



**Ângela Ferreira Barros**



## **Avaliação do tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, projeto MINTER (FMB-UNESP/ESCS-FEPECS-DF) para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Uemura

Co-orientador: Prof. Dr. Jefferson Lessa Soares de Macedo

**Faculdade de Medicina de Botucatu  
Unesp**

**2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Barros, Ângela Ferreira.

Avaliação do tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal / Ângela Ferreira Barros. – Botucatu : [s.n.], 2011

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista; Faculdade de Medicina Botucatu.

Orientador: Gilberto Uemura

Co-Orientador: Jefferson Lessa Soares de Macedo

Capes: 40601005

1. Mamas - Câncer - Diagnóstico. 2. Serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Diagnóstico tardio; Epidemiologia; Neoplasias da mama; Projeto MINTER (FMB-Unesp/ESCS-FEPECS-DF)

Essa pesquisa recebeu financiamento da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
pelo edital de fomento à pesquisa nº 34 de 24 de setembro de 2009.

**DEDICATÓRIA**

Aos meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, meu refúgio e fortaleza.

Aos meus pais, irmãos, avó e familiares pelo apoio incondicional.

Ao Eduardo pela parceria e incentivo.

Ao meu orientador Dr. Gilberto Uemura e co-orientador Dr. Jefferson Lessa Soares de Macedo pela imensa cooperação e apoio.

A todos os amigos e aos colegas de trabalho do HRAN pelo suporte e torcida.

Às mulheres participantes dessa pesquisa pela disponibilidade.

Aos professores do MINTER pela constante colaboração.

A todos os colegas do MINTER, em especial à Daniela.

Às coordenadoras do MINTER, Fátima e Adriana, pela constante dedicação.

Aos servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que colaboraram para a execução da pesquisa, em especial à Cida do HBDF.

A oncologia do HUB/UnB pela colaboração para complementação da pesquisa.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

*“Tudo é possível àquele que crê”*

Marcos 9,23.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO I - ARTIGO DE REVISÃO</b>                                     |           |
| <b>ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA</b>               |           |
| <b>E ESTRATÉGIAS PARA SUA REDUÇÃO.....</b>                                | <b>12</b> |
| RESUMO .....  | 14        |
| ABSTRACT.....   | 15        |
| INTRODUÇÃO .....  | 16        |
| MÉTODO .....  | 18        |
| RESULTADOS.....   | 19        |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 24        |
| REFERÊNCIAS .....   | 25        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO II - ARTIGO ORIGINAL</b>                                      |           |
| <b>AVALIAÇÃO DO TEMPO PARA ACESSO AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO</b>  |           |
| <b>DISTRITO FEDERAL .....</b>   | <b>32</b> |
| RESUMO .....  | 34        |
| ABSTRACT.....   | 35        |
| INTRODUÇÃO .....  | 36        |
| SUJEITOS E MÉTODOS .....  | 38        |
| RESULTADOS.....   | 40        |
| DISCUSSÃO.....  | 44        |
| REFERÊNCIAS .....   | 48        |
| CONCLUSÕES.....   | 53        |
| <br>  |           |
| <b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b> | <b>55</b> |
| <br>  |           |
| <b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>                   | <b>57</b> |
| <br>  |           |
| <b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>      | <b>61</b> |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Características sócio-demográficas de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF.....  | 41 |
| Tabela 2. Características clínicas de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF. ....  | 42 |
| Tabela 3. Distribuição dos intervalos de tempo entre o diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF. ....    | 42 |
| Tabela 4. Intervalos de tempo relacionados com os períodos de 30,90 e 180 dias em pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF. ....     | 42 |
| Tabela 5. Análise bivariada de fatores associados aos intervalos de tempo estudados em pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF..... | 43 |

**CAPÍTULO I**  
**ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**  
**E ESTRATÉGIAS PARA SUA REDUÇÃO**

**Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama  
e estratégias para a sua redução**

**Delay in diagnosis and treatment of breast cancer and strategies for reduction**

Ângela Ferreira Barros<sup>1</sup>, Gilberto Uemura<sup>2</sup>, Jefferson Lessa Soares de Macedo<sup>3</sup>

1. Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP
2. Mastologista, Prof. Assistente Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP
3. Cirurgião plástico, Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação  
em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Endereço para correspondência:

Ângela Ferreira Barros

SHIN QI 09 conjunto 06 casa 05 Lago Norte Brasília-DF CEP: 71515-260

anbarros@yahoo.com.br

Este capítulo foi formatado conforme orientações para submissão à revista Comunicação em Ciências da Saúde.

## RESUMO

A alta taxa de mortalidade do câncer de mama em países em desenvolvimento é associada à falta de programas de detecção precoce, ao retardo no diagnóstico e tratamento, bem como às dificuldades para acesso aos serviços de saúde. O objetivo desse estudo foi identificar artigos que associaram o retardo no diagnóstico e tratamento com a evolução do câncer de mama, verificar os fatores associados ao atraso e apontar sugestões para minimizar o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Foi realizada uma revisão bibliográfica em diferentes bases de dados da internet entre janeiro e junho de 2011. Foram encontrados diversos artigos que associaram o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama a menor sobrevivência, a estágio mais avançado, a comprometimento de linfonodos axilares e tumor com maior tamanho. Também foi identificada associação desse atraso com a cor negra, baixo nível de instrução e menor renda. Outros artigos não associaram o atraso com pior prognóstico, porém isso pode ser decorrente do uso de diferentes metodologias. Para reduzir o atraso, é fundamental a organização do serviço de saúde a fim de proporcionar o diagnóstico precoce através de maior educação da população sobre o câncer de mama, da implantação de um programa de rastreamento, do rápido encaminhamento dos casos suspeitos para outros níveis de assistência e da adequação dos métodos diagnósticos e de tratamento. Melhorar a estruturação e funcionamento dos serviços de saúde é um fator imprescindível e urgente para atender ao aumento dos casos de câncer de mama de forma adequada.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Diagnóstico tardio; Epidemiologia; Neoplasias da mama

**ABSTRACT**

The high mortality in breasts cancer in developing countries is associated to the lack of early detection programs, the delay in both diagnose and treatment and to the difficulties to access of health services. The objective of this present study is to identify articles that associated the delay on diagnose and treatment to the breast cancer evolution, verify the factors linked to this delay and to point to suggestions to minimize the delay in the diagnose and treatment of breast cancer. A literature review was made in different data base in the internet from January to June 2011. There were found a number of articles, they have associated the delay on diagnose and treatment in breast cancer to a lower survival, advanced cancer staging, a lymph node axillary metastasis and larger tumor. Also was identified the association of this delay with the darker skin color, low instruction level and lower income. Other articles did not associate the delay with a worse prognosis, although this can be related to the different kind of methodologies. To reduce delay is primordial the organization of the health service to allow the early diagnoses through a larger education with the population about breast cancer, the implementation of screening program, fast indication to suspicious cases to other assistances levels and to the following diagnose and treatment methods. Improving the structure and working function of health services is a very relevant and urgent factor to attend the increase number of breast cancer cases in an adequate way.

**Key words:** Health Services Accessibility; Delayed Diagnostic; Epidemiology; Breast Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais frequente nas mulheres em todo o mundo, correspondendo a 23% do total de novos casos. A incidência é crescente no mundo, sendo estimados 1,5 milhões de novos casos em 2010<sup>1</sup>. As taxas de incidência são maiores nos países desenvolvidos e estão aumentando também em países em desenvolvimento. Porém as taxas de mortalidade têm um comportamento diferente, pois estão reduzindo em países desenvolvidos e aumentando em países em desenvolvimento<sup>2,3</sup>. Em 2008, ocorreram 460 mil mortes por câncer de mama no mundo<sup>4</sup>. A maioria (69%) dessas mortes ocorreu em países em desenvolvimento<sup>5</sup>. Com isso o câncer de mama está se tornando um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e isso tende a agravar no futuro<sup>3,6</sup>.

A taxa de sobrevivência do câncer de mama apresenta uma ampla variação em todo o mundo. Sendo acima de 80% nos Estados Unidos, Suécia, Japão e Austrália, enquanto no Brasil e Eslováquia, aproximadamente 60%, e na Argélia, abaixo de 40%<sup>7</sup>.

O aumento da incidência do câncer de mama em países em desenvolvimento provavelmente ocorre devido ao aumento da expectativa de vida, à urbanização e à adoção do estilo de vida ocidental<sup>5</sup>. Alguns hábitos como, por exemplo, modificações na dieta, sedentarismo, primeira gestação tardia, menor quantidade de filhos e redução do período de amamentação, estão se tornando prevalentes em países em desenvolvimento<sup>8</sup>.

A alta taxa de mortalidade em países menos desenvolvidos pode ser explicada principalmente pela falta de programas de detecção precoce, resultando em uma grande proporção dos casos de câncer de mama diagnosticados em estágio tardio, que não poderiam ser curados nem em países ricos<sup>8</sup>, assim como pela falta de estrutura adequada para garantir diagnóstico precoce e tratamento oportuno, pelo pouco conhecimento da população sobre câncer de mama e pelas barreiras culturais<sup>5,8,9</sup>. As dificuldades de acesso ao serviço de saúde aumentam a quantidade de indivíduos que atrasam ou renunciam ao tratamento<sup>10</sup>.

No Brasil, o câncer de mama é a neoplasia de maior incidência nas mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. É também responsável pela maior taxa de mortalidade por câncer nas mulheres<sup>11</sup>. Em estudos realizados no Brasil foram encontradas diferentes sobrevivências em cinco anos, como por exemplo, 81,8% em Juiz de Fora<sup>12</sup>, 76,2% em Santa Catarina<sup>13</sup>, 87,7% em estudo da Universidade Federal de Santa Maria<sup>14</sup> e 61% em Belém numa coorte hospitalar<sup>15</sup>.

