hospitais públicos do Distrito Federal entre setembro de 2012 e setembro de 2014, quanto à recidiva do câncer de mama e fatores associados.

| Variáveis | Categorias | Recidiva da doença | | OR | IC 95% |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------|------------|-------|------------|
| | | Não | Sim | | |
| Idade ⁺ | ≥ 40 anos | 413 (71,3%) | 81 (14%) | 1,00 | - |
| | < 40 anos | 63 (10,9%) | 22 (3,8%) | 1,78 | 1,04-3,06 |
| Cor da pele ⁺ | Branca e parda | 405 (70,4%) | 78 (13,6%) | 1,00 | - |
| | Negra | 67 (11,7%) | 25 (4,3%) | 1,94 | 1,15-3,26 |
| Procedência | DF e RIDE-DF | 416 (71,8%) | 87 (15,0%) | 1,00 | - |
| | Fora DF e RIDE-DF | 60 (10,4%) | 16 (2,8%) | 1,28 | 0,70-2,32 |
| Renda familiar média | > R\$ 1356,00 | 215 (38,2%) | 48 (8,5%) | 1,00 | - |
| | ≤ R\$ 1356,00 | 247 (43,9%) | 53 (9,4%) | 1,04 | 0,68-1,60 |
| Escolaridade (anos de estudo) | 7,9 ^{**} (± 4,6 anos) | - | - | 1,02 | 0,97-1,07 |
| Estado menopausal ⁺ | Pós-menopausa | 290 (50,1%) | 52 (9%) | 1,00 | - |
| | Pré-menopausa | 186 (32,1%) | 51 (8,8%) | 1,53 | 0,99-2,35 |
| Motivo da 1ª consulta ⁺ | Consulta de rotina | 138 (23,8%) | 13 (2,2%) | 1,00 | - |
| | Sintoma | 338 (58,4%) | 90 (15,5%) | 2,83 | 1,53-5,23 |
| Estadiamento ⁺ | < IIB | 238 (41,2%) | 5 (0,9%) | 1,00 | - |
| | ≥ IIB | 237 (41%) | 98 (17%) | 19,68 | 7,87-49,21 |
| Gradação histológica ⁺ | Bem diferenciado | 116 (22,4%) | 7 (1,4%) | 1,00 | - |
| | Moderadamente diferenciado | 236 (45,6%) | 50 (9,7%) | 3,51 | 1,54-7,98 |
| | Pouco diferenciado | 71 (13,7%) | 37 (7,2%) | 8,64 | 3,65-20,41 |
| Imunofenótipo ⁺ | Luminal A e B | 321 (56,8%) | 46 (8,1%) | 1,00 | - |
| | Luminal híbrido | 48 (8,5%) | 6 (1,1%) | 0,87 | 0,35-2,15 |
| | Her2 | 36 (6,4%) | 15 (2,7%) | 2,91 | 1,48-5,72 |
| | Triplo negativo | 59 (10,4%) | 34 (6,0%) | 4,02 | 2,38-6,79 |
| Sintoma – tratamento ‡ | 8 (IIQ: 5-13) | - | - | 1,00 | 0,98-1,03 |
| Sintoma – 1ª consulta ‡ | 1 (IIQ: 0-4) | - | - | 1,01 | 0,98-1,04 |
| 1ª consulta – tratamento ‡ | 5 (IIQ: 3-8) | - | - | 0,99 | 0,96-1,04 |
| 1ª consulta – diagnóstico ‡ | 3 (IIQ: 1-5) | - | - | 0,98 | 0,94-1,03 |
| Diagnóstico – tratamento ‡ | 1 (IIQ: 1-1) | - | - | 1,05 | 0,96-1,15 |

*Diferenças encontradas correspondem à perda de informação.

** Média.

± desvio padrão.

IIQ: intervalo interquartilico.

⁺Variáveis que produziram valores-p ≤ 0,25.

‡ Mediana em meses.

Tabela 4. Análise multivariada entre a variável resposta recidiva do câncer de mama e fatores associados.

| Variáveis | Categorias | OR | IC 95% | p |
|----------------------|----------------------------|-------|------------|--------|
| Estadiamento | < IIB | 1,00 | - | |
| | ≥ IIB | 17,93 | 6,40-50,27 | <0,001 |
| Gradação histológica | Bem diferenciado | 1,00 | - | |
| | Moderadamente diferenciado | 2,45 | 1,03-5,81 | 0,043 |
| | Pouco diferenciado | 3,88 | 1,49-10,15 | 0,006 |
| Imunofenótipo | Luminal A ou B | 1,00 | - | |
| | Triplo negativo | 2,70 | 1,40-5,21 | 0,003 |

6. CONCLUSÕES GERAIS

Nesta tese foram analisados os fatores associados ao tempo para início do tratamento do câncer de mama por mulheres tratadas em serviços de saúde públicos do Distrito Federal.

