

TEMPO ENTRE AS ETAPAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS DO CÂNCER DE MAMA NO SUS

Luciana Martins da Rosa*
Vera Radünz**
Odaléa Maria Brüggmann***

RESUMO

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que objetiva descrever o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama em mulheres assistidas no sistema público de saúde em instituição oncológica de Santa Catarina/Brasil e caracterizar o perfil sociodemográfico dessas mulheres. A coleta de dados foi realizada em todos os prontuários das mulheres atendidas exclusivamente pelo sistema público de saúde (24), no ano de 2009. Os dados foram analisados por estatística descritiva, 41,5% das mulheres estava na faixa etária 40-49 anos, possuíam ensino fundamental, eram do lar, apresentavam estágio III da doença. O intervalo de tempo da mamografia ao início do tratamento da doença oscilou entre 31 e 233 dias, entre a cirurgia e a adjuvância 21 e 136 dias. Intervalos encontrados não atendem às recomendações científicas. Os maiores intervalos foram encontrados nas etapas para a realização da biópsia, para dar início ao tratamento e à adjuvância com quimioterapia. Os resultados apontam para a necessidade de adoção de estratégias para o atendimento dos intervalos de tempo recomendados cientificamente. Essas estratégias devem contemplar agilização na realização das mamografias, biópsias e cirurgia para retirada do carcinoma mamário.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Oncologia. Diagnóstico tardio.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama continua sendo o câncer mais incidente nas mulheres. Em 2008, a doença acometeu 1.384.155 mulheres e causou 458.503 mortes no mundo. No Brasil, no mesmo ano, a incidência atingiu 42.566 casos novos e 12.573 mortes⁽¹⁾.

Diagnósticos tardios da doença são determinantes para a progressão da doença (estadiamento avançado) e para maus prognósticos. Assim, a detecção e o tratamento precoces ainda são as melhores opções para o controle da doença⁽²⁻⁵⁾.

Em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina/Brasil, a distribuição dos casos por estadiamento clínico para o câncer de mama nos anos de 2002 e 2008 apresentou os seguintes percentuais: estágio *in situ* – 3,9% e 2,1%; estágio I – 17,5% e 25,5%; II – 36,8% e 23,4%; III – 21,1% e 20,8%; IV – 11,9% e 6,1%^(6,7) (dados entre 2003 e 2007 não foram registrados por Registro Hospitalar de Câncer até o momento do estudo). Ressalta-se

que mulheres diagnosticadas a partir do estágio II têm doença localmente avançada, comprometimento linfonodal e metastático⁽⁸⁾, o que pode dificultar ou impedir tratamentos curativos.

No estado de Santa Catarina, a distribuição dos casos por estadiamento clínico para o câncer de mama no ano de 2008 se manifestou com os seguintes percentuais: estágio *in situ* – 1,5%; estágio I – 18%; II – 30%; III – 17%; IV – 5,6%; sem informações – 27%⁽⁷⁾.

Assim, diante do estadiamento avançado do câncer de mama identificado em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina/Brasil, questionamos: qual o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas para mulheres assistidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Este intervalo atende o preconizado cientificamente?

Ressaltamos que, para redução da mortalidade por câncer de mama, é recomendado que toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha direito a

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Oncológica. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil. Email: luciana.m.rosa@ufsc.br.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

***Enfermeira. Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias, e entre os primeiros sinais e sintomas da doença e o início do tratamento o tempo não deve exceder a três meses⁽⁸⁾. A quimioterapia adjuvante no câncer de mama deve ser realizada até 60 dias após a cirurgia e a radioterapia adjuvante em até 120 dias⁽⁸⁻⁹⁾.

Portanto, o objetivo deste estudo é descrever o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama em mulheres assistidas no SUS em instituição oncológica de Santa Catarina/Brasil e caracterizar o perfil sociodemográfico dessas mulheres.