No caso do Brasil, o Instituto Nacional do Câncer também afirma que o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, fato que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada<sup>11</sup>.

Considerando o câncer de mama como um problema de saúde pública que apresenta alta taxa de mortalidade devido ao diagnóstico e tratamento tardio, o objetivo desse estudo foi identificar artigos que associaram o retardo no diagnóstico e tratamento com a evolução do câncer de mama, verificar os fatores associados ao atraso e apontar sugestões e orientações para minimizar o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados PubMed (National Library of Medicine), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e nos periódicos da CAPES.

As palavras chaves utilizadas para a busca foram: *breast cancer; breast cancer delay; early detection; treatment*.

O período de coleta ocorreu entre janeiro e junho de 2011.

Foram incluídos somente os artigos publicados a partir de 1999 que estivessem disponíveis em português, inglês e espanhol; e a amostra fosse composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

A pesquisa identificou 53 artigos que tratavam do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e das estratégias para reduzir o atraso.

## RESULTADOS

Ao analisar o atraso, verificou-se que o intervalo de estudo mais abrangente é o período entre a detecção do sintoma e o início do tratamento específico para o câncer de mama, definido como atraso total. Esse intervalo pode ser subdividido, originando diversos subintervalos, analisados separadamente conforme interesse e conveniência de cada pesquisador. Os dois subintervalos mais explorados em pesquisas são o intervalo de tempo entre a detecção do sintoma e a primeira consulta, definido como atraso do paciente, além do período entre a primeira consulta e o início do tratamento, atribuído ao serviço de assistência à saúde, definido como atraso do serviço<sup>16</sup>. Os artigos encontrados nessa revisão foram analisados de acordo com esses intervalos.

Diversos estudos foram realizados durante o século XX com o intuito de verificar se o atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama era associado a pior prognóstico e sobrevida. Houve pesquisas que confirmaram e rejeitaram essa hipótese. Porém, mesmo com resultados controversos, a diretriz prevalente entre médicos e pesquisadores era não atrasar o atendimento médico quando descoberto os sintomas do câncer<sup>17</sup>.

Em uma revisão sistemática<sup>18</sup>, verificou-se o real impacto na sobrevida quando o tratamento específico do câncer de mama atrasa mais de três meses após primeira identificação do sintoma. Esse estudo contribuiu de modo significativo para esclarecer a relação controversa entre o atraso e a sobrevida<sup>17</sup>. Outros estudos também observaram essa mesma relação<sup>19,20</sup>. Dentro desse contexto, vários estudos buscaram identificar os fatores que poderiam contribuir para o atraso com o objetivo de direcionar as intervenções para grupos específicos.

Os fatores associados à maior atraso total foram: a faixa etária mais jovem<sup>21</sup>, a menor renda<sup>22</sup>, a cor negra<sup>23-26</sup>, o uso prévio de terapia alternativas<sup>27</sup>, as mulheres sintomáticas<sup>21,28</sup>, o maior tamanho<sup>21</sup> e estágio avançado<sup>27</sup>.

Maior atraso do paciente foi associado a maior faixa etária<sup>19,29-31</sup>, a menor educação<sup>21,31,32</sup>, a menor renda<sup>22</sup>, as mulheres solteiras<sup>33</sup>, a ausência de plano de saúde<sup>31,34</sup>, a história de doença benigna na mama, a obesidade, sem exames de rotina recentes<sup>30</sup>, o maior tamanho do tumor<sup>19,32</sup>, o estágio avançado<sup>19,30,31,32,35</sup> e pior sobrevida<sup>19</sup>.

Maior atraso do serviço foi associado a faixa etária mais jovem<sup>21,29,36</sup>, a primeira queixa clínica diferente de nódulo<sup>29</sup>, a cor negra<sup>23</sup> e mulheres que trabalham em período integral<sup>37</sup>.

Alguns estudos verificaram que problemas na organização do serviço de referência, possíveis erros médicos, pouca supervisão da prática médica ou falta de capacitação dos médicos para diagnosticar e encaminhar casos suspeitos podem alterar e prolongar o tempo atribuído ao serviço<sup>16,38,39</sup>. A falta de um serviço que facilite ou auxilie o percurso do paciente a partir da atenção primária até o serviço terciário, através de um complexo sistema de saúde, também é um entrave significativo para dificultar o acesso ao diagnóstico e tratamento<sup>40</sup>.

Há ainda outros artigos localizados que identificaram associação de características sócio-demográficas e/ou clínicas ao atraso, porém optou-se por não compará-los em decorrência de importantes diferenças no método de medida de cada intervalo<sup>26,41-46</sup>.

Outros estudos não verificaram associação do atraso com pior sobrevida<sup>36,47,48</sup>, maior tamanho<sup>49,50</sup> ou pior estadiamento<sup>51,52</sup>.

Esses resultados controversos podem ser decorrentes de vários tipos de vieses que podem confundir as interpretações. O viés referente ao tempo surge porque a sobrevida é comumente medida a partir da data do diagnóstico. Se o diagnóstico atrasou, o tempo remanescente até o óbito é proporcionalmente menor<sup>53</sup>. Além disso, existe uma clara tendência do médico facilitar o processo de diagnóstico e tratamento para pacientes com maiores suspeitas de anormalidades ou doença mais avançada<sup>51</sup>. Estudos apontam que essas conclusões conflitantes podem ser decorrentes do uso de diferentes metodologias, populações ou intervalos além de definições desiguais do atraso<sup>17,18,54</sup>.

O monitoramento consistente e contínuo dos intervalos de tempo com especificação de cada intervalo pode ser um método efetivo para detectar atrasos no acesso ao serviço de saúde e permite uma maior priorização das intervenções com melhor custo benefício e avaliação dos resultados<sup>55</sup>. Essa é uma prática que deve ser incentivada em diferentes populações.

Embora muitos fatores tenham sido associados ao atraso, ainda não há consenso sobre a real influência desses fatores, provavelmente em decorrência de diferenças culturais. Portanto, é indicada a realização de pesquisas para identificar os fatores relacionados ao retardo no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em cada população, considerando os aspectos sociais e fatores relacionados aos serviços para melhorar o atendimento e consequentemente reduzir a mortalidade<sup>17</sup>.

## **Estratégias para redução do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama**

Considerando o cenário de aumento constante da incidência do câncer de mama e da influência do atraso no prognóstico e sobrevida, provavelmente justificando as altas taxas de mortalidade em países com recursos limitados, sugere-se que importante redução da mortalidade por câncer de mama seja possível a partir de uma criteriosa organização e aprimoramento dos serviços de assistência à saúde a fim de garantir acesso ao diagnóstico e tratamento precoce. As melhorias na taxa de mortalidade por câncer de mama em países desenvolvidos são consequências da combinação de pesquisas científicas, do aumento do conhecimento da população sobre o câncer de mama e da vontade política<sup>17</sup>.

Há iniciativas surgindo em nível internacional para discutir essas questões e buscar medidas que viabilizem ações para o controle do câncer de mama em países com recursos limitados. Essas medidas buscam estruturar programas sustentados pela parceria com a população local para adequação de um planejamento aplicável a cada região.

O “Breast Health Global Initiative” esforça-se para desenvolver protocolos baseados em evidências, economicamente viáveis e culturalmente apropriados que possam ser usados em países com recursos limitados para saúde a fim de melhorar os resultados da assistência ao câncer de mama. A intenção é ajudar ministros da saúde, gestores de saúde, administradores e instituições a priorizar a alocação de recursos para tratamento do câncer de mama. O planejamento e estratégias de assistência à saúde foram divididos em quatro sistemas de acordo com os recursos disponíveis de cada país para implementação do programa. São eles: nível básico, nível limitado, nível melhorado e nível avançado. Para cada nível foi delineado protocolos para implementação de detecção precoce, diagnóstico, tratamento e aprimoramento do programa de assistência à saúde<sup>6</sup>.

A principal estratégia discutida para redução da mortalidade por câncer de mama é o rastreamento mamográfico. Estudos clínicos randomizados evidenciaram que a mamografia foi a única modalidade de rastreamento que reduziu a mortalidade do câncer de mama<sup>6</sup>. Embora seja o padrão ouro para rastreamento do câncer de mama e seja a principal indicação em países com recursos em nível avançado<sup>56</sup>, a implantação de um programa de rastreamento mamográfico é muito complexa<sup>5</sup> tornando-se inviável em alguns países em desenvolvimento devido ao alto custo, falta de estrutura dos serviços de saúde e alta incidência de câncer de mama em pacientes com menos de 50 anos<sup>9,57</sup>.

As políticas de rastreamento parecem ser as principais atividades desenvolvidas para controle de câncer de mama em países da América Latina<sup>58</sup>, no entanto o aprimoramento da infraestrutura para o tratamento apropriado deve ser desenvolvido antes de um programa de detecção precoce. Ou seja, a estruturação e organização de um serviço de assistência à saúde é pré-requisito para a implementação de um programa de rastreamento<sup>2,59</sup>.