Observou-se que os aspectos socioeconômicos apresentam efeitos relevantes nos intervalos de tempo de acesso aos serviços de saúde, sugerindo existência de iniquidades na assistência prestada pelo SUS, sendo necessário se estabelecer mecanismos assistenciais específicos para a população mais vulnerável a atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Dentre esses mecanismos, circundam o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde para implementar ações educativas que promovam maior conscientização sobre os sinais de alerta do câncer de mama, referenciar os casos suspeitos através do sistema de regulação, além de auxiliar as mulheres à percorrerem os diferentes serviços de saúde durante o itinerário terapêutico.

Nos níveis secundários e terciários, é imprescindível aprimorar a articulação com o sistema de apoio e diagnóstico para se instituir o tratamento indicado no momento mais apropriado.

Diante desses aspectos, observou-se a complexidade dos desafios para reduzir o tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama, cabendo aos diferentes atores desse sistema, que compreende gestores, profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção e de serviços saúde, além de outros setores da sociedade civil, estabelecer melhor integração da atuação de todos para que se obtenha êxito nessa redução e assim garantir melhor assistência às mulheres com essa doença através do diagnóstico em estágio mais iniciais com conseqüente menor morbidade e mortalidade pelo câncer de mama.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

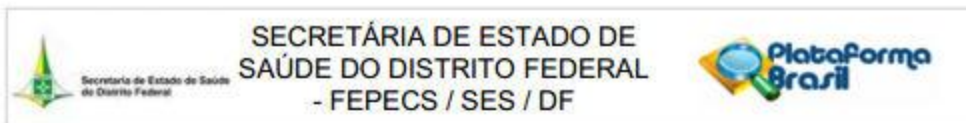
1. Benbakhta B, Tazi M, Benjaafar N, Khattabi A, Maaroufi. [Determinants of patient and health system delays for women with breast cancer in Morocco, 2013]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015; 63: 191-201.
2. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, Drobnienne M, Eglitis J, Lakshmaiah KC, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *Eur J Public Health*. 2013; 24(5): 761-7.
3. Smith EC, Ziogas A, Anton-Culver H. Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg*. 2013; 148 (6): 516-23.
4. Yun YH, Kim YA, Min YH, Park S, Won YJ, Kim DY, et al. The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery. *Ann Oncol*. 2012; 23 (10): 2731-7.
5. Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck R, Ross E, Wong YN, et al. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. *JAMA Oncol*. 2016; 2 (3): 330-9.
6. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353:1119–26.
7. Caplan L. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. *Front. Public Health*. 2014; 2(87). doi:10.3389/fpubh.2014.00087.
8. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer*. 2012. 106: 1262-7.
9. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(10): 458-63.

10. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136 (5): E359-E386.
11. Autier P, Boniol M, Gavin A, Lars V. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011; 343: d 4411. doi:10.1136/bmj.d4411.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
13. Kluthcovsky ACGC, Faria TNP, Carneiro FH, Strona R. Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(4): 387-93.
14. Yip CH, Cazap E, Anderson BO, Bright K, Caleffi M, Cardoso F, et al. Breast cancer management in middle-resource countries (MRCs): Consensus statement from the Breast Health Global Initiative. *The Breast*. 2011; 20: S12-S19.
15. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(3): 459-67.
16. Tfayli A, Temraz S, Abou Mrad R, Shamseddine A. Breast cancer in low- and middle-income countries: an emerging and challenging epidemic. *J Oncol*. 2010; 2010: 490631. doi:10.1155/2010/49063.
17. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS*. 2008; 11(2): 199-206.
18. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, Garcia OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras em el diagnóstico y tratamiento de mujeres com cáncer de mama em Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México*. 2011; 53(6): 478-85.
19. Fedewa SA, Edge SB, Stewart AK, Halpern MT, Marlow NM, Ward EM.