Entendemos que o conhecimento dessa realidade poderá contribuir para a adoção de medidas que possam reduzir os graus de estadiamento da doença e incrementar a qualidade de vida e sobrevivência das mulheres que ainda receberão o diagnóstico de câncer de mama.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário do estudo, sob o parecer 009/2010. A referida instituição foi escolhida por ser referência no atendimento oncológico no estado de Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada de maio a novembro de 2010.

Foram incluídas mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009, atendidas exclusivamente pelo SUS (do diagnóstico até o tratamento), conforme registros encontrados nos prontuários (registros profissionais e laudos de exames) e tratadas com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante (QN), seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e quimioterapia adjuvante (QA) ou radioterapia adjuvante (RA), denominada neste estudo, esquema terapêutico I ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de QA ou RA, denominada neste estudo, esquema terapêutico II. O atendimento exclusivo pelo SUS foi estabelecido como critério de inclusão para que se possa reconhecer a realidade de tempo de atendimento pelo sistema

público de saúde e as sequências terapêuticas, esquema terapêutico I e II, por serem as sequências mais frequentes para o tratamento do câncer de mama no SUS.

O instrumento elaborado para coleta e registro dos dados foi testado com cinco prontuários. Nesse pré-teste, foi verificada a necessidade de inclusão das variáveis: “data de início da radioterapia adjuvante”. Para tanto, solicitou-se emenda de inclusão ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada pelo parecer 020/2010.

Assim, ficou definida para a coleta de dados a investigação das seguintes variáveis: idade, cidade de procedência, escolaridade, profissão/ocupação, estágio da doença, 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 adjuvante e data de início da radioterapia adjuvante.

Para a seleção dos prontuários, foi solicitado ao Setor de Faturamento da instituição lista dos códigos das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs) que cadastram as QN e QA, sendo esta a única maneira de identificação dos prontuários, diante do banco de dados existente na instituição. A partir desses códigos, foi solicitada à Divisão de Informática lista de nomes das mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009 para, então, serem localizados os prontuários das respectivas mulheres.

A lista fornecida pela Divisão de Informática totalizou 138 mulheres, destas, 86 registravam as sequências terapêuticas incluídas neste estudo, mas somente 24 haviam realizado todas as etapas exclusivamente pelo SUS.

Posteriormente à coleta, os dados foram digitados em banco de dados no Programa Excel da Microsoft. Após o processamento, os mesmos foram analisados por estatística descritiva, que incluíram cálculos dos intervalos de tempo entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas. Considerando a ausência de registro de dados em alguns prontuários e o número limitado de atendimentos realizados exclusivamente pelo SUS, optou-se por apresentar o tempo

mínimo e máximo encontrado entre as etapas diagnósticas e terapêuticas. Somente foi possível a aplicação das medidas de tendência central nos resultados referentes ao intervalo de tempo entre a cirurgia e a adjuvância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das mulheres com câncer de mama oscilou entre os 25 e 78 anos. A faixa etária dos 40 aos 49 anos foi a que apresentou o maior percentual (41,5%), seguida da faixa etária dos 50 aos 59 anos (29,2%). Outras variáveis sociodemográficas que obtiveram os percentuais mais elevados foram: mulheres com escolaridade até o ensino fundamental (54,2%); profissão/ocupações envolvendo atividades domésticas (45,8%); estágio III (45,8%), seguido do estágio II (33,4%). Esses e outros achados são apresentados na Tabela 1.

A faixa etária mais frequente das mulheres estudadas difere dos estudos internacionais que indicam a faixa etária dos 50 aos 60 anos como a mais incidente. Estudos evidenciam que o aumento da idade representa um fator de risco para o câncer de mama, de modo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa⁽¹⁰⁾. A *American Cancer Society* publicou que 95% dos casos de câncer de mama diagnosticados são em mulheres com 40 anos ou mais⁽¹¹⁾, isto exige políticas de saúde específicas para mulheres acima de 40 anos.

