
DO SINTOMA AO TRATAMENTO ADJUVANTE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Luciana Martins da Rosa¹, Vera Radünz²

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

RESUMO: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que identificou o perfil social, clínico e demográfico, e o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama tratadas em instituição oncológica de Santa Catarina, Brasil. Os dados foram coletados por entrevista e nos prontuários de treze mulheres, de agosto a dezembro de 2010. A análise foi sustentada por recomendações científicas para tratamento do câncer de mama e estatística descritiva. Os resultados demonstram a incidência elevada da doença nas mulheres entre 40-49 anos, casadas e com escolaridade até o ensino fundamental. A mediana dos intervalos de tempo até o início do tratamento foi de 245 dias e mais 54 dias para a adjuvância. Os achados evidenciam o estadiamento avançado e justificam a urgência para a implementação do cuidado à mulher com câncer de mama e da Política Nacional de Atenção Oncológica.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Neoplasias da mama. Diagnóstico tardio.

WOMEN WITH BREAST CANCER: FROM SYMPTOMS TO ADJUVANT TREATMENT

ABSTRACT: This descriptive study, with a quantitative approach, identified the social, clinical and demographic profile, and the time interval between the diagnostic and therapeutic stages, from symptoms to adjuvant treatment, of the women with breast cancer treated in an oncology institution in Santa Catarina, Brazil. Data was collected from interviews and the medical records of thirteen women, between August and December 2010. The analysis was supported by scientific recommendations for the treatment of breast cancer, and by descriptive statistics. The results show the illness's high incidence among women between 40-49 years of age, who are married, and with schooling up to junior high school level. The median time interval until the start of treatment was 245 days, with a further 54 days to the adjuvancy. The findings evidence the advance stage and explain the urgency for the implementation of care for the woman with breast cancer and the National Oncology Care Policy.

DESCRIPTORS: Nursing. Breast neoplasms. Delayed diagnosis.

DEL SÍNTOMA AL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

RESUMEN: Investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, que analizó el perfil social, clínico y demográfico, y el intervalo de tiempo, entre las etapas diagnósticas y terapéuticas, del síntoma al tratamiento adyuvante de las mujeres con cáncer de mama tratadas en una institución oncológica de Santa Catarina, Brasil. Los datos fueron colectados mediante entrevista y en los expedientes de 13 sujetos, entre Agosto y Diciembre de 2010. El análisis se sostuvo por las recomendaciones científicas para el tratamiento del cáncer de mama y estadística descriptiva. Los resultados demuestran la incidencia elevada de la enfermedad en las mujeres entre 40-49 años, en las mujeres casadas y escolaridad hasta la enseñanza fundamental. El intervalo de tiempo medio hasta el inicio del tratamiento fue de 245 días y 54 días más para la adyuvancia. Los hallazgos justifican el estadio avanzado y la urgencia para la implantación del cuidado a la mujer con cáncer de mama y de la Política Nacional de Atención Oncológica.

DESCRIPTORIOS: Enfermería. Neoplasias de la mama. Diagnóstico tardío.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama ocasiona um impacto significativo na saúde da mulher. No Brasil, é o tipo de câncer mais incidente do sexo feminino, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. Os números equivalentes à incidência e à mortalidade no Brasil, publicados em 2010 pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), referentes ao ano de 2008, foram, respectivamente, 42.566 e 12.573.¹

Atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama aumentam a ansiedade sentida pelas mulheres e podem impedir tratamentos curativos, reduzindo as taxas de sobrevivência.²⁻³ Alguns estudos evidenciam que um atraso de mais de três meses entre o início dos sintomas e o tratamento está associado com menores taxas de sobrevida.⁴⁻⁵

Objetivando melhores taxas de sobrevivência, melhores prognósticos e menores taxas de mortalidade por câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda que o tratamento inicial ocorra em até três meses a partir do surgimento dos sinais e sintomas da doença, que o tratamento adjuvante com quimioterapia e hormonioterapia inicie em até 60 dias após a cirurgia, e a adjuvância com radioterapia, em até 120 dias após a cirurgia.⁶

Estudos canadenses e ingleses que investigaram o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama apresentam um intervalo de 22 até 36 dias. Estudos brasileiros, realizados nos Estados do Paraná e São Paulo, apresentam período superior a 80 dias.^{2-3,5,7-9}

Assim, questiona-se, qual o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas para mulher assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Quais as características sócio, clínicas e demográficas dessas mulheres?