- Race and ethnicity are associated with delays in breast cancer treatment (2003-2006) *J Health Care Poor Underserved*. 2011; 22: 128-41.
20. Yau TK, Choi CW, Ng E, Yeung R, Soong IS, Lee AWM. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer center. *Hong Kong Med J*. 2010; 16(5): 373-7.
 21. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1269-82.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [Internet]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [cited 2012 apr 26]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
 23. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Informações em Saúde Suplementar. Taxa de cobertura de planos de saúde. Assistência médica entre 2012 a 2014, no Distrito Federal, sexo feminino, faixa etária de 30 a 79 anos. [cited 2014 dec 04] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.
 25. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, Gelber RD, Thürlimann B, Senn HJ, et al. Strategies for subtypes – dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol*. 2011; 22(8): 1736-47.

ANEXO I

PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PROJETO DE PESQUISA

Título: FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE ACESSO PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05898312.7.0000.5553

Pesquisador: ÂNGELA FERREIRA BARROS

Instituição: Hospital Regional da Asa Norte - HRAN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 99.313

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

Tendo em vista a importância da redução da morbidade e mortalidade dessa neoplasia para a saúde pública e a alta taxa de incidência no Distrito Federal, torna-se relevante identificar o tempo de acesso ao tratamento do câncer de mama e analisar os fatores associados a fim de se conhecer onde estão as barreiras para o acesso precoce aos serviços de saúde bem como os grupos mais vulneráveis a maiores intervalos de tempo nesse percurso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os fatores socioeconômicos e clínicos associados ao tempo para acesso aos tratamentos do câncer de mama.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as pacientes com câncer de mama quanto a variáveis sociodemográficas e clínicas. Identificar o tempo de acesso ao tratamento do câncer de mama a partir da detecção do sintoma ou da suspeita radiológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode ajudar a melhorar o atendimento aos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de câncer de mama.

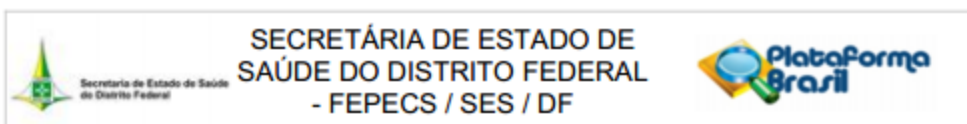
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo coorte. A população desse estudo serão 600 mulheres com diagnóstico cito ou anatomopatológico de câncer de mama internadas para tratamento clínico e/ou cirúrgico dessa doença que realizaram o primeiro tratamento na SES/DF ou no Hospital Universitário de Brasília e que aceitarem participar da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas e respondidas adequadamente as pendências.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br

**Recomendações:**

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não há

BRASILIA, 17 de Setembro de 2012

Assinado por:

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar do projeto “Fatores associados ao tempo de acesso para o tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil”. O objetivo é verificar os fatores socioeconômicos e clínicos associados ao tempo para acesso aos tratamentos do câncer de mama. Muitas mulheres são acometidas por essa doença no Distrito Federal o que torna necessário estudar a trajetória dessas mulheres até o tratamento. Essas informações podem ajudar a melhorar o serviço de saúde.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguro que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. A sua participação será através de uma entrevista e medição do peso e altura realizada durante sua internação hospitalar, análise do seu prontuário e posterior contato telefônico para saber se a senhora realizou mais algum tratamento para a doença e quando ele ocorreu. Estima-se o tempo de 20 minutos para a realização da entrevista e medição do peso e altura.

Informo que a senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ângela Ferreira Barros no telefone: (61) 84186869.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento

foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome

Assinatura

Pesquisadora Responsável – Ângela Ferreira Barros

Brasília, ____/____/____

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

1. Nome: _____
2. Telefones: _____
3. Nome da mãe: _____
4. Hospital: _____ Data de Nascimento: _____
5. Prontuário: _____ Nº SES: _____
6. Idade: _____ anos 7. Cor: 1 () branca 2 () negra 3 () parda
8. Ocupação: _____
9. Estado civil: _____
10. Cidade ou bairro de residência: _____
11. Estudou por quantos anos: _____
12. Renda familiar média: _____
13. Peso: _____ 14. Altura: _____
15. Tabagismo ou ex-tabagismo: 1 () Sim 1.1 Quantidade/dia: _____
1.2 Por quanto tempo fumou: _____
1.3 Parou há quanto tempo: _____
2 () Não
16. Etilismo: 1 () Sim 1.1 Quantidade/dia: _____
1.2 Por quanto tempo bebeu: _____
1.3 Parou há quanto tempo: _____
2 () Não
17. Idade da menarca: _____ 18. Idade na menopausa: _____
19. Número de partos a termo: Gestação _____ Partos _____ Abortos _____
20. Idade no primeiro parto a termo: _____ anos
21. Amamentou? 1 () sim 2 () não
1.1 Total de meses de amamentação: _____
22. Já utilizou anticoncepcionais: 1 () Sim 2 () Não