Além disso, há questionamentos sobre o quanto o rastreamento mamográfico efetivamente contribui para a redução da mortalidade em decorrência de diferenças metodológicas nos ensaios clínicos randomizados e alguns vieses desses estudos. Por exemplo, a evolução do tratamento adjuvante e a acentuada sensibilização da população e dos médicos para a detecção precoce dos tumores palpáveis também são associados à redução da mortalidade e acredita-se que têm um maior impacto do que o próprio rastreamento mamográfico<sup>60</sup>. O aumento do uso da terapia adjuvante e o rastreamento ocorreram concomitantemente tornando difícil a distinção do efeito de cada um na mortalidade<sup>61</sup>.

Estudo norueguês mostra que a redução da mortalidade associada ao rastreamento mamográfico representou um terço da redução total da mortalidade identificada no estudo. Assim a maior parte da redução foi atribuída ao diagnóstico precoce associado às melhorias na gestão da assistência à saúde dos pacientes com câncer de mama através de ação interdisciplinar. A implementação da equipe multidisciplinar teve como intenção otimizar o serviço de atendimento às pacientes com câncer de mama<sup>62</sup> facilitando o acesso aos serviços de saúde<sup>63</sup>. Com isso, observa-se que é possível reduzir a mortalidade do câncer de mama com outras estratégias enquanto não é viável a implantação do rastreamento mamográfico.

Outra estratégia sugerida e utilizada foi o aprimoramento e a capacitação de profissionais que trabalham na comunidade, que no contexto brasileiro seria equivalente aos trabalhadores dos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Na África do Sul, foi sugerido que esses profissionais poderiam assumir três funções primárias: educação para a saúde; execução da assistência inicial através do exame clínico das mamas e ensinamento do auto-exame das mamas; e ajudar as pacientes no percurso até o tratamento a fim de maximizar o acesso delas ao sistema reduzindo a chance de potenciais atrasos<sup>64</sup>.

Em Sarawak, Malásia, houve a redução importante em cinco anos do percentual de casos de câncer de mama diagnosticados e tratados em estágio avançado com a

implantação de um programa para identificação precoce do câncer de mama, estruturado na assistência primária. O programa baseava-se no treinamento dos profissionais para o exame clínico das mamas, para ensinar o auto-exame das mamas às mulheres, bem como no fortalecimento do serviço de referência dos casos suspeitos<sup>65</sup>.

A implantação de programas que ajudem o paciente no percurso até o tratamento do câncer de mama também apresentaram bons resultados na redução do tempo para diagnóstico e tratamento, no auxílio para transpor as barreiras de acesso aos serviços de saúde, na compreensão sobre o tratamento e na adesão ao tratamento<sup>66-68</sup>.

Outros esforços estão sendo feitos também para compreender se diferenças genéticas, biológicas e nos fatores de risco podem afetar o prognóstico do câncer de mama em países em desenvolvimento. A expressão ou a ausência de receptores de estrogênio podem influenciar parcialmente a mortalidade em países em desenvolvimento. Estudos têm verificado a ausência de receptores de estrogênio em mulheres jovens e negras, características que predominam em países em desenvolvimento. Outro desafio é entender como fatores de risco reprodutivos que são associados ao aumento do risco de câncer de mama na pós menopausa podem ser relacionados à incidência e mortalidade em países em desenvolvimento, onde as taxas de câncer de mama na pós menopausa é bem menor do que nos outros países<sup>8</sup>.

Outro obstáculo está no uso de inovações terapêuticas para tratamento do câncer de mama, já em utilização nos países ricos. Essas descobertas não podem ser transferidas para outros países sem avaliação da sua efetividade em outros serviços de saúde e em diferentes contextos culturais e psicossociais<sup>57,69</sup>.

Para esclarecer melhor essas distinções, mais pesquisas são necessárias para verificar o real impacto desses fatores. A deficiência ou falta de dados sobre o câncer de mama em países em desenvolvimento são causas que justificam as falhas na construção de indicadores que possam favorecer o direcionamento de políticas públicas para combater o câncer de mama<sup>3,6,8</sup>.

No Brasil está em curso a implementação de um sistema de informação para um programa de detecção precoce do câncer de mama que foi concebido para obter, organizar e disponibilizar dados sobre os exames diagnósticos realizados, no intuito de ajudar a suprir essa demanda por informações<sup>70</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é um problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. O aumento constante da incidência indica que esse será um problema ainda maior nos próximos anos, causando importante impacto social, maior gasto governamental e aumento da morbi-mortalidade.

Esse cenário exige uma urgente adequação do sistema de saúde para atender a crescente demanda e prover um tratamento efetivo e com melhor custo benefício. A principal estratégia seria proporcionar o diagnóstico e tratamento precoce, minimizando qualquer atraso que possa ocorrer na trajetória dos pacientes.

Por ser uma trajetória complexa, com atuação de diferentes níveis de atenção à saúde, uma reestruturação geral em todos os níveis deve ser realizada a fim de se alcançar melhores resultados. Para isso pode-se utilizar protocolos internacionais e experiências de outros países para direcionar o planejamento e implementação de medidas que possam melhorar a assistência aos casos de câncer de mama.

Outros estudos são necessários para fornecer mais indicadores para a estruturação de projetos aplicáveis. Os estudos sobre o atraso no diagnóstico e tratamento ainda são escassos no Brasil e os internacionais apresentam distinções metodológicas que dificultam extrapolar os resultados para a realidade brasileira. Dessa forma, o incentivo em pesquisas nessa área e interesse político para implementar programas de diagnóstico e tratamento precoce são fatores fundamentais para controle do câncer de mama.

**REFERÊNCIAS**

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005; 55: 74-108.
2. Masood S. Coming together to conquer the fight against breast cancer in countries of limited resources: the challenges and the opportunities. *Breast J.* 2007; 13(3): 223-5.
3. Igene H. Global health inequalities and breast cancer: an impending public health problem for developing countries. *Breast J.* 2008; 14(5): 428-34.
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acessado em 20/mar/2011.
5. WHO. Breast cancer: prevention and control. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>. Acessado em 20/jan/2011.
6. Anderson BO, Yip CH, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer Supplement.* 2008; 113(8): 2221-43.
7. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol.* 2008; 9: 730-56.
8. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in low-income countries. *N Engl J Med* 2008; 358(3):213-6.
9. Tfayli A, Temraz s, Abou Mrad R, Shamseddine A. Breast cancer in low- and middle-income countries: an emerging and challenging epidemic. *Journal of Oncology*; 2010 (2010), Article ID 490631, 5 pages doi:10.1155/2010/49063. Disponível em: <http://downloads.hindawi.com/journals/jo/2010/490631.pdf>. Acessado em 20/mar/2011.
10. Harford J, Azavedo E, Fischietto M. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: Breast Healthcare Program Resource Allocation. *Cancer* 2008; 113(8 suppl): 2282-96.

11. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acessado em 28/jul/2009.
12. Guerra MR, Mendonça GAS, Teixeira MTB, Cintra JRD, Carvalho LM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2455-66.
13. Schneider IJC, D'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1285-96.
14. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2219-28.
15. Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no estado do Pará. [dissertação de mestrado]. Belém (PA): Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará; 2001. 81 p.
16. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda C. Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour. *Soc Sci Med*. 2011; 72: 1096-104.
17. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda C. Delay of medical care symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud publica Mex*. 2009; 51 (S2): S270-S285.
18. 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.
19. Richards MA, Smith P, Ramirez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer*. 1999; 79(5/6): 858-64.
20. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 (3): 481-9.

21. Montella M, Crispo A, Botti G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. *Breast Cancer Res Treat.* 2001; 66: 209-15.
22. 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.
23. Gorin SS, Heck JE, Cheng B, Smith SJ. Delays in breast cancer diagnosis and treatment by racial/ethnic group. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 2244-52.
24. Smith ER, Adams SA, Das IP, Bottai M, Fulton J, Hebert JR. Breast cancer survival among economically disadvantaged women: the influences of delayed diagnosis and treatment on mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008; 17(10): 2882-90.
25. Rodrigues CS, Givisiez GHN. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos de Goytacazes. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2207.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf). Acessado em 20/out/2010.
26. Maly RC, Leake B, Mojica CM, Liu Y, Diamant AL, Thind A. What influences diagnostic delay in low-income women with breast cancer? *J Womens Health.* 2011; 20(7). Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/jwh.2010.2105>. Acessado em 20/mar/2011.
27. Ezeome ER. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. *Nigerian J Clin Practice.* 2010; 13(3): 311-6.
28. Crispo A, Montella M, Barba M, Schittulli F, De Marco MR, Grimaldi M, et al. Association between mode of breast cancer detection and diagnosis delay. *Breast.* 2009; 18: 382-6.
29. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999; 353: 1127-31.

30. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. *Br J Cancer*. 2002; 86(7): 1034-40.
31. 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.
32. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. *BMC Womens Health* 2003; 3(1): 4. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-3-4.pdf>. Acessado em 20/mar/2011.
33. Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Med Care*. 2000; 1:108-14.
34. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama em Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2007; 11(1): 13-22.
35. Malik IA, Gopalan S. Use of CAM results in delay in seeking medical advice for breast cancer. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18: 817-22.
36. Sainsbury R, Johston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet*. 1999; 353: 1132-35.
37. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2003; 21 (8): p 1440-6.
38. Ukwanya AY, Yusufu LMD, Nmadu PT, Garba ES Ahmed A. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: the experience from Kaduna, Nigeria. *S Afr J Surg*. 2008; 46 (4): 106-10.
39. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama em el Distrito Federal y em Oaxaca. *Salud Publica Mex*. 2009; 51 suppl 2: S254-S262.
40. Dye TD, Bogale S, Hobden C, Tilahun Y, Hechter V, Deressa T, Bizé M, Reeler, A. Complex care systems in developing countries. *Cancer*. 2010; 116: 577–585.