Portanto, o presente estudo objetiva identificar o perfil social, clínico e demográfico e o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama tratadas em instituição oncológica de Santa Catarina. Esse objetivo de pesquisa surgiu a partir de inúmeros relatos de atrasos para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e pelo número de estádios avançados encontrados em instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina, Brasil.

Ressalta-se que em 2002, na instituição-cenário deste estudo, os estádios mais frequentes foram: estágio II, 36,6%, e estágio III, 21%, sendo

que 8,9% dos prontuários não continham informações sobre o estadiamento das doenças;¹⁰ e no ano de 2008 foram: estágio I, 25,5%, e estágio II, 23,4%, e o percentual de prontuários sem informações elevou para 22,1%.¹¹ Neste mesmo ano, os estádios com maiores percentuais foram: estágio II, 30%; I, 18%; e III, 18%, sendo que 27% dos prontuários não continham informações sobre o estágio da doença.¹¹

Considera-se que a identificação dos intervalos de tempo pode contribuir para o desenvolvimento de medidas que possibilitem o diagnóstico e o início do tratamento precoces, bem como a redução da mortalidade por câncer de mama, o que condiz com a proposta da Política Nacional de Atenção Oncológica.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina, Brasil, no período de agosto a dezembro de 2010. Aprovado pelo Comitê de Ética da instituição-cenário do estudo, sob o parecer 009/2010. O estudo seguiu os preceitos legais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.¹²

Foram incluídas no estudo: mulheres realizando terapêutica quimioterápica adjuvante, atendidas exclusivamente pelo SUS desde o diagnóstico da doença, e que iniciaram o tratamento com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, e de quimioterapia adjuvante e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico I), ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia adjuvante e/ou radioterapia (esquema terapêutico II). Foram também incluídas mulheres que iniciaram o tratamento da doença com o esquema terapêutico I ou II, no ano de 2009, com atendimento exclusivo pelo SUS, conforme registros nos prontuários, encontradas com agendamento de seguimento pós-adjuvância, no período do estudo.

A seleção das mulheres realizando quimioterapia adjuvante foi realizada a partir do sistema de agendamento das quimioterapias. Foram abordadas 36 mulheres na Central de Quimioterapia e, destas, oito atenderam os critérios de inclusão. As exclusões (28 mulheres) ocorreram devido as etapas diagnósticas e/ou terapêuticas terem sido realizadas por meio de recursos financeiros particulares ou por planos privados de saúde.

A seleção das mulheres que iniciaram o tratamento no ano de 2009 foi realizada por lista de nomes fornecida pela Divisão de Informática, que totalizou 138 nomes. Após análise dos prontuários, somente 24 registraram atendimento exclusivo pelo SUS. Dessas 24 mulheres selecionadas inicialmente, cinco foram encontradas no período estudado, com agendamento de atendimento no cenário do estudo.

Assim, a amostra totalizou 13 mulheres: oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante e cinco em seguimento pós-adjuvância. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista contendo perguntas fechadas e de dados contidos nos prontuários das mulheres. Optou-se pela associação destas duas técnicas de coleta devido ao fato dos prontuários não registrarem todas as variáveis estabelecidas para serem investigadas por este estudo. Esta associação permitiu que os dados não registrados nos prontuários pudessem ser identificados diretamente com as mulheres.

Após seleção e aceite das mulheres como sujeitos do estudo, aceite registrado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram agendados data e horário para a realização da entrevista com cada mulher. A coleta dos dados dos prontuários foi realizada anteriormente ao desenvolvimento das entrevistas.

Os dados coletados foram registrados em instrumento próprio para este fim. As variáveis investigadas foram: idade, cidade de procedência, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, estágio da doença, data de início dos sinais e sintomas na percepção da mulher, data da mamografia ou ultrassonografia, data da biópsia, data do laudo da biópsia, data de início e de término da quimioterapia neoadjuvante, data da cirurgia, data de início da quimioterapia ou radioterapia adjuvante, acompanhamento mamográfico, linfadenectomia, quem detectou a doença, sinais e sintomas quando da detecção da doença, e os motivos que justificam o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, na percepção da mulher.