Quanto à escolaridade, a realidade de ser o ensino fundamental o mais frequente dentre as mulheres investigadas, confirma a indicação dos estudos epidemiológicos que apresentam que quanto menor a escolaridade, maiores são os estádios das doenças e menores são as taxas de sobrevida⁽¹²⁾.

Estudo que incluiu mulheres com câncer de mama atendidas na instituição cenário deste estudo refere que, em relação à sobrevida estratificada por escolaridade, mulheres com nível superior apresentam melhor sobrevida global em cinco anos (92,2%), quando comparadas às mulheres com ensino médio (84%), ensino fundamental (73,6%) e analfabetas (56%), sendo que as mulheres analfabetas tiveram um risco 7,40 vezes maior

de morrer que as de nível superior, e as com ensino fundamental, risco 3,76 vezes maior⁽¹²⁾. Comparando esses resultados com os resultados do presente estudo, observou-se o risco de redução para taxa de sobrevida estratificada por escolaridade a que as mulheres com escolaridade até o ensino médio estão expostas, quando comparadas às mulheres que possuem ensino superior.

Comparando os estádios das doenças encontrados neste estudo com os estádios referentes ao ano de 2008 (último registro disponibilizado pela RHC do cenário do estudo e Integrador RHC - INCA)⁽⁷⁾, observa-se elevação do percentual dos estádios II e III e diminuição do percentual do estágio I. Estádios *in situ* e IV não foram encontrados neste estudo. Este achado sugere elevação do estadiamento da doença. Ressalta-se que mulheres com câncer de mama em estádios II e III têm tumores acima de dois centímetros e/ou comprometimento linfonodal axilar, podendo, então, apresentar disseminação da doença para tecidos próximos à mama, aos linfonodos mamários, abaixo da clavícula e próximos à região cervical e, conseqüentemente, estar sujeitas a menores taxas de sobrevida⁽¹³⁾.

As cidades de procedência das mulheres foram: Canelinha (4,2%); Garopaba, (4,2%); Governador Celso Ramos (12,5%); São José (12,5%); Palhoça (16,6%). Florianópolis ficou com o percentual mais elevado, 50% dos casos.

Dos 24 prontuários investigados (100%), 16 (66,7%) não apresentaram registro da data do exame de imagem que diagnosticou a doença; 10 (41,7%) não apresentaram a data da coleta do material e/ou recebimento do material pelo laboratório; 11 (45,8%) não registraram a data da emissão dos laudos das biópsias. Estes achados demonstram falha no sistema de registro dos dados nos prontuários de mulheres com câncer no cenário do estudo, o que inviabilizou o uso da estatística inferencial para análise dos dados.

Outros estudos, como este, também apresentam a carência de registros profissionais dificultando a investigação científica^(9,14), uma realidade que precisa ser modificada como forma de contribuição para o crescimento e desenvolvimento das pesquisas no Brasil.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e estadiamento das mulheres com câncer de mama. Florianópolis/SC/Brasil. 2010

Variáveis	n	%
Idade		
20-29	1	4,2
30-39	3	12,5
40-49	10	41,5
50-59	7	29,2
60-69	2	8,4
70-79	1	4,2
Ocupação		
Do lar	6	25,0
ASG/doméstica/faxineira	5	20,8
Técnicas de enfermagem e contábil	3	12,5
Enfermeira	1	4,2
Outras ocupações	8	33,3
SRP	1	4,2
Escolaridade		
Analfabetas	2	8,4
Ensino fundamental	13	54,1
Ensino médio	6	25,0
Ensino superior	3	12,5
Grau de estadiamento		
I	5	20,8
II	8	33,4
III	11	45,8
IV	0	0,0

O esquema terapêutico I foi realizado por sete mulheres (29,2%) e o esquema terapêutico II foi realizado por 17 mulheres (70,8%). A quimioterapia adjuvante foi realizada por 22 mulheres (91,7%) e a radioterapia adjuvante por 2 mulheres (8,3%).