41. Trufelli DC, Bensi CG, Pane CEV, Ramos E, Otsuda FC, Tannous NG, et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. *Rev Bras Mastol* 2007; 1: 14-8.
42. Bairati I, Jobin E, Fillion L, Larochelle M, Vincet L. Determinants of delay for breast cancer diagnosis. *Cancer Detect Prev*. 2007; 31: 323-31.
43. Downing A, Prakash A, Gilthorpe MS, Mikeljevic JS, Forman D. Socioeconomic background in relation to stage at diagnosis, treatment and survival in women with breast cancer. *Br J Cancer*. 2007; 96: 836-40.
44. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54 (1): 72-6.
45. 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.
46. 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.
47. Tjemsland L, Soreide, JS. Operable breast cancer patients with diagnostic delay-oncological and emotional characteristics. *Eur J Surg Oncol*. 2004; 30: 721-7.
48. Brazda A, Estroff J, Euhus D, Leitch M, Huth J, Andrews V, et al. Delays in time to treatment and survival impact in breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2010; 17: S291-S296.
49. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg*. 2004; 91: 49-53.
50. Wright GP, Wong JH, Morgan JW, Roy-Chowdhury S, Kazanjian K, Lum SS. Time from diagnosis to surgical treatment of breast cancer: factors influencing delays in initiating treatment. *Am Surg*. 2010; 76: 1119-22.

51. Pérez G, Porta M, Borrel C, Casamitjana M, Bonfill X, Bolibar I, et al. Interval from diagnosis to treatment onset for six major cancer in Catalonia, Spain. *Cancer Detect Prev.* 2008; 32: 267-75.
52. Williams DL, Tortu S, Thomson J. Factors associated with delays to diagnosis and treatment of breast cancer in women in a Louisiana Urban Safety Net Hospital. *Women Health.* 2010; 50: 705-18.
53. Coates AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. *Lancet.* 1999; 353(9158): 1112-3.
54. Kothari A, Fentiman IS. Diagnostic delays in breast cancer and impact on survival. *Int J Clin Pract* 2003; 57(3): 200-3.
55. Saint-Jacques N, Younis T, Dewar R, Rayson D. Wait times for breast cancer care. *Br J Cancer.* 2007; 96: 162-8.
56. Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer Supplement.* 2008; 113(8): 2244-56.
57. Howell A. The emerging breast cancer epidemic: early diagnosis and treatment. *Breast Cancer Research* 2010, 12(Suppl 4):S10.
58. Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(3): 178-85.
59. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast Jour.* 2003; 9(S2): S51-S59.
60. Jatoi I, Miller AB. Why is breast cancer mortality declining? *Lancet Oncol* 2003; 4: 251-4.
61. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 1784-92.
62. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami HO. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010; 363:1203-10.

63. Castellanos MR, Conte J, Fadel DA, Raia C, Forte F, Ahern K, et al. Improving access to breast health services with an interdisciplinary model of care. *Breast Jour.* 2008; 14(4): 353-6.
64. Wadler BM, Judge CM, Prout M, Allen JD, Geller AC. Improving breast cancer control via the use of community health workers in South Africa: a critical review. *Journal Oncol.* 2011. ID 150423. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/jo/2011/150423/>. Acessado em 20/mar/2011.
65. Devi BCR, Tang TS, Corbex M. Reducing by half the percentage of late-stage presentation for breast and cervix cancer over 4 years: a pilot study of clinical downstaging in Sarawak, Malaysia. *Ann Oncol.* 2001; 18: 1172-6. Disponível em: <http://annonc.oxford-journals.org/content/early/2007/04/13/annonc.mdm105.full.pdf+html>. Acessado em 20/mar/2011.
66. Campbell C, Craig J, Eggert J, Bailey-Dorton C. Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. *Oncol Nurs Forum.* 2010; 37 (1): 61-8.
67. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH, Rosenzweig M. Patient navigation in breast cancer: a systematic review. *Cancer Nurs.* 2010; 33(2): 127-40.
68. Korber SF, Padula C, Gray J, Powell M. A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions. *Oncol Nurs Forum.* 2011; 38(1): 44-50.
69. Love RR. Defining a global research agenda for breast cancer. *Cancer.* 2008; 113: 2366-71.
70. Passman LJ, Farias AMRO, Tomazelli JG, Abreu DMF, Dias MBK, Assis M, et al. SIS-MAMA – Implementation of an information system for breast cancer early detection programs in Brazil. *Breast.* 2011; 20: S35-S39.

**CAPÍTULO II -  
AVALIAÇÃO DO TEMPO PARA ACESSO AO TRATAMENTO DO  
CÂNCER DE MAMA NO DISTRITO FEDERAL**

**Avaliação do tempo para acesso ao tratamento  
do câncer de mama no Distrito Federal**

**Time evaluation of access to breast cancer treatment in Federal District**

Ângela Ferreira Barros<sup>1</sup>, Gilberto Uemura<sup>2</sup>, Jefferson Lessa Soares de Macedo<sup>3</sup>

1. Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP
2. Mastologista, Prof. Assistente Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP
3. Cirurgião plástico, Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação  
em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Endereço para correspondência:

Ângela Ferreira Barros

SHIN QI 09 conjunto 06 casa 05 Lago Norte Brasília-DF CEP: 71515-260

anbarros@yahoo.com.br

Este capítulo foi formatado conforme orientações para submissão à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

## RESUMO

**OBJETIVO:** analisar o tempo entre o primeiro sintoma até o tratamento específico do câncer de mama, determinar o tempo entre as etapas desse período e verificar a associação com dados sócio-demográficos e clínicos. **MÉTODOS:** realizou-se um estudo transversal descritivo e analítico. Foram entrevistadas 250 mulheres com diagnóstico primário de câncer de mama internadas para tratamento clínico ou cirúrgico da doença em seis hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2009 e janeiro de 2011. Para verificar associação das variáveis foi utilizado o teste de Mann-Whitney. **RESULTADOS:** foram obtidas medianas de 229 dias entre a detecção do sintoma e o início do tratamento (tempo total), 30 dias entre a detecção do sintoma e a primeira consulta (tempo atribuído à paciente) e 156 dias entre a primeira consulta e o tratamento (tempo atribuído ao serviço). Após a detecção do sintoma, 52,9% das mulheres consultaram em até 30 dias e 88,8% demoraram mais de 90 dias para iniciar o tratamento. As mulheres com nível primário de escolaridade apresentaram maior tempo total ( $p=0,049$ ) e maior tempo atribuído ao serviço ( $p=0,032$ ). As pacientes com câncer de mama avançado apresentaram maior tempo atribuído à paciente ( $p=0,006$ ). **CONCLUSÕES:** houve um importante atraso para iniciar o tratamento das mulheres com câncer de mama e a maior parte desse atraso foi atribuída à dificuldade do serviço em prover o tratamento de forma ágil. Medidas estratégicas devem ser implementadas para reduzir esse atraso.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Diagnóstico tardio; Epidemiologia; Neoplasias da mama

**ABSTRACT**

Objective: analyze the time from the first symptom sign to the specific breast cancer treatment, identify the time during all the steps of this period and verify the association with social, demographic and clinical data. Methods: it was made a transversal descriptive and analytical study. 250 women were interviewed with diagnose of primary breast cancer in-tern for clinical or surgery treatment for the disease in six hospitals from the Health State Secretary of Federal Distric. The data was collected from November 2009 to January 2011. To verify the variables association the Mann-Whitney test was used. Results: obtained median of 229 days from symptom detection to the beginning of treatment (total time), 30 days from the first symptom detection and the first medical appointment (time related to the patient) and 156 days from the first appointment to the treatment (time related to service). After the symptom detection, 52,9% of women went to a medical appointment within 30 days and 88,8% took more than 90 days to start the treatment. Women with primary schooling level have presented more total time ( $p=0,049$ ) and the higher time related to service ( $p=0,032$ ). The patients with late stage breast cancer presented more time related to the patient ( $p=0,006$ ). Conclusions: a major delay happened on the start of the treatment of women with breast cancer and most part of this was related to the difficulty in providing treatment in a fast way. Strategical measures must be implemented to reduce this delay.

**Key words:** Health Services Accessibility; Delayed Diagnostic; Epidemiology; Breast Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

No Brasil estimaram-se, para 2010, 49.240 novos casos de câncer de mama com o risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Isso corresponde a 25% da estimativa total de neoplasias em mulheres no mesmo período, excluindo o câncer de pele não melanoma<sup>1</sup>.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados<sup>2,3</sup>.

No Distrito Federal (DF), houve a estimativa de 670 novos casos de câncer de mama para 2010. O DF tem uma taxa bruta estimada de 50,17 casos para 100 mil mulheres em 2010, estabelecendo-se como a quinta unidade da federação com maior estimativa de taxa bruta de incidência<sup>1</sup>. Em 2004-2005, a taxa de mortalidade por câncer de mama no DF e arredores foi de 7,8/100.000 mulheres, sendo que a média das outras regiões metropolitanas foi de 5,4/100.000 mulheres<sup>4</sup>.

Existe uma disparidade emergindo nas taxas de mortalidade por câncer de mama em longo prazo, verificando-se um aumento da mortalidade em paralelo com a incidência em países com recursos limitados o que é diferente dos países desenvolvidos onde há diminuição da mortalidade apesar do aumento nas taxas de incidência, demonstrando que essa diferença pode ser atribuída à combinação do diagnóstico precoce e tratamento efetivo<sup>5</sup>. Isso fornece forte evidência que a redução da mortalidade e aumento na sobrevida do câncer de mama é possível se os recursos necessários são disponibilizados<sup>6</sup>.

O atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama pode propiciar estágio mais avançado da doença resultando em tratamento mais agressivo, com pior prognóstico e com elevação dos custos<sup>7,8</sup>. Um atraso maior que 3 meses entre a identificação do sintoma até o tratamento está associado com diminuição em 12% da sobrevida para pacientes com câncer de mama<sup>9</sup>. Estudos de todos os continentes verificaram associação do atraso com a idade do paciente, o estágio avançado<sup>10-14</sup>, o tamanho do tumor<sup>15</sup> e o comprometimento de linfonodos axilares<sup>16-18</sup>. Alguns estudos mostraram um maior atraso associados à cor negra<sup>19-21</sup>, o baixo grau de instrução<sup>12</sup>, o baixo nível sócio-econômico<sup>22</sup> e a residência distante do local de tratamento<sup>23,24</sup>.

Em geral, o período necessário para o tratamento do câncer de mama é classificado como o tempo total que compreende o intervalo entre a detecção do sintoma e o início do tratamento específico, e é subdividido em duas fases: no tempo atribuído à paciente, que abrange desde o primeiro sintoma até a primeira consulta; e o tempo atribuído ao serviço, que se estende da primeira consulta até o início do tratamento específico.

Estudos que analisaram somente algumas etapas da trajetória entre o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, como por exemplo, a avaliação específica do atraso entre a consulta e tratamento<sup>25,26</sup> ou do intervalo entre o diagnóstico e o tratamento<sup>27</sup> não verificaram relação do atraso com pior prognóstico e sobrevida.

Considerando que um elevado percentual de casos diagnosticados em estágios avançados é indicativo de um retardo na implementação da terapêutica do câncer de mama<sup>28</sup> e a alta incidência de câncer de mama do DF, torna-se relevante a realização de estudos que verifiquem o tempo real gasto para iniciar o tratamento nos serviços de saúde. Esses dados permitem maior conhecimento sobre a assistência fornecida aos pacientes com câncer de mama no DF.

Os objetivos desse estudo, portanto, foram analisar o tempo entre o primeiro sintoma até o tratamento específico do câncer de mama, determinar o tempo entre as etapas desse período e verificar a associação dos dados sócio-demográficos e clínicos com os intervalos identificados.

## SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico. A amostra foi composta por 250 mulheres com diagnóstico primário de câncer de mama internadas para tratamento clínico ou cirúrgico da doença.

Essas mulheres foram recrutadas durante a internação para tratamento clínico e/ou cirúrgico de câncer de mama em seis hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que possuem unidade de mastologia. Esses hospitais atendem somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2009 e janeiro de 2011 através da realização de entrevista com questionário semiestruturado e análise do prontuário das pacientes para complementação de dados clínicos (apêndice A). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável e por três acadêmicos de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) do programa de iniciação científica, previamente treinados.

O instrumento de coleta de dados foi testado em 10 pacientes para verificar a adequação das perguntas aos objetivos da pesquisa.

Foram incluídas as pacientes com diagnóstico de câncer de mama primário que receberam o primeiro tratamento na SES-DF que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas da amostra as pacientes com recidiva de câncer de mama.

O principal intervalo de tempo estudado foi definido como *tempo total* que compreende o período entre a data da primeira detecção da alteração na mama sugestiva de neoplasia e o início do tratamento específico (cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante). Esse intervalo foi subdividido em dois: 1) *tempo atribuído à paciente* abrangendo o intervalo entre a detecção do primeiro sintoma e a primeira consulta motivada pela anormalidade na mama ou consulta de rotina na qual foram solicitados os exames de rastreamento indicativos do câncer de mama; 2) *tempo atribuído ao serviço* abrangendo o período entre a primeira consulta e o início do tratamento. Para ajudar as mulheres a recordar, eram delineados os períodos com auxílio das datas registradas no cartão de consultas e a data dos exames realizados.

Os dados sócio-demográficos coletados na entrevista foram: a idade; o estado menopausal no momento do diagnóstico; a cor; o nível de escolaridade; renda familiar média mensal em salários mínimos (SM), sendo considerado o valor de R\$ 510,00 e a procedência.

Os dados clínicos coletados foram: o motivo da primeira consulta (consulta de rotina ou queixa clínica); o estadiamento; o tamanho do tumor; a lateralidade; o tipo histológico; metástase para linfonodos axilares; quimioterapia neoadjuvante e tipo de cirurgia.

O estadiamento e o tamanho do tumor foram baseados na classificação da União Internacional contra o Câncer<sup>29</sup>, ambos conforme laudo histopatológico pós operatório. Nos casos de quimioterapia neoadjuvante, optou-se pelo estadiamento clínico. Quanto ao tipo de cirurgia, foram consideradas como conservadora a setorectomia e quadrantectomia; e como não conservadora, a adenomastectomia, mastectomia simples, mastectomia radical modificada e mastectomia radical<sup>30</sup>.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SES-DF através do parecer nº 297/2009 (anexo A) conforme recomendação das diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

Essa pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES-DF.

A descrição das características dos sujeitos foi feita através de distribuição percentual das variáveis categóricas e medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (intervalos interquartílicos) para as variáveis contínuas. A comparação das variáveis contínuas entre os dados sócio-demográficos e clínicos foi estruturada utilizando testes não-paramétricos (teste de Mann-Whitney), visto que a distribuição dos resultados não atendia aos critérios de normalidade. Utilizou-se para análise o software Statistical Package for the Social Sciences versão 17.0. Foi considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A amostra foi de 250 mulheres com média de idade de 52,3 anos (mediana 50 anos). A faixa etária de maior frequência foi de 40 a 49 anos, correspondendo a 33,2% da amostra. Em relação ao estado menopausal, 56% encontravam-se na pós menopausa no momento do diagnóstico. Quanto à cor, observou-se a predominância de mulheres brancas (57,6%). Das mulheres participantes da pesquisa, a maioria (52,4%) estudou por até 4 anos, possuem renda familiar média mensal de até 2 salários mínimos (78%) e residem no DF (62,4%) (Tabela 1).

Em relação aos dados clínicos, o tamanho médio do tumor foi 4,2 cm (mediana 3,5 cm). Das mulheres participantes, 74,8% realizaram a primeira consulta motivadas por uma queixa clínica na mama. O estadiamento III apresentou maior frequência (40,8%). O tumor ocorreu na mama esquerda em 50,8% das mulheres, sendo que, em 84% das pacientes, foi classificado como carcinoma ductal infiltrante. Ocorreu metástase para linfonodos axilares em 58% das pacientes e 73,2% foram submetidas à cirurgia não conservadora (Tabela 2).

Quanto aos intervalos de tempo estudados, o tempo total foi de 229 dias (mediana). Quanto aos subintervalos, o tempo atribuído à paciente foi de 30 dias (mediana) e o tempo atribuído ao serviço foi de 156 dias (mediana) (Tabela 3).

Na distribuição das pacientes nos intervalos de tempo relacionando com os períodos de 30, 90 e 180, dias verificou-se que 88,8% das mulheres com câncer de mama demoraram, a partir da primeira detecção do sintoma, mais de 90 dias para iniciar o tratamento específico. Em relação ao subintervalo tempo atribuído à paciente, 52,9% das pacientes consultaram em até 30 dias após a detecção do sintoma. No tempo atribuído ao serviço, 77,6% das pacientes receberam o primeiro tratamento após 90 dias da primeira consulta (Tabela 4).

Em relação aos fatores associados aos intervalos de tempo estudados, observou-se que as mulheres com até 4 anos de estudo apresentaram maior atraso no intervalo tempo total ( $p = 0,049$ ) e tempo atribuído ao serviço ( $p = 0,032$ ). As pacientes com estadiamento avançado apresentaram maior intervalo de tempo atribuído à paciente ( $p = 0,006$ ). As mulheres que realizaram cirurgia não conservadora tiveram um maior tempo total ( $p = 0,003$ ) e maior atraso no intervalo de tempo atribuído à paciente ( $p = 0,002$ ). (Tabela 5)

Não houve diferença estatisticamente significativa dos intervalos estudados quando relacionadas às seguintes variáveis independentes: a idade, a cor, a renda familiar média, a procedência, o motivo da primeira consulta, o tamanho do tumor, a presença de metástase para linfonodos axilares. (Tabela 5)

Tabela 1. Características sócio-demográficas de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF.

| Variável              | Categorias               | Nº  | %    |
|-----------------------|--------------------------|-----|------|
| Faixa etária          | < 40 anos                | 37  | 14,8 |
|                       | 40 a 49 anos             | 83  | 33,2 |
|                       | 50 a 59 anos             | 72  | 28,8 |
|                       | 60 a 69 anos             | 34  | 13,6 |
|                       | > 70 anos                | 24  | 9,6  |
| Menopausa             | Pré menopausa            | 110 | 44   |
|                       | Pós menopausa            | 140 | 56   |
| Cor                   | Branca                   | 144 | 57,6 |
|                       | Não Branca               | 106 | 42,4 |
| Nível de escolaridade | Nenhum                   | 18  | 7,2  |
|                       | Até 4 anos de estudo     | 113 | 45,2 |
|                       | Mais de 4 anos de estudo | 119 | 47,6 |
| Renda familiar média  | Até 1 salário mínimo     | 67  | 26,8 |
|                       | 1 - 2 salários mínimos   | 128 | 51,2 |
|                       | 3 - 4 salários mínimos   | 39  | 15,6 |
|                       | Mais de 5 mínimos        | 16  | 6,4  |
| Procedência           | DF                       | 156 | 62,4 |
|                       | Outros estados           | 94  | 37,6 |