Os dados coletados e registrados foram digitados em planilhas construídas no Programa *Excel* da *Microsoft*. A partir dessas planilhas foram calculados os intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas e o tempo total do sintoma ao tratamento adjuvante, de acordo com cada esquema terapêutico, I ou II. Foi também calculado o tempo mínimo e máximo entre cada etapa e o tempo médio e mediano.

A análise dos dados foi sustentada a partir das recomendações científicas indicadas para o

tratamento do câncer de mama, por resultados de estudos da temática em questão e por estatística descritiva.

RESULTADOS

O número de sujeitos totalizou uma amostra de 13 mulheres. Dos 13 prontuários investigados, seis apresentaram registros relacionados à procedência, escolaridade, profissão/ocupação e estado civil diferentes dos relatados nas entrevistas. Duas mulheres, quando abriram os prontuários, apresentaram endereço de familiares residentes em Florianópolis e Palhoça. Elas relataram que tomaram tal conduta para agilizar o atendimento, visto que em suas cidades de origem, Blumenau e Laguna, o processo para o diagnóstico estava muito lento. Quanto aos outros dados encontrados, diferindo do relato das mulheres, as mesmas não souberam referir o motivo para o registro equivocado. Assim, deduz-se que houve erro dos profissionais que realizaram os registros.

Das cinco mulheres que iniciaram o tratamento da doença em 2009, uma confirmou que realizou todas as etapas para diagnóstico e tratamento pelo SUS; duas referiram que realizaram exames diagnósticos e consultas através de recursos particulares; uma realizou exames, consultas e cirurgias através de recursos financeiros particulares; e uma realizou exames e consultas através de convênio de saúde. Esclarece-se que essas mulheres que realizaram etapas diagnósticas e terapêuticas sem utilizar o SUS foram mantidas no estudo, pois existiam registros nos prontuários de atendimento exclusivo pelo SUS.

A falta de registros nos prontuários das etapas diagnósticas e terapêuticas realizadas fora do SUS se deve ao fato de elas terem sido realizadas antes do início do atendimento na instituição-cenário deste estudo (abertura do prontuário), conforme relatos. Os registros das histórias clínicas dessas mulheres iniciaram a partir do laudo do anatomopatológico da cirurgia da mama, sem haver registros do início da doença e de como foi o processo diagnóstico anterior ao ingresso na instituição.

As faixas etárias encontradas compreendiam: sete mulheres dos 40-49 anos (53,8%), três mulheres dos 50-59 anos (23,1%), duas mulheres dos 60-69 anos (15,4%) e uma mulher dos 30-39 anos (7,7%).

Quanto ao estado civil, os achados mostram que mais da metade das mulheres são casadas,

o que equivaliu a sete mulheres (53,8%); duas mulheres são separadas (15,4%); duas são viúvas (15,4%); uma é solteira (7,7%); e uma tem união consensual (7,7%). Não foi possível fazer qualquer correlação com outras variáveis, em decorrência do reduzido número de sujeitos encontrados.

Somente uma mulher relatou ter escolaridade até o ensino superior (7,7%); cinco mulheres relataram ter até o ensino médio (38,4%); seis até o ensino fundamental (46,2%); e uma relatou ser analfabeta (7,7%).

Das profissões/ocupações encontradas observou-se que foram mais frequentes as relacionadas a níveis de escolaridade mais baixos. Seis mulheres relataram profissões/ocupações relacionadas à atividades domésticas (46,2%); uma técnica de enfermagem (7,7%); uma auxiliar administrativa (7,7%); uma agricultora (7,7%); uma contadora (7,7%); uma pescadora (7,7%); uma massagista (7,7%); e uma microempresária (7,7%).

Os estádios mais frequentes foram o estágio II (46,1%), com seis mulheres, e o estágio III (46,1%), também com seis mulheres. No estágio IV (7,7%) foi identificada uma mulher.

Quanto à procedência, quatro mulheres são da cidade de Florianópolis (30,7%), quatro de Palhoça (30,7%), duas de São José (15,5%), uma de Laguna (7,7%), uma de Garopaba (7,7%) e uma de Blumenau (7,7%).