A Tabela 2 apresenta os intervalos de tempo (mínimo e máximo) entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas percorridas pelas mulheres com câncer de mama que realizaram o esquema terapêutico I (7 mulheres). O intervalo de tempo do exame de imagem até o início do tratamento neoadjuvante, esquema terapêutico I, oscilou de 31 até 182 dias. As etapas que definiram este período de tempo referem-se, principalmente, ao desenvolvimento da biópsia da mama e da consulta com oncologista para dar início à quimioterapia neoadjuvante. O tempo máximo encontrado entre a cirurgia e a adjuvância foi de 88 dias.

A Tabela 3 apresenta os intervalos de tempo (mínimo e máximo) entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama que realizaram o esquema terapêutico II (14 mulheres). O intervalo de tempo do exame de imagem até o início do tratamento cirúrgico, esquema terapêutico II, oscilou de 42 até 233 dias. As etapas que definiram este período de tempo referem-se, principalmente, ao desenvolvimento da biópsia e a consulta com oncologista. O tempo máximo encontrado entre a cirurgia e a adjuvância foi de 136 dias.

Analisando os resultados relacionados ao intervalo de tempo máximo entre o exame de imagem até o diagnóstico (laudo da biópsia foi considerado como diagnóstico da doença), no esquema terapêutico I e II, encontramos respectivamente 104 e 217 dias, e para o início do tratamento, seja ele por terapêutica

neoadjuvante ou cirúrgica, encontramos 216 e 281 dias, e comparando-os com as recomendações científicas que indicam que o diagnóstico deve ser realizado em até 60 dias e o início do tratamento em até três meses ⁽⁸⁻⁹⁾, observa-se que, para algumas mulheres, o início do tratamento ultrapassa o recomendado. Dessa

forma, os atrasos de tempo, achados neste estudo, contribuem para justificar o estadiamento avançado da doença na realidade investigada e indicam que as mulheres atendidas nesse intervalo de tempo poderão ter taxas de sobrevida diminuídas.

Tabela 2. Intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas, quimioterapia neoadjuvante, cirurgia e quimioterapia ou radioterapia adjuvante - Esquema terapêutico I. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

Etapas diagnósticas	Intervalos de tempo	
	Tempo mínimo (dias)	Tempo máximo (dias)
Exame de imagem até a biópsia da mama	0	64
Biópsia da mama até o laudo da biópsia	0	40
Laudo da biópsia até o início da neoadjuvância	5	112
Início da neoadjuvância até o término da neoadjuvância	42	175
Término da neoadjuvância até a cirurgia	14	35
Cirurgia até o início da adjuvância	21	88
Exame de imagem até o início da neoadjuvância	31	182

Tabela 3. Intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas, cirurgia e quimioterapia ou radioterapia adjuvante - Esquema terapêutico II. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

Etapas diagnósticas	Intervalos de tempo	
	Tempo mínimo (dias)	Tempo máximo (dias)
Exame de imagem até a biópsia da mama	20	169
Biópsia da mama até o laudo da biópsia	0	48
Laudo da biópsia até a cirurgia	10	64
Cirurgia até o início da adjuvância	35	136
Exame de imagem até a cirurgia	42	233

A detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados à maior taxa de cura das mulheres com câncer de mama. Quanto mais rápido for a instituição do tratamento da doença (período não metastático), maior é a chance de a cirurgia ser curativa e de não ocorrer disseminação da doença, e menores serão os estádios da doença ⁽¹⁵⁾.