Tabela 2. Características clínicas de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF.

| Variável                      | Categorias                   | Nº  | %    |
|-------------------------------|------------------------------|-----|------|
| Motivo da primeira consulta   | Consulta de rotina           | 63  | 25,2 |
|                               | Queixa clínica               | 187 | 74,8 |
| Estadiamento                  | 0                            | 6   | 2,4  |
|                               | I                            | 47  | 18,8 |
|                               | II                           | 84  | 33,6 |
|                               | III                          | 102 | 40,8 |
|                               | IV                           | 11  | 4,4  |
| Lateralidade                  | Direita                      | 121 | 48,4 |
|                               | Esquerda                     | 127 | 50,8 |
|                               | Bilateral                    | 2   | 0,8  |
| Tipo histológico              | Carcinoma ductal infiltrante | 210 | 84   |
|                               | Carcinoma lobular invasivo   | 12  | 4,8  |
|                               | Outros                       | 28  | 11,2 |
| Metástase linfonodos axilares | Sim                          | 145 | 58   |
|                               | Não                          | 105 | 42   |
| Quimioterapia neoadjuvante    | Sim                          | 65  | 26   |
|                               | Não                          | 185 | 74   |
| Tipo de cirurgia              | Não conservadora             | 183 | 73,2 |
|                               | Conservadora                 | 60  | 24   |
|                               | Não realizou cirurgia        | 7   | 2,8  |

Tabela 3. Distribuição dos intervalos de tempo entre o diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF.

| Intervalos                 | Mediana em dias (IIQ*) |
|----------------------------|------------------------|
| Tempo total                | 229 (268)              |
| Tempo atribuído à paciente | 30 (126)               |
| Tempo atribuído ao serviço | 156 (177,5)            |

\*IIQ: intervalo interquartilico

Tabela 4. Intervalos de tempo relacionados com os períodos de 30,90 e 180 dias em pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF.

|                   | Tempo total |      | Tempo atribuído à paciente |      | Tempo atribuído ao serviço |      |
|-------------------|-------------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|
|                   | N           | %    | N                          | %    | N                          | %    |
| Até 30 dias       | 1           | 0,5  | 99                         | 52,9 | 1                          | 0,4  |
| De 31 a 90 dias   | 20          | 10,7 | 32                         | 17,1 | 55                         | 22   |
| De 91 a 180 dias  | 46          | 24,6 | 21                         | 11,2 | 85                         | 34   |
| Mais que 180 dias | 120         | 64,2 | 35                         | 18,7 | 109                        | 43,6 |
| Total             | 187*        | 100  | 187*                       | 100  | 250†                       | 100  |

\*Somente participantes que consultaram motivadas por queixa clínica.

† Amostra completa (N=250)

Tabela 5. Análise bivariada de fatores associados aos intervalos de tempo estudados em pacientes com câncer de mama tratadas de novembro de 2009 a janeiro de 2011 em seis hospitais da SES-DF

|                           | Tempo total<br>(mediana<br>em dias) | Valor p | Tempo atribuído à<br>paciente<br>(mediana em dias) | Valor p | Tempo atribuído<br>ao serviço<br>(mediana em dias) | Valor p |
|---------------------------|-------------------------------------|---------|--|---------|--|---------|
| Idade ≤ 50                | 233                                 | 0,412   | 28   | 0,986   | 144,5  | 0,082   |
| Idade > 50                | 228,5                               |         | 30   |         | 182,5  |         |
| Cor branca                | 233                                 | 0,947   | 30   | 0,819   | 155  | 0,517   |
| Cor não branca            | 228,5                               |         | 29   |         | 160  |         |
| ≤ 4 anos de estudo        | 258                                 | 0,049   | 19   | 0,632   | 181  | 0,032   |
| > 4 anos de estudo        | 216,5                               |         | 30,5   |         | 148  |         |
| Renda ≤ 2 SM              | 238                                 | 0,313   | 28   | 0,810   | 163  | 0,113   |
| Renda > 2 SM              | 219                                 |         | 30   |         | 144  |         |
| DF                        | 225                                 | 0,203   | 20   | 0,439   | 153,5  | 0,201   |
| Outros estados            | 256                                 |         | 30,5   |         | 164,5  |         |
| Consulta de rotina        | N/A                                 |         | N/A  |         | 156  | 0,666   |
| Queixa clínica            | N/A                                 |         | N/A  |         | 156  |         |
| Estadiamento inicial      | 228                                 | 0,230   | 10   | 0,006   | 156  | 0,708   |
| Estadiamento avançado     | 234,5                               |         | 36   |         | 162  |         |
| Tamanho ≤ 3,5 cm          | 223                                 | 0,077   | 16   | 0,06    | 154  | 0,866   |
| Tamanho > 3,5 cm          | 251                                 |         | 31   |         | 162  |         |
| Axila positiva            | 228                                 | 0,726   | 30   | 0,132   | 162  | 0,751   |
| Axila negativa            | 251                                 |         | 12   |         | 154  |         |
| Cirurgia conservadora     | 174                                 | 0,003   | 10   | 0,002   | 150,5  | 0,449   |
| Cirurgia não conservadora | 251,5                               |         | 31   |         | 156  |         |

N/A: Não se aplica

## DISCUSSÃO

As altas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil são atribuídas ao atraso no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. O diagnóstico feito em estágios avançados causa pior sobrevida, maior morbidade física e psicológica nas mulheres e maior custo governamental.

A média de idade das pacientes foi um pouco menor do que o encontrado em outros estudos brasileiros<sup>11,13,20,31</sup>. Das pacientes, 14,7 % tinham menos de 40 anos e 48% tinham menos de 50 anos.

A grande quantidade de mulheres jovens na amostra é inquietante por que estudos apontam pior sobrevida em mulheres jovens<sup>32-34</sup>, devido, possivelmente, a maior agressividade do tumor, por não estarem incluídas nos programas de rastreamento e maior atraso no diagnóstico<sup>25,35,36</sup> ou a interação desses três fatores<sup>37</sup>.

Houve a predominância de mulheres na pós-menopausa assim como em outro estudo de Fortaleza, Ceará<sup>28</sup>. Houve também maior frequência de mulheres brancas, também verificada em outro estudo<sup>38</sup>, e contrário ao estudo realizado no Rio de Janeiro<sup>13</sup>.

Em relação ao nível de escolaridade e renda, os resultados assemelham-se a outros estudos brasileiros<sup>13,31</sup> cuja amostra foi composta por pacientes atendidos pelo SUS, corroborando para a predominância de pacientes com baixo nível de escolaridade e mulheres de menor classe econômica.

Na análise da procedência, apesar da maioria das mulheres serem do Distrito Federal, há um elevado percentual de mulheres de outros estados. Acredita-se que a proximidade da residência dessas mulheres com o Distrito Federal seja o fator que favoreceu a procura por tratamento fora do estado de origem.

Quanto à identificação da neoplasia, 25,1% das pacientes identificaram a partir de consulta de rotina e/ou exames de rastreamento, percentual inferior aos 30,8% verificados no hospital da Faculdade do ABC<sup>31</sup> e 33,7% no Rio de Janeiro<sup>13</sup>, porém foi superior aos 18,7% em Bogotá, Colômbia<sup>12</sup> e 15% em Nápoles, na Itália<sup>36</sup>.

Em estudo feito na Itália, mulheres sintomáticas apresentaram maior atraso no diagnóstico quando comparado às mulheres que detectaram o câncer de mama através de mamografia e ultrassonografia<sup>8</sup>, enfatizando o benefício do rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce.

O estádio predominante foi o III (40,8%), o que pode se relacionar ao elevado tamanho médio do tumor, ao alto percentual de metástase axilar (58%), à necessidade de quimioterapia neoadjuvante em 26% das pacientes e de cirurgia não conservadora para a maior parte das mulheres.

No presente estudo, as mulheres iniciaram tratamento após 229 dias (7,6 meses) da primeira detecção do sintoma. Esse intervalo foi menor do que os 13 meses em Campos de Goytacazes, Rio de Janeiro<sup>20</sup>, porém em estudo da Faculdade de Medicina do ABC<sup>31</sup> o tratamento iniciou em 5 meses após o sintoma. A média em Hong Kong foi de 151,9 dias (5,06 meses)<sup>22</sup> e em Kaduna, Nigéria, a mediana foi 9 meses nesse mesmo intervalo<sup>24</sup>.

Das mulheres estudadas, 64,2% iniciaram tratamento após 180 dias da identificação do primeiro sintoma, percentual muito superior do que estudo feito em Nápoles, Itália, onde 19% iniciaram tratamento após 6 meses<sup>36</sup>.

Esses dados indicam que poucas mulheres receberam o tratamento em tempo indicado, um alto percentual de mulheres iniciaram tratamento 3 meses após o primeiro sintoma, fator que pode favorecer pior sobrevida para essas mulheres<sup>9</sup>.

No presente estudo, foi verificada associação estatisticamente significativa entre o intervalo de tempo total e tipo de cirurgia realizada, sendo verificado maior atraso nas pacientes que realizaram cirurgia não conservadora, associação confirmada por outro estudo<sup>39</sup>. Dessa forma o atraso pode ter favorecido a realização de cirurgia não conservadora e conseqüentemente maior morbidade relacionada à cirurgia.