Todas as mulheres investigadas (100%) por este estudo detectaram alterações na mama que levaram à investigação e ao diagnóstico de câncer de mama: dez (76,8%) palpavam nódulo, duas

sentiram dor/pontadas (15,5%) e uma percebeu retração da pele na mama (7,7%). Ressalta-se que todas (100%) faziam acompanhamento periódico anual ou bianual, conforme indicação médica. Duas (15,5%) referiram ter feito mamografias anteriores que indicavam presença de nódulo. Referiram também que, apesar da detecção da imagem, o médico do posto de saúde dissera que não havia necessidade de outros exames ou cuidados.

O esquema terapêutico I foi realizado por quatro mulheres (30,7%) e o esquema terapêutico II por nove mulheres (69,3%), sendo que a quimioterapia adjuvante foi realizada por 12 mulheres (92,3%) e a radioterapia adjuvante por uma mulher (7,7%). Todas (100%) foram submetidas ao esvaziamento axilar, o que confirma o comprometimento da rede linfática axilar com células neoplásicas, o risco de metástases à distância e a redução das taxas de sobrevida.

A tabela 1 apresenta os intervalos de tempo entre a sintomatologia e o tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama investigadas neste estudo. Os maiores intervalos de tempo foram identificados entre: o sintoma e o exame de imagem, que oscilou entre dois e 1460 dias; o laudo da biópsia e a neoadjuvância, que oscilou entre 34 e 135 dias; e o laudo da biópsia e a cirurgia, que oscilou entre três e 291 dias. O intervalo de tempo mediano encontrado entre o surgimento dos sinais e sintomas e o início do tratamento, cirúrgico ou com quimioterapia neoadjuvante, foi de 245 dias, e o intervalo de tempo mediano entre a cirurgia e a adjuvância, com quimioterapia ou radioterapia, foi de 54 dias.

Tabela 1 - Intervalos de tempos, em dias, entre o surgimento dos sintomas e a terapêutica quimioterápica ou radioterápica de mulheres com câncer de mama assistidas pelo SUS. Florianópolis-SC, 2010

continua

n	Procedência	Intervalos de tempo									
		1*	2†	3‡	4§	5	6¶	7**	8††	9‡‡	10§§
1	Florianópolis	1460	33	4	64	86	7	-	105	1561	1759
2	Florianópolis	6	7	5				115	74	133	207
3	Florianópolis	90	42	6	34	156	36	-	54	172	418
4	São José	2	8	4	87	50	25	-	23	101	199
5	Palhoça	50	92	30				78	62	250	312
6	Palhoça	510	12	14				3	55	539	594
7	Blumenau	210	0	10				25	35	245	280
8	Florianópolis	30	12	5				36	76	83	159
9	Palhoça	510	18	3				67	49	598	647
10	São José	23	10	17				25	53	75	128
11	Laguna	60	73	31				291	85	455	540
12	Garopaba	150	431	43				50	46	674	720

n	Procedência	Intervalos de tempo									
		1*	2†	3‡	4§	5	6¶	7**	8††	9‡‡	10§§
13	Palhoça	23	12	-	135	63	34	-	36	170	303
	¶¶¶	2-1460	0-431	0-43	34-135	50-156	7-36	3-291	23-105	75-1561	128-1759
	***	60	18	10	45,5	75	30	50	54	245	312
	†††	240	58	13	80	89	26	77	58	389	482

*1 - Intervalo: sintoma ao exame de imagem; † 2 - Intervalo: exame de imagem à biópsia; ‡ 3 - Intervalo: biópsia ao laudo da biópsia; § 4 - Intervalo: laudo da biópsia à neoadjuvância; || 5 - Intervalo: início ao término neoadjuvância; ¶ 6 - Intervalo: término neoadjuvância à cirurgia; ** 7 - Intervalo: laudo da biópsia à cirurgia; †† 8 - Intervalo: cirurgia à adjuvância; ‡‡ 9 - Intervalo: sintoma ao tratamento neoadjuvante ou cirurgia; §§10 - Intervalo: sintoma à adjuvância; || || mulheres que não realizaram tratamento neoadjuvante; ¶¶ tempo mínimo e máximo encontrado entre todas as etapas diagnósticas e terapêuticas; ***mediana encontrada entre todas as etapas diagnósticas e terapêuticas; ††† tempo médio encontrado entre todas as etapas diagnósticas e terapêuticas.