Atraso no diagnóstico está associado a maior risco de metástase linfonodal e maior tamanho tumoral, determinantes do estadiamento ⁽¹⁶⁾. Sendo assim, a utilização de métodos de detecção precoce e rastreamento do câncer de mama continuam sendo extremamente importantes para o diagnóstico precoce e aumento da taxa de cura e sobrevida de mulheres com câncer de mama ⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se que, os registros nos prontuários investigados iniciaram a partir do exame de

imagem, não havia registros como a doença foi inicialmente identificada, se por rastreamento ou por percepção da mulher ou ainda por exame clínico das mamas, mas considerando que 45,8% das mulheres estavam em estágio III, provavelmente a doença já era palpável pela própria mulher. Alguns autores declaram que geralmente as mulheres que detectam o nódulo através do autoexame das mamas, é essa detecção que leva as mulheres a procurar o médico, que diagnostica o câncer de mama ⁽²⁻¹⁸⁾. Então, no intervalo de tempo aqui investigado, ainda deveria ser somado o intervalo de tempo do sintoma ao exame de imagem. Essa investigação foi inviabilizada pela ausência de registros nos prontuários.

Poucos são os estudos disponíveis no Brasil que apresentam dados que investiguem o tempo entre os sinais e sintomas suspeitos do câncer de

mama e a primeira consulta ao serviço de saúde ⁽⁹⁾.

Quanto aos intervalos de tempo entre a cirurgia e a adjuvância com quimioterapia, encontrados nos esquemas terapêuticos I e II, a média foi de 73 dias, a mediana de 76 dias e a moda (série plurimodal) foi de 62, 70, 77, 83 e 100 dias. Identificou-se que das 22 mulheres que realizaram esta forma terapêutica (100%), 18 (82%) ultrapassaram a recomendação dos 60 dias para o início da adjuvância, sendo três (14%) do esquema terapêutico I e 15 (68%) do esquema terapêutico II.

Isso demonstra que o agendamento das consultas para dar início ao tratamento adjuvante deve ser o principal condicionante para este achado. As mulheres do esquema terapêutico I já estão sendo atendidas na instituição cenário do estudo, antes da realização da cirurgia, e as do esquema terapêutico II, na grande maioria, abrem prontuário na instituição após a avaliação médica pós-cirurgia.

Das duas mulheres que realizaram a adjuvância com radioterapia, no esquema I e II, a terapêutica iniciou em 72 e 82 dias, respectivamente, após a cirurgia; nesses casos, o intervalo de tempo até a adjuvância atendeu o recomendado, isto é, até 120 dias.

Estudo brasileiro (Londrina/Paraná) encontrou tempo superior a 90 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama ⁽¹⁹⁾. Outro estudo brasileiro (Santo André/São Paulo) encontrou um intervalo mediano de 72 dias entre a mamografia e a biópsia (intervalo mínimo de 4 dias e máximo de 1095 dias) ⁽¹⁵⁾. Estudos canadenses encontraram intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento de 34 dias ⁽⁴⁾ e 22 dias ⁽⁵⁾.

Os resultados dos estudos brasileiros coincidem com os atrasos encontrados neste estudo e justificam as diferentes taxas de sobrevida encontradas em mulheres tratadas no Brasil e em países desenvolvidos ⁽¹⁰⁾. Nos estudos canadenses, o maior percentual das mulheres quando diagnosticadas com o câncer de mama estava no estágio I da doença, indicativo de tratamento curativo e maiores taxas de sobrevida.

Nesse contexto, os maiores intervalos de tempo foram encontrados entre a mamografia e a

biópsia, laudo da biópsia e a neoadjuvância ou cirurgia e cirurgia e a adjuvância. Este achado reflete a necessidade de ampliação do número de profissionais de saúde especializados para atender ao número elevado de casos de mulheres com câncer de mama. A ampliação do quadro desses profissionais agilizaria o diagnóstico e o início do tratamento, consequentemente estaria contribuindo para o diagnóstico precoce, para o desenvolvimento de tratamentos curativos, para redução dos gastos com as terapêuticas, para elevação das taxas de sobrevida e redução da mortalidade.

A realidade do SUS exige das mulheres com câncer de mama o atendimento pelos postos de saúde, a espera de agendamento dos exames de imagens, a busca por mastologistas nas policlínicas ou unidades de saúde especializadas, a espera para a biópsia, emissão do laudo, agendamento da cirurgia e atendimento por oncologista. Os resultados demonstraram que não existe um padrão de tempo entre essas etapas dentre as diferentes mulheres e uma normatização dos procedimentos operacionais.