23. Idade que iniciou uso de anticoncepcionais: _____ anos
24. Tempo de uso de anticoncepcionais: _____ anos
25. Já utilizou terapia de reposição hormonal : 1 () Sim 2 () Não
- 1.1 Por quanto tempo: _____ 1.2 Parou há quanto tempo: _____
26. História familiar de câncer de mama: 1 () Sim 2 () Não
- 1.1 Qual grau de parentesco: _____
- 1.2 Idade do diagnóstico no familiar: _____
27. História de doença benigna na mama: 1 () Sim 2 () Não
- Qual? _____
28. História de outras neoplasias: 1 () Sim 2 () Não Local: _____
29. Realizava regularmente o autoexame das mamas: 1 () Sim 2 () Não
- Se não, por quê? _____
30. Quando fez a última mamografia/ecografia (antes do diagnóstico): _____
31. Quando fez o último exame clínico das mamas (antes do diagnóstico): _____
32. O que motivou procurar o médico:
- 1 () consulta de rotina
- Motivo atraso até o início do tratamento: _____
- _____
- 2 () sintoma Qual? _____ (nódulo palpável, retração, hiperemia, abaulamento, abscesso, dor mamária, alterações na axila)
- 2.1 O sintoma foi identificado por autoexame? 2.1.1 () Sim 2.2.2. () Não
- Motivo atraso do sintoma até 1º consulta e outras etapas: _____
33. Data em que percebeu as alterações: _____
34. Data e local da 1º consulta médica (particular ou outro estado): _____
35. Data e local da 1º consulta médica na SES/DF: _____
36. Data e local da 1º consulta com mastologista: _____
37. Data 1º consulta no hospital de referência: _____
38. Data da solicitação da mamografia: _____
39. Data do resultado da mamografia: _____

40. Resultado da mamografia:
 BIRADS:_____ Tamanho do nódulo:_____
 Linfonodos comprometidos? _____
41. Data da solicitação da ecografia mamária:_____
42. Data do resultado da ecografia mamária: _____
43. Resultado da ecografia mamária:
 BIRADS:_____ Tamanho do nódulo: _____
 Linfonodos comprometidos? _____
44. Data da biópsia: _____
45. Data do resultado da biópsia: _____
46. Tipo de biópsia: 1() Punção aspirativa por agulha fina 2() Core biopsy
 3() Biópsia excisional/ressecção de nódulo/exerese de nódulo 4() Biópsia
 incisional
47. Resultado anatomopatológico da biópsia:

48. Realizou algum exame em serviço privado?
 1 () Sim 1.1 Qual (is)? _____
 2 () Não
49. Tratamento neo adjuvante: 1() Sim 2() Não
 1.1 Data de início:_____ 1.2 Data de término: _____
50. Data da cirurgia:_____
51. Lateralidade: () Direita () Esquerda () Bilateral
52. Tipo de cirurgia realizada: _____
53. Estadiamento clínico tumoral:
 Pré operatório/Pré QT neo adjuvante: _____ Tamanho: _____
54. Data do resultado imuno-histoquímica: _____
55. Resultado imuno-histoquímica:
 Receptor estrogênio:_____ Receptor progesterona:_____
 Caderina - E: _____ Ki 67 (MIB -1): _____
 Proteína p 53: _____ Her2: _____

56. Data resultado histopatológico: _____

57. Laudo histopatológico da cirurgia:

58. Quimioterapia: 1 () Sim 2 () Não

1.1 Data de início: _____ Data término: _____

59. Radioterapia: 1 () Sim 2 () Não

1.1 Data de início: _____ Data término: _____

60. Hormonioterapia: 1 () Sim 2 () Não

1.1 Data de início: _____ 1.2 Tipo: _____

61. Progressão da doença: 1 () Sim 2 () Não

62. Óbito: 1 () Sim 2 () Não 1.1: Data do óbito: _____

Óbito decorrente do câncer de mama: 1 () Sim 2 () Não