Os motivos que justificam os atrasos para o diagnóstico e início tratamento, na percepção das mulheres, foram relacionados à:

- dificuldade para o agendamento de exames, tais como: mamografias, ultrassonografias, biópsias, eletrocardiogramas, tomografias, radiografias e cintilografias ósseas.
- evidências de imagens ou sintomas não consideradas pelos médicos. As mulheres afirmaram que exames anteriores indicavam alterações na imagem, mas nenhum outro exame foi solicitado para complementar a avaliação clínica.
- dificuldade para o agendamento de consultas com mastologistas e oncologistas.
- desinformação da mulher sobre o câncer de mama e saúde da mulher, por não terem procurado atendimento de saúde logo no início dos sintomas e por acreditar que a sintomatologia não representava perigo.
- dificuldade para agendamento de cirurgia por não haver vaga no sistema de saúde para que a cirurgia pudesse ser realizada logo após o diagnóstico da doença; demora para a emissão do laudo da biópsia; e necessidade de repetição da biópsia, sendo que entre as biópsias há um intervalo de tempo longo em decorrência dos agendamentos e emissões de laudos.
- dificuldade para agendamento imediato da quimioterapia.
- demora dos encaminhamentos utilizando o SUS para mulheres não residentes em Florianópolis-SC, Brasil.

DISCUSSÃO

O achado relacionado à faixa etária reafirmou a incidência mais elevada a partir dos 40 anos, como apresentado por outros estudos.¹³⁻¹⁵ Entretanto, a

faixa dos 40-49 anos geralmente está em segundo lugar na incidência das pesquisas. Neste estudo, ficou em primeiro lugar. Isso indica a necessidade de ampliação do acesso das mulheres ao sistema de saúde a partir dos 40 anos, como institui a Lei n.11.664. Esta Lei assegura a todas as mulheres a partir dos 40 anos a realização de exame mamográfico, e o encaminhamento a serviços de maior complexidade, a partir da necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderam ser realizados na unidade na qual foi prestado o atendimento.¹⁶

Quanto à escolaridade encontrada, os resultados demonstraram a necessidade de implantação de políticas de educação que possibilitem a elevação do grau de escolaridade da população, tendo em vista que, quanto maior a escolaridade, menores são os estádios das doenças e menores são os números de mortes. A escolaridade também está associada ao melhor padrão socioeconômico, o que também reduz e/ou favorece o tratamento das comorbidades.¹⁷⁻¹⁸

Mudanças nas políticas de educação deveriam incluir a compreensão dos conceitos sobre saúde, doença, qualidade de vida, fatores de risco para as doenças crônicas, adoção de bons hábitos de vida e à saúde desde a infância. Informar e educar consistem em alternativas eficazes à saúde da população.

A elevação da escolaridade e do padrão socioeconômico das mulheres contribui para melhores taxas de sobrevivência, redução dos casos de mortes, de aposentadorias precoces, e dos gastos públicos com tratamentos mais onerosos. Elevar a escolaridade também contribuiria para que as mulheres pudessem ter profissões/ocupações que ofertassem melhores salários e, consequentemente, melhores condições de vida e saúde.

Comparando os achados referentes ao estadiamento das doenças com os registros hospitalares de câncer de 2002 e 2008,¹⁰⁻¹¹ observou-se

queda em 2008 e elevação em 2009. A redução em 2008 pode ter sido ocasionada pelo número de prontuários que não apresentaram o estadiamento das doenças, o que correspondeu a 22,1% dos prontuários investigados.

Com relação à procedência, os resultados indicam que as mulheres residentes em Florianópolis e Palhoça têm maior acesso à realização das etapas diagnósticas e terapêuticas para o controle do câncer de mama, utilizando exclusivamente o SUS. Esta análise parte do princípio que o cenário do estudo tem a obrigatoriedade de atender pelo SUS os casos de câncer dos 22 municípios próximos à Florianópolis. Assim, considerando o número de exclusões já referido, relacionado ao uso de recursos particulares, deduz-se que as exclusões referem-se às mulheres residentes nos outros municípios, em decorrência da dificuldade encontrada para agendamento de exames e cirurgias, como referido pelas mulheres, sujeitos deste estudo, justificando os motivos para o atraso do diagnóstico e início do tratamento da doença.