Para mudar a realidade brasileira e de outros países, com relação aos atrasos para o diagnóstico e tratamentos do câncer de mama, além das políticas de saúde, deve-se investir na análise e utilização de estratégias para diminuir as barreiras culturais e ambientais para o acesso aos serviços de saúde ⁽²⁰⁾.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se três aspectos: o primeiro foi a ausência de banco informatizado de dados no cenário do estudo, o que dificultou o acesso aos prontuários a serem incluídos na investigação; o segundo aspecto foi a falta de registros de dados nos prontuários, o que limitou a coleta e impossibilitou a aplicação de testes estatísticos de inferência; o terceiro, relaciona-se ao reduzido número de mulheres incluídas no estudo. Como o cenário do estudo era uma instituição que atende 99% SUS, não era esperado que somente 24 mulheres, de uma população alvo de 138 mulheres, tivessem realizado todas as etapas diagnósticas e terapêuticas pelo sistema público de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados mostram que os intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas

e terapêuticas do câncer de mama, em mulheres assistidas exclusivamente pelo SUS, não atendem às indicações científicas que asseguram melhores taxas de sobrevivência para as mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

A principal deficiência no intervalo de tempo está relacionada com o atendimento especializado, ou seja, etapas que incluem a realização da biópsia e para dar início ao tratamento, bem como para iniciar a adjuvância com quimioterapia.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de adoção de estratégias para redução dos diagnósticos e tratamentos tardios do câncer de mama e para o atendimento dos intervalos de tempo recomendados pelos estudos científicos. Essas estratégias devem contemplar

agilização na realização das mamografias, biópsias, cirurgia para retirada do carcinoma mamário, ampliação dos atendimentos de saúde, de acordo com as demandas de saúde/doença, aumento do número de profissionais especializados para o atendimento oncológico em consonância com o desenvolvimento científico atual.

Todas as mulheres têm direito ao SUS, mas elas necessitam de um atendimento ágil e competente, pois diante de uma suspeita de diagnóstico de câncer é impossível aguardar os atrasos do sistema sem ansiedade e medo. O diagnóstico e tratamento do câncer tardiamente trazem prejuízos à mulher, à sociedade e ao próprio SUS.

TIME BETWEEN THE DAIGNOSTIC AND THERAPEUTIC STEPS OF BREAST CANCER IN THE SUS

ABSTRACT

Descriptive research, with quantitative approach, which aims to describe the time-interval from diagnosis to therapeutic treatment in breast cancer in women treated by the oncologic institution of the public health system of Santa Catarina/Brazil and to characterize the socio demographic profile of these women. The data were collected in all of the medical records of women met exclusively by the public health system (24), in 2009. The data were analyzed by descriptive statistics, 41,5% of women were in the age group 40-49 years, had elementary school, were housewives, presented stage III of the disease. The time interval of the mammography at the beginning of the treatment of the disease fluctuated between 31 and 233 days, between the surgery and the adjuvance 21 and 136 days. Intervals found do not meet scientific recommendation. The biggest time interval was found in the steps to perform the biopsy, to initiate the treatment and adjuvant chemotherapy. The results point to the need for the adoption of strategies for the scientifically recommended time intervals. Those strategies should include fast process in the realization of mammograms, biopsies and surgery to remove the breast carcinoma.

Keywords: Breast Neoplasms. Oncology. Delayed Diagnosis.

