

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO GONÇALVES**

**Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e  
sintomas ao tratamento**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2013**

LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

**Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e  
sintomas ao tratamento**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Sergipe, tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar

Orientadora: Ana Maria de Almeida

**RIBEIRÃO PRETO**

**2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

GONÇALVES, LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO

Trajectoria de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento. Ribeirão Preto, 2013.

143p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: ANA MARIA DE ALMEIDA

1. Neoplasias da mama. 2. Acesso aos serviços de saúde.  
3. Diagnóstico tardio. 4. Enfermagem

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição

Trajatória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Sergipe, tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:     /     /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

À minha mãe, fonte de inspiração para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos grandes amores da minha vida, Josair Júnior e Guilherme, por todo o amor, carinho,  
paciência, compreensão e apoio durante a trajetória de elaboração da tese.

À minha sogra, pela disponibilidade e apoio durante a trajetória de elaboração da tese.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os colegas do Dinter, pela convivência e colaboração, em especial, a Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva, Joseilze dos Santos de Andrade e Ana Cristina Freire Abud.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem, pela colaboração, em especial, à Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães e Cristiane Franca Lisboa Gois .

À Profa. Renata Mann, coordenadora local do Dinter, pela colaboração e parceria.

A todos os docentes do Programa Interunidades que, ao transmitirem seus conhecimentos, contribuíram para o meu amadurecimento e aprimoramento profissional.

À Profa. Dra. Ana Maria de Almeida que, para mim, não foi somente uma orientadora dedicada e competente, mas uma amiga.

À Clínica Onco Hematos Ltda. responsável pelo ambulatório de oncologia da Fundação Beneficente Hospital Cirurgia, por ter concedido a realização da coleta de dados e a todos os seus colaboradores.

À Universidade Federal de Sergipe por possibilitar a realização deste doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, edital 005/2009 Ação Novas Fronteiras da CAPES/MEC.

## RESUMO

Gonçalves, L.L.C. **Trajetória de mulheres com câncer de mama**: dos sinais e sintomas ao tratamento. 2013. 143 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2013.

O atraso no diagnóstico e na implementação do tratamento, principalmente, entre as mulheres com câncer de mama sintomático é considerado uma importante causa da mortalidade feminina por essa doença. A falta de acesso aos serviços de saúde e às medidas de detecção precoce tem contribuído de forma significativa para a alta incidência do diagnóstico do câncer de mama em estadios avançados. Este estudo observacional de corte transversal teve como objetivo geral: analisar a trajetória de mulheres com câncer de mama na busca de atenção à saúde, desde a detecção de sinais e sintomas até o tratamento e objetivou, especificamente, identificar o sinal ou sintoma determinante na procura de assistência em saúde, os intervalos de tempo na condução dos casos de câncer de mama, as barreiras e as facilidades no acesso a serviços de saúde e verificar a associação entre atraso superior a três meses e aspectos sociodemográficos e estadios clínicos. A amostra foi composta por 100 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, com idade superior a 18 anos, residentes em Sergipe, quando detectada a alteração na mama, e que iniciaram quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante em ambulatório público de oncologia clínica, localizado em Aracaju-SE, entre 1º/08/2011 e 31/12/2012. Para a coleta dos dados, realizada no período de 1º de outubro de 2011 a 31 de dezembro de 2012, utilizaram-se o roteiro de entrevista semiestruturada e o formulário de coleta de dados em prontuário. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e paramétrica, utilizando-se o método de reamostragem de *bootstrap*. Constatou-se que a idade mínima foi de 23 anos e a máxima foi de 77 anos, sem predomínio da neoplasia em uma determinada faixa de idade, a maioria das mulheres residia fora da capital sergipana, e afirmaram viver com companheiro. A cor parda prevaleceu entre as entrevistadas, 36,0% possuíam grau de escolaridade baixa e 70,0% pertenciam às classes C, D e E. Quanto ao câncer de mama, predominou o carcinoma ductal invasivo em estadios clínicos avançados, sendo detectado pela palpação acidental do nódulo. A neoplasia foi inicialmente tratada cirurgicamente, em sua maioria, por meio da mastectomia. A primeira consulta foi, em sua maioria (51%), realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos exames de imagem que foram custeados em 65%. A atenção ao câncer de mama teve tempo mínimo de 0,33 mês e máximo de 64,5 meses, com média aproximada a dez meses. Entre as entrevistadas, 34% adiaram cuidados ao câncer de mama, 66% relataram dificuldades e 98%, facilidades no acesso à atenção em saúde à neoplasia. Concluiu-se que existe atraso total superior a três meses na atenção ao câncer de mama para a maioria das mulheres investigadas, porém sem associação com variáveis sociodemográficas e estadios clínicos. As sergipanas, em sua trajetória de atenção em saúde ao câncer de mama, encontram barreiras em todas as etapas, com destaque para a falta de informação sobre a patologia e o predomínio da lista de espera para agendamento de consultas, exames e tratamentos.