Quanto à detecção da doença a partir da avaliação das próprias mulheres, a realidade encontrada justifica os casos de doenças avançadas no cenário do estudo. Para o diagnóstico precoce faz-se necessária a detecção da doença por exame de imagem, não por autoexame ou palpação aleatória. A realidade encontrada indica o despreparo do sistema de saúde para o diagnóstico precoce e para adoção de condutas eficientes que possibilitem melhores prognósticos.

A disseminação dos carcinomas mamários ocorre por invasão local, rede linfática ou hematogênica. Em 30% a 50% dos casos há comprometimento dos linfonodos axilares no momento do diagnóstico, sendo que as metástases regionais indicam o potencial metastático à distância e sistêmico. Mulheres com um a três linfonodos comprometidos têm 60% de sobrevida em 10 anos. Essa taxa reduz para 20% nas mulheres que tiveram de 3 a 4 ou mais linfonodos com metástases na ocasião do diagnóstico. Cerca de 30% das mulheres sem metástases axilares desenvolvem metástases sistêmicas posteriormente, o que indica que grande parte dos carcinomas de mama já são doenças sistêmicas no momento do diagnóstico.¹⁹

Analisando os intervalos de tempo apresentados na tabela 1, observou-se que o tempo perdido entre o sintoma até o início do tratamento, seja cirúrgico ou por quimioterapia neoadjuvante, é elevado, contribuindo com a progressão da doença e o surgimento de metástases. Somente

duas mulheres (15,4%) iniciaram o tratamento no intervalo de tempo recomendado, ou seja, até três meses após o início dos sinais e sintomas.⁶ Com as outras onze mulheres (84,6%), o início do tratamento ultrapassou a recomendação técnica, o que mais uma vez indica condição para o estadiamento avançado da doença e piores prognósticos.

Seguindo a ordem decrescente dos maiores influenciadores para o intervalo de tempo do sintoma ao início do tratamento, os achados indicam as dificuldades que as mulheres estão tendo para realizar o exame de imagem e a dificuldade de acesso ao atendimento pelo oncologista, ou seja, para dar início ao tratamento. Apesar da mediana não apontar a dificuldade de acesso ao mastologista, observa-se que algumas mulheres se depararam com intervalo de tempo prolongado para conseguir realizar a biópsia da mama. Para quatro mulheres este tempo excedeu a 30 dias.

Para o início da adjuvância com quimioterapia é recomendado um intervalo máximo de até 60 dias após a cirurgia.⁶ Das 13 mulheres incluídas neste estudo, 12 realizaram essa terapêutica, e cinco delas não iniciaram a adjuvância no intervalo de tempo preconizado. Uma mulher realizou a adjuvância com radioterapia, neste caso, o tempo preconizado, de até 120 dias,⁶ foi atendido.

Assim, considera-se que a realidade aqui apresentada, de atrasos nos intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, está na contramão para elevação das taxas de sobrevida, da redução dos graus de estadiamento do câncer de mama e das mutilações físicas, psicológicas e sociais sofridas pelas mulheres. Ainda que os achados indiquem que o intervalo para início da adjuvância está próximo ao preconizado, o início do tratamento não está, o que significa que o risco de doença metastática já era anterior à etapa da adjuvância.

Comparando os intervalos de tempo do exame de imagem ao início do tratamento deste estudo em Florianópolis-SC, Brasil, com estudos brasileiros realizados em Londrina-PR, Brasil, de janeiro de 2003 a outubro de 2004 (180 prontuários),⁸ e de São Paulo-SP, Brasil, no ano de 2006 (68 prontuários),⁹ que investigaram os prontuários de mulheres atendidas pelo sistema público de saúde, os intervalos de tempo encontrados respectivamente nos três estudos foram: mediana de 99 dias (ou média de 148 dias), média de 175 dias (esse estudo não calculou a mediana),⁸ e mediana de 143 dias.⁹

Observa-se que em Florianópolis-SC o intervalo de tempo do exame de imagem ao início do

tratamento se apresenta um pouco melhor à mulher catarinense. Porém, este intervalo de tempo não inclui o tempo do sintoma ao exame de imagem. O somatório deste intervalo de tempo demonstra o quanto ainda é necessário fazer para a obtenção de intervalos de tempo dentro das recomendações científicas e em busca de saúde, qualidade de vida e respeito à mulher e à sociedade.