TIEMPO ENTRE LAS ETAPAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DEL CÁNCER DE MAMA EN EL SUS

RESUMEN

Investigación descriptiva, con abordaje cualitativo, que tuvo como objetivo describir el intervalo de tiempo entre las etapas diagnósticas y terapéuticas del cáncer de mama en mujeres asistidas por el sistema público de salud en una institución oncológica de Santa Catarina/Brasil y caracterizar el perfil sociodemográfico de esas mujeres. La colecta de datos fue realizada en todos los prontuarios de las mujeres asistidas exclusivamente por el sistema público de salud en el año de 2009. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva, 41,5% de las mujeres tenían entre 40-49 años de edad, tenían educación primaria, eran amas de casa, y se encontraban en el estadio III de la enfermedad. El intervalo de tiempo de la mamografía al inicio del tratamiento de la enfermedad osciló entre 31 y 233 días, entre la cirugía y la adyuvante 21 y 136 días. Intervalos encontrados no siguen las recomendaciones científicas. Los intervalos más grandes fueron encontrados en las etapas para la realización de biopsia, para dar inicio al tratamiento y la adyuvante con quimioterapia. Los resultados indican la necesidad de la adopción de estrategias para el seguimiento de los intervalos de tiempo recomendados científicamente. Estas estrategias deben contemplar la agilización en la realización de las mamografías, biopsias y cirugías para la retirada del carcinoma mamario.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama. Oncología. Diagnóstico Tardío.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. GLOBOCAN 2008. Cancer incidence and mortality Worldwide; 2010 [cited 2010 dec 12]. Available from:

- <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=76>
2. Brasileiro Filho G. *Bogliolo Patologia*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
 3. Borghesan DH, Pelloso SM, Carvalho MDB. Câncer de mama e fatores associados. *Ciênc Cuid Saúde* [online]. 2008 [citado 2012 ago 16]; 7(Suplem. 1):62-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6566/3886>
 4. 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 30 [cited 2009 mar 09]; 176(3):327-32. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/176/3/327.full.pdf>
 5. 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.
 6. Serrano AL, d'Orsi E, Giordani-Serrano TR. Monitorando o cuidado: análise do registro hospitalar de câncer do CEPON, de 2000 a 2002. Florianópolis: SES/SC/Insular; 2007.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Integrador Registro Hospitalar do Câncer. Tabulador hospitalar. base do Estado: SC [online] 2011. [citado 2011 mar 24]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/dh?rhcos/SC/rhc>
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2010. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. 11 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. 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: INCA; 2012.
 10. Rosa LM, Radünz V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012 dez [citado 2013 mar 18]; 21(4): 980-989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400031&lng=pt.
 11. American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2008*. Atlanta (US): American Cancer Society; 2008.
 12. 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 jun; 25(6):1285-96.
 13. National Cancer Institute. National Institutes of Health. 2011. [cited 2011 jan 04]. Available from: <http://www.cancer.gov/>
 14. Gozzo TO, Panobianco MS, Clapis MJ, Almeida AM. Toxicidade dermatológica em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010 aug [citado 2013 mar 19]; 18(4): 681-687. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400004&lng=en.
 15. 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 hospital público. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1): 72-6.
 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. Borghesan DH, Pelloso SM, Carvalho MDB. Câncer de mama e fatores associados. *Cienc Cuid Saude* [online]. 2008 [citado 2013 mar 18]; 7(Suplem. 1): 62-68. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6566/3886>.
 18. Silva RM, Sanches MB, Ribeiro NLR, Cunha FMAM, Rodrigues MSP. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009 dez [citado 2012 ago 06]; 43(4):902-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S080-62342009000400023&lng=en
 19. 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). *Rev Bras Med.* [online]. 2008 jun [citado 2009 mar 08]; 65(5):135-8. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3763
 20. Anderson BO. Understanding social obstacles to early breast cancer detection is critical to improving breast cancer outcome in low- and middle-resource countries. *Cancer*. 2010 ago; 116(19): 4436-9.

Endereço para correspondência: Luciana Martins da Rosa. Avenida Mauro Ramos, 1250, bloco A2/31. CEP: 88020-301. Florianópolis, Santa Catarina.

Data de recebimento: 10/10/2012

Data de aprovação: 29/01/2013