No intervalo de tempo atribuído à paciente, a mediana de 30 dias foi a mesma encontrada em estudo realizado no Rio de Janeiro<sup>13</sup> e na Tailândia<sup>40</sup>. Esse intervalo é menor do que os 2 meses verificados na Malásia<sup>18</sup> e dos 4,3 meses no Paquistão<sup>17</sup>. Porém, maior do que os 16 dias verificados em estudo alemão<sup>10</sup>.

Das mulheres estudadas, 52,9% realizaram a primeira consulta em até 30 dias após a primeira identificação do sintoma, percentual inferior aos 65% verificados em estudo da Colômbia<sup>12</sup>, na Itália<sup>36</sup> e aos 64% na Alemanha<sup>10</sup>. Nas participantes do presente estudo, 29,9% atrasaram mais de 90 dias, semelhantes aos 25% verificados no Irã<sup>15</sup> e aos 26,6 % na Tailândia<sup>40</sup>.

Vários motivos podem interferir nesse intervalo. Não considerar o sintoma importante, desconhecer os sintomas do câncer de mama e não sentir dor no nódulo já foram apontados como importantes causas de atraso da paciente. Dificuldades financeiras foram

apontadas em menor frequência<sup>10,12,14,35</sup>. Há uma complexa interação entre as circunstâncias da vida da mulher e a estruturação dos serviços de saúde que podem favorecer ou restringir o tempo para diagnóstico e tratamento<sup>7</sup>.

Ainda no intervalo atribuído à paciente, foi identificado maior atraso estatisticamente significativo nas mulheres com estadiamento avançado, associação também verificada em outros estudos<sup>10,12</sup>. Também foi identificada associação entre cirurgia não conservadora e maior atraso no tempo atribuído à paciente. Assim o atraso da paciente em buscar o serviço de saúde a partir da detecção de uma anormalidade na mama pode ter favorecido um estágio mais avançado da doença requerendo a realização de cirurgia não conservadora.

No presente estudo o intervalo atribuído ao serviço foi aproximadamente cinco vezes maior do que o intervalo atribuído à paciente sugerindo importante falha do serviço em prover o tratamento com agilidade. Em países desenvolvidos, o intervalo atribuído ao serviço foi de 15 dias<sup>41</sup>. Em estudo realizado em Campos de Goytacazes<sup>20</sup>, o maior atraso nos casos de câncer de mama também foi verificado no encaminhamento a partir da primeira consulta.

No presente estudo, 77,6% das pacientes iniciaram tratamento após 90 dias da primeira consulta, percentual muito superior aos 11% verificados na Itália<sup>36</sup>, e na Alemanha<sup>41</sup>. Em estudo realizado no Rio de Janeiro foi observado menor sobrevida em casos com tempo entre o diagnóstico e início de tratamento maior que 6 meses<sup>34</sup>.

Os possíveis fatores que podem prolongar esse intervalo são a realização de biópsia em dias posteriores a primeira avaliação, diagnóstico através de cirurgia, os erros de diagnóstico e as longas esperas por diagnóstico ou procedimentos terapêuticos em decorrência de limitações do sistema de saúde, mulheres com menor renda<sup>42</sup>, mulheres com jornada de trabalho integral, sintoma diferente de um nódulo<sup>35,41</sup>.

Acredita-se que o atraso atribuído ao serviço também é decorrente da dificuldade em referenciar, a partir da primeira consulta, a suspeita clínica ou exame de imagem anormal para o mastologista; da falta de materiais para a rápida execução das biópsias; do retardo na análise anatomopatológica; e, após a confirmação diagnóstica, da difícil execução dos exames pré-operatórios, cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante. Possivelmente a falta de integração de todos os níveis de atenção e de interlocução entre todos os serviços e profissionais envolvidos no percurso das mulheres com câncer de mama também sejam fatores que contribuem para o atraso.

Nesse intervalo foi verificado maior atraso estatisticamente significativo nas mulheres com nível primário de estudo. Pode-se supor que essa relação esteja associada à inviabilidade do próprio serviço de direcionar a paciente através dos vários níveis de atenção à saúde, ficando por conta da própria mulher e seus familiares encontrarem maneiras de providenciar os exames diagnósticos e consultas com especialistas de modo mais precoce. Com isso, mulheres com maior nível de instrução, provavelmente, tem maior capacidade de compreender o sistema de saúde, reivindicar direitos, buscar diferentes caminhos para conseguir o tratamento e encontrar estratégias para se sobrepôr as dificuldades da trajetória.

O serviço de saúde britânico obteve bons resultados com a implantação do programa "2-week wait" no qual o intervalo de duas semanas fosse o máximo de tempo entre a primeira consulta geral e a consulta com o especialista<sup>43</sup>. Estudo canadense avaliou a implantação de projetos que reduzissem esse intervalo e verificou que mudanças planejadas e reorganização do próprio serviço podem diminuir esse período e melhorar o atendimento substancialmente, sem adicionar mais recursos ou profissionais ao serviço de saúde<sup>44</sup>. Não é sempre a falta de recursos que é considerado o principal problema, mas a correta alocação dos recursos disponíveis<sup>6</sup>.

Como limitação do estudo, pontua-se a dificuldade na definição da data do primeiro sintoma, podendo ocorrer viés de memória, além de que algumas pacientes podem não admitir o atraso em procurar o médico<sup>45,46</sup>.

Outro aspecto que deve ser pontuado é o recrutamento feito em unidades de internação nas quais se concentram, principalmente, mulheres com indicação cirúrgica. Com isso, já se esperava que tivessem poucos casos no estágio IV. Porém, acredita-se que isso não comprometeu os resultados encontrados, pois a amostra compreendeu principalmente mulheres com possibilidade de tratamento específico, o que corresponde a principal parcela das pacientes com diagnóstico de câncer de mama que precisam de atendimento estruturado nos serviços de saúde, grupo que pode refletir melhor o tempo de acesso aos serviços de saúde.

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública em virtude da alta taxa de incidência e mortalidade. O desenvolvimento e implementação de estratégias para diagnosticar e tratá-lo precocemente devem ser feitas em todas as etapas desse processo. Devem-se fortalecer políticas de saúde que visem à educação sobre os sintomas do câncer de mama para que a mulher procure um serviço de saúde quando perceber alguma anormalidade na mama, garantir um fácil acesso aos exames de rastreamento e reorganizar o serviço de saúde para atender os casos de câncer de mama com maior agilidade.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Estimativa da incidência de câncer no Brasil. [citado 20 mai 2010] Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Controle do câncer de mama: documento de consenso. 2004. [citado 01 jul 2009] Disponível em: <[www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf)>
3. Campana HCR. Perfil de mulheres com câncer de mama. [dissertação de mestrado]. Maringá (PR): Departamento de enfermagem. Universidade Estadual de Maringá; 2007. 98 p.
4. Cunha EMGP, Cunha JMP. Sumário de dados das regiões metropolitanas [Internet]. Núcleo de Estudos de População. Universidade Estadual de Campinas. [citado 25 mai 2009] Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RIDE%20DF%20e%20Entorno.pdf>>
5. Smith RA, Caleffi M, Albert U, Chen THH, Duffy SW, Franceschi D, et al. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. *Breast J.* 2006; 12(1S): 16-26.
6. Masood S. Coming together to conquer the fight against breast cancer in countries of limited resources: the challenges and the opportunities. *Breast J.* 2007; 13(3): 223-5.
7. Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4): 591-8.
8. Crispo A, Montella M, Barba M, Schittulli F, De Marco MR, Grimaldi M, et al. Association between mode of breast cancer detection and diagnosis delay. *Breast.* 2009; 18: 382-6.
9. 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.
10. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. *Br J Cancer.* 2002; 86(7): 1034-40.

11. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54 (1): 72-6.
12. 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.
13. 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.
14. Ezeome ER. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. *Nigerian J Clin Practice.* 2010; 13 (3): 311-6.
15. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women [Internet]. *BMC Womens Health* 2003. [citado 20 abr 2011]; 3(1): 4. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-3-4.pdf>>
16. Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer.* 2002; 94(8): 2143-50.
17. Malik IA, Gopalan S. Use of CAM results in delay seeking medical advice for breast cancer. *Eur J Epidemiol.* 2003; 18: 817-22.
18. Norsa'adah B, Rampal KG, Rahmah MA, Naigd NN, Biswal BM. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women [Internet]. *BMC Cancer.* 2011. [citado 10 mai 2011]; 11: 141. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2407-11-141.pdf>>
19. Gorin SS, Heck JE, Cheng B, Smith SJ. Delays in breast cancer diagnosis and treatment by racial/ethnic group. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 2244-52.
20. Rodrigues CS, Givisiez GHN. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos de Goytacazes [Internet]. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. [citado 23 out 2010] Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2207.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf)>

21. 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.
22. 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 centre. *Hong Kong Med J*. 2010; 16(5): 373-7.
23. Downing A, Prakash A, Gilthorpe MS, Mikeljevic JS, Forman D. Socioeconomic background in relation to stage at diagnosis, treatment and survival in women with breast cancer. *Br J Cancer*. 2007; 96: 836-40.
24. Ukwenya AY, Yusufu LMD, Nmadu PT, Garba ES Ahmed A. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: the experience from Kaduna, Nigeria. *S Afr J Surg*. 2008; 46 (4): 106-10.
25. Sainsbury R, Johston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet*. 1999; 353: 1132-5.
26. Comber H, Cronin DP, Deady S, Lorcaín PO, Riordan P. Delays in treatment in the cancer services: impact on cancer stage and survival. *Ir Med Jour*. 2005; 98 (8): 238-9.
27. Brazda A, Estroff J, Euhus D, Leitch M, Huth J, Andrews V, et al. Delays in time to treatment and survival impact in breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2010; 17: S291-S296.
28. Barbosa ICFJ. Análise sócio demográfica e clínico epidemiológica de mulheres mastectomizadas. [dissertação de mestrado]. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará; 2007. 98 p.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. UICC União Internacional Contra o Câncer. TNM Classificação de tumores malignos. 6º Ed. 2004. [citado 25 set 2009] Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>
30. Barros, ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Projeto Diretrizes: diagnóstico e tratamento do câncer de mama [Internet]. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. [citado 25 set 2009] Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/include/diretrizes/100\\_diretrizes/Cancer\\_Mama.pdf](http://www.portalmedico.org.br/include/diretrizes/100_diretrizes/Cancer_Mama.pdf)>