Neste contexto, ressalta-se novamente que os maiores intervalos de tempo foram encontrados entre o sintoma e o exame de imagem, e do laudo da biópsia até o início do tratamento. Este achado reflete a necessidade de informar a mulher catarinense sobre saúde da mulher e câncer de mama, e demonstra a necessidade do acesso à saúde de forma rápida e resolutiva, a necessidade de ampliação do número de profissionais de saúde especializados para atender o número elevado de suspeitas e casos de mulheres com câncer de mama. A ampliação do número de profissionais atuantes na média e alta complexidade do sistema de saúde agilizará o diagnóstico e o início do tratamento, consequentemente, contribuirá para o diagnóstico precoce, para o desenvolvimento de tratamentos curativos, para redução dos gastos com terapêuticas mais complexas, para elevação das taxas de sobrevivência e redução das taxas de mortalidade.

Os achados relacionados aos intervalos de tempo, entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, são contrários às proposições para o atendimento oncológico definidas pela Lei 11.664 e pela Política Nacional de Atenção Oncológica^{16,20} e, além do aspecto tempo e sobrevivência, deve-se atentar para qualidade de vida das mulheres. Quanto mais tardio o diagnóstico e o início do tratamento, pior será a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, bem como de suas famílias e da sociedade, que sofrem as consequências da imprevidência do sistema de saúde.²¹

Os motivos apresentados pelas mulheres para o atraso no diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama demonstram, mais uma vez, os entraves no fluxo de encaminhamentos entre a baixa, a média e a alta complexidade para o atendimento de saúde via SUS. Os entraves relacionam-se, principalmente, ao desenvolvimento de exames e ao atendimento especializado. O despreparo técnico e a falta de capacitação de alguns profissionais pode estar contribuindo para a progressão da doença, para diagnósticos indevidos e/ou tardios.

Quanto às limitações desse estudo definiu-se o reduzido número de mulheres incluídas como sujeitos da pesquisa. A definição do atendimento

exclusivo pelo SUS, como critério de inclusão, limitou o número de inclusões. Mas, como o cenário do estudo é uma instituição que tem a obrigatoriedade do atendimento da demanda SUS, referente ao Município Referência Florianópolis, no Estado de Santa Catarina,²² não era esperado que a maioria das mulheres em tratamento, no período do estudo, tivesse realizado etapas por recursos financeiros particulares ou por convênio de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui investigados, no intervalo de tempo do sintoma ao tratamento do câncer de mama, indicam a dificuldade de acesso ao SUS com o qual a mulher se depara. A realidade de tempos prolongados entre os diversos encaminhamentos entre as etapas diagnósticas e terapêuticas contribui para o avanço da doença e para o estadiamento avançado. Os achados demonstram que o sistema de saúde contribui com piores taxas de sobrevivência e que a sociedade vem sofrendo as consequências dessa imprevidência.

A adoção de estratégias para reduções dos intervalos de tempo até o início do tratamento do câncer de mama é necessária. Sugere-se que para o alcance de tais mudanças a formação e qualificação dos profissionais da área da saúde, nos diversos níveis de formação, a contratação de um número de profissionais que possa atender as demandas existentes de saúde/doença, aquisição e manutenção de equipamentos e área física adequada para os diversos atendimentos.

Outro ponto importante para mudança seria a revisão da estruturação do modelo atual adotado pelo SUS, que exige diversos encaminhamentos entre os diversos serviços de saúde que o compõe, de acordo com a complexidade das ações de saúde. Infelizmente, o sistema não possibilita meios para que a mulher percorra os níveis de atenção em curto espaço de tempo, de forma a impedir o avanço do câncer de mama, o mau prognóstico e os sofrimentos. Esses encaminhamentos, no modelo atual, aumentam os intervalos de tempo, principalmente pelos atrasos nos agendamentos entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas.

A escolaridade e o padrão socioeconômico mais elevados colaborariam com a redução dos casos de câncer de mama avançados e consequentemente com os casos de mortes prematuras. Portanto, é imprescindível que mudanças nas políticas sociais e educacionais ocorram no território nacional, pois, sendo Santa Catarina um dos

Estados mais desenvolvidos do País, a realidade de outros Estados menos desenvolvidos pode ser mais crítica do que a investigada neste estudo.