**Palavras-chave:** Neoplasias da mama. Acesso aos serviços de saúde. Diagnóstico tardio. Enfermagem.

## ABSTRACT

Gonçalves, L.L.C. **Trajectory of women with breast cancer**: from the signs and symptoms to the treatment. 2013. 143 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto-SP, 2013.

The delay in the diagnosis and implementation of treatment, mainly among women with symptomatic breast cancer, is considered an important cause of female mortality due to this disease. The lack of accessibility to health services and early detection measures has significantly contributed to the high incidence of breast cancer diagnoses in advanced stages. The general aim of this observational and cross-sectional study was to: analyze the trajectory of women with breast cancer in the search for health care, since the detection of signs and symptoms until the treatment. The specific aim was to identify the determinant sign or symptom in the search for health care, the time intervals in the conduction of breast cancer cases, the barriers and facilities in health service access; as well as to verify the association between delays of more than three months and sociodemographic aspects and clinical staging. The sample consisted of 100 women diagnosed with breast cancer, over 18 years of age, living in Sergipe when the breast alteration was detected, and who started neoadjuvant or adjuvant chemotherapy at a public clinical oncology outpatient clinic in Aracaju-SE between August 1<sup>st</sup> 2011 and December 31<sup>st</sup> 2012. To collect the data, between October 1<sup>st</sup> 2011 and December 31<sup>st</sup> 2012, a semistructured interview script was used, as well as a form to collect data from the patient histories. The data were analyzed through descriptive and parametric statistics, using the bootstrap resampling method. It was verified that the minimal age was 23 years and the maximum 77 years, without any predominance of this cancer in a given age range. Most women lived outside the state capital and affirmed living with a partner. Most interviewees were mulatto, 36.0% had a low education level and 70.0% belonged to the classes C, D and E. As to the breast cancer, invasive ductal carcinoma in advanced clinical stages was predominant, detected through accidental node palpation. Initially, the tumor was treated surgically, mostly through mastectomy. In most cases (51%), the first consultation happened in the Unified Health System (SUS), which covered the imaging exams in 65%. The minimal duration of the cancer care was 0.33 months and the maximum 64.5 months, with an average of approximately 10 months. Among the interviewees, 34% postponed the breast cancer care, 66% reported difficulties and 98% facilities in the access to health cancer for the cancer. In conclusion, the total delay in breast cancer care for most of the women investigated corresponds to more than three months, but this is not associated with sociodemographic variables and clinical staging. On their health care trajectory for breast cancer, the women from Sergipe are confronted with barriers in all phases, particularly the lack of information about the disease and the predominance of waiting lists to schedule consultations, exams and treatments.

**Key words:** Breast neoplasms. Health services accessibility. Delayed diagnosis. Nursing.

## RESUMEN

Gonçalves, L.L.C. **Trayectoria de mujeres con cáncer de mama:** de los señales