31. Trufelli DC, Bensi CG, Pane CEV, Ramos E, Otsuda FC, Tannous NG, et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. *Rev Bras Mastol* 2007; 1: 14-8.
32. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. *J Am Coll Surg*. 2009; 208: 341-7.
33. Schneider JJC, D'orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1285-96.
34. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 (3): 481-9.
35. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353: 1127-31.
36. Montella M., Crispo A, Botti G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. *Breast Cancer Res Treat*. 2001; 66: 209-215.
37. Sariego J. Breast cancer in the young patient. *Am Surg*. 2010; 76(12):1397-400.
38. Leal CS, Santos KRR, Nunesmaia HGS. Características epidemiológicas do câncer de mama no estado da Paraíba. *Rev Bras Mastol*. 2002; 12(2): 15-22.
39. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg*. 2004; 91: 49-53.
40. Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Med Care*. 2000; 1:108-14.
41. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2003; 21 (8): p 1440-6.

42. Bairati I, Jobin E, Fillion L, Larochelle M, Vincet L. Determinants of delay for breast cancer diagnosis. *Cancer Detect Prev.* 2007; 31: 323-31.
43. Singhal R, Marudanayagam R, Balasubramanian B, Paterson IS. Managing the 2-week wait for breast patients. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 69-71.
44. Olivotto IA, Borugian MI, Kan L, Harris SR, Rousseau EJ, Thorne SE, et al. Improving the time to diagnosis after an abnormal screening mammogram. *Can J Public Health.* 2001; 92 (5): 366-71.
45. Coates AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. *Lancet.* 1999; 353(9158): 1112-3.
46. Tjemsland L, Soreide, JS. Operable breast cancer patients with diagnostic delay-oncological and emotional characteristics. *Eur J Surg Oncol.* 2004; 30: 721-7.

## CONCLUSÕES

Nessa pesquisa foi abordado o tempo de acesso ao tratamento do câncer de mama, no qual foi apontado que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em tempo hábil favorece o atraso no diagnóstico e no tratamento. Provavelmente, devido a esse atraso, as mulheres apresentam pior prognóstico e elevadas taxas de mortalidade.

Verificou-se que a maioria das mulheres estudadas iniciaram o tratamento do câncer de mama com muito atraso e que a maior parte desse atraso se deve à inabilidade do serviço de saúde em proporcionar fácil acesso da mulher a todas as esferas do diagnóstico e tratamento. As falhas em promover essa assistência de forma estruturada, coesa e organizada podem favorecer uma pior evolução da doença, comprometendo a sobrevivência dessas mulheres.

As avaliações sobre a estrutura do serviço de saúde do Distrito Federal para assistência das mulheres com câncer de mama devem ser realizadas com urgência por gestores de saúde e pelos profissionais de saúde a fim de promover a reorganização do serviço e garantir o tratamento mais ágil e eficiente.

ANEXO

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER Nº 297/2009**

**PROCOLO Nº DO PROJETO:** 399 /09 – Avaliação do tempo necessário para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Distrito Federal.

**Instituição Pesquisada:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 19/10/2011

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 27 de outubro de 2009.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone: 325-4985 - Fone/Fax: 325-0710 - e-mail: cep@sesdf.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904

BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

APÊNDICE

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Cor: 1()branca 2() negra 3() parda

Ocupação: \_\_\_\_\_

Reside: 1() no DF 2()fora do DF

Quantos anos estudou?

- ( ) Analfabeta; ( ) 1-2 anos; ( ) 3-4 anos; ( ) 5-6 anos; ( ) 7-8 anos; ( ) 9-12 anos;  
 ( ) Mais de 12 anos;

Renda familiar média (salários mínimos): ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )  
 Mais de 10

Tabagismo: 1() Sim 1.1 Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

1.2 Quanto tempo: \_\_\_\_\_ anos

2() Não

Etilismo: 1() Sim 1.1 Quantidade/ dia: \_\_\_\_\_

1.2 Quanto tempo: \_\_\_\_\_ anos

2() Não

Idade da menarca: \_\_\_\_\_

Idade na menopausa: \_\_\_\_\_

Número de partos a termo: \_\_\_\_\_

Idade no primeiro parto a termo: \_\_\_\_\_ anos

Lactação: 1() Sim 1.1 Total de meses de amamentação: \_\_\_\_\_

2()Não

Idade que iniciou uso de anticoncepcionais: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de uso de anticoncepcionais: \_\_\_\_\_ anos

TRH : 1() Sim 1.1 Por quanto tempo: \_\_\_\_\_

1.2 Parou há quanto tempo: \_\_\_\_\_

2() Não

História familiar de 1º grau: 1() Sim

1.1 Idade do diagnóstico no familiar: \_\_\_\_\_

2() Não

História de doença benigna na mama:

1() Sim 1.1 () Qual? \_\_\_\_\_

2() Não

História de outras neoplasias: 1() Sim Local: \_\_\_\_\_

2() Não

Quando realizou a última mamografia: \_\_\_\_\_

Quando realizou o último exame clínico das mamas: \_\_\_\_\_

O que motivou procurar o médico:

1() consulta de rotina

2() sintoma (nódulo palpável, retração, hiperemia, abaulamento, abscesso, dor mamária, abscesso, alterações na pele da mama e axila)

2.1 O sintoma foi identificado por auto-exame? 2.1.1 () Sim 2.2.2. () Não

Data em que percebeu as alterações: \_\_\_\_\_

Data da 1º consulta médica (particular ou outro estado): \_\_\_\_\_

Data da 1º consulta médica na SES/DF: \_\_\_\_\_

Data da solicitação da mamografia: \_\_\_\_\_

Data do resultado da mamografia: \_\_\_\_\_

Resultado/Conclusão da mamografia:

BIRADS:\_\_\_\_\_ Tamanho do nódulo:\_\_\_\_\_

Linfonodos comprometidos: \_\_\_\_\_

Data da solicitação da ecografia mamária:\_\_\_\_\_

Data do resultado da ecografia mamária: \_\_\_\_\_

Resultado/Conclusão da ecografia mamária:

BIRADS:\_\_\_\_\_ Tamanho do nódulo:\_\_\_\_\_

Linfonodos comprometidos: \_\_\_\_\_

Data da biópsia: \_\_\_\_\_

Data do resultado da biópsia: \_\_\_\_\_

Resultado histopatológico da biópsia: \_\_\_\_\_

---



---



---

Realizou algum exame em serviço privado?

1 ( ) Sim 1.1 ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2 ( ) Não

Motivo do atraso:\_\_\_\_\_

Tratamento neo adjuvante: 1( ) Sim 1.1 Data de início:\_\_\_\_\_

2 ( ) Não

Data da cirurgia:\_\_\_\_\_

Cirurgia realizada: 1( ) Mastectomia radical 2( ) Mastectomia radical modificada  
3( ) Mastectomia Simples 4( ) Quadrantectomia 5( ) Setorectomia 6( ) Linfonodo Sentinela

Estadiamento clínico tumoral: \_\_\_\_\_

Tamanho do tumor (cm):\_\_\_\_\_

Tipo histológico: \_\_\_\_\_

Graduação histológica: ( ) I ( ) II ( ) III

Data do resultado imuno-histoquímica: \_\_\_\_\_

Resultado imuno-histoquímica: \_\_\_\_\_

---

---

---

Quimioterapia: 1 ( ) Sim 1.1 Data de início: \_\_\_\_\_

2 ( ) Não

Radioterapia: 1 ( ) Sim 1.1 Data de início: \_\_\_\_\_

2 ( ) Não

Hormonioterapia: 1 ( ) Sim 1.1 Data de início: \_\_\_\_\_

2 ( ) Não

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar do projeto: **“Avaliação do tempo necessário para diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Distrito Federal”**. O objetivo dessa pesquisa é analisar o tempo entre o primeiro sintoma do câncer de mama até o respectivo tratamento. A grande quantidade de mulheres afetadas por essa doença no Distrito Federal torna necessário estudar a trajetória dessas mulheres até o tratamento e poderá fornecer informações para melhorar a assistência.

A senhora receberá todos os esclarecimentos que necessitar antes e no decorrer da pesquisa. Asseguro a manutenção do anonimato, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de uma entrevista realizada durante sua internação para cirurgia e posterior contato telefônico ou pessoal para saber se a senhora realizou mais algum tratamento para a doença e quando ele ocorreu. Não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado para a entrevista, mas tomará o mínimo de tempo possível. 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 Escola Superior de Ciências da Saúde e Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, podendo inclusive ser publicado posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora por 05 anos.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Ângela Ferreira Barros, no telefone: (61) 33684001/ (61) 84186869.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS. Qualquer dúvida com relação à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, a primeira ficará com a pesquisadora responsável e a segunda com o sujeito da pesquisa.

---

Sujeito da Pesquisa

---

Ângela Ferreira Barros - Pesquisadora Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.