Os achados demonstram como a realidade da saúde catarinense, nos termos aqui referidos, está aquém das descobertas e indicações científicas atuais. Muito ainda se precisa fazer para implantar um sistema que detecte precocemente o câncer de mama, contribuindo assim com a redução dos estádios avançados e com taxas de sobrevida mais elevadas.

Como recomendação para a instituição-cenário do estudo, sugere-se que a mesma possa manter atualizado um banco de dados informatizado, e que os registros nos prontuários sejam revistos. Essas providências podem auxiliar na avaliação do processo de trabalho e no atendimento das recomendações científicas preconizadas para tratamento do câncer de mama e de todos os outros tipos de câncer.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization GLOBOCAN 2008. Cancer incidence and mortality Worldwide 2008. [online]. 2010 [acesso 2010 Dez 12]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=76>
2. Rayson D, Saint-Jacques N, Younis T, Meadows J, Dewar R. Comparison of elapsed times from breast cancer detection to first adjuvant therapy in Nova Scotia in 1999/2000 and 2003/04. *CMAJ* [online]. 2007 Jan [acesso 2009 Mar 09];176(3):327-32. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/176/3/327.pdf>
3. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. *Can J Public Health*. 2004 Set-Out;95(5):341-5.
4. 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* [online]. 2003 Abr [acesso 2009 Mar 09];21(8):1440-6 Available:: <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/21/8/1440>
5. Montella M, Crispo A, Botti G, De Marco M, De Bellis G, Fabbrocini G, et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. *Breast Cancer Res Treat*. 2001 Apr;66(3):209-15.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012.
7. Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. *CMAJ* [online]. 2001 [acesso 2009 Mar 09];176(8):1133-8. Available:: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80969>
8. Souza VO, Grando JPS, Filho JO. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). *RBM Rev Bras Med* [online]. 2008 Jun [acesso 2009 Mar 08];65(5):135-8. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=485556&indexSearch=ID>
9. 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* [online]. 2008 Jan-Fev [acesso 2009 Mar 09];54(1):72-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Serrano AI, D'Orsi E, Giordani-Serrano TR. Monitorando o cuidado: análise do registro hospitalar de câncer do CEPON, de 2000 a 2002. Florianópolis (SC): SES/SC/Insular; 2007.
11. Ministério da Saúde (BR). Integrador Registro Hospitalar do Câncer. Tabulador hospitalar: base do Estado: SC [online]. [acesso 2011 Mar 24]. Disponível em: <http://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/dh?rhchos/SC/rhc>
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Flores-Luna L, Salazar-Martínez E, Duarte-Torres RM, Torres-Mejía G, Alonso-Ruiz P, Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública Méx* [online]. 2008 Abr [acesso 2009 Out 11];50(2):119-25. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200005&lng=en
14. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev Assoc Med Bras* [online]. 2008 Ago [acesso 2009 Out 11];54(4):339-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000400020&lng=en
15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama [online]. 2010. [acesso 29 Jan 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
16. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de

- mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2008.
17. Fisch T, Pury P, Probst N, Bordoni A, Bouchardy C, Frick H, et al. Variation in survival after diagnosis of breast cancer in Switzerland. *Ann Oncol*. [online]. 2005 Dec [accessed 2009 Oct 15];16(12):1882-8. Epub 2005 Oct 10. Available:: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/12/1882>
 18. Louwman WJ, Van de Poll-Franse LV, Fracheboud J, Roukema JA, Coebergh JW. Impact of a programme of mass mammography screening for breast cancer on socio-economic variation in survival: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat*. [online]. 2007 Nov [access 2009 Set 08]; 105(3):369-75. Available: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17211536>
 19. Schmitt FE, Gobbi H. Mama. In: Bogliolo L, editor. *Patologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 613-42.
 20. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a política nacional de atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 9 Dez 2005. Seção 1, p. 80-1.
 21. Silva G, Santos M A. “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*. [online]. 2008 Set [acesso 2012 Out 26]; 17(3):561-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300018&lng=pt
 22. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Secretaria de Estado do Planejamento. Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON. Contrato de Gestão nº 001/2007 de 19 de dezembro 2007. Contrato de Gestão que entre si celebram, o Estado de Santa Catarina, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON, com a interveniência da Secretaria de Estado do Planejamento; 2007 [acesso 2013 Mai 03]. Disponível em: http://alfa.locadados.com.br/~fahece/wp-content/uploads/HEMOSC_001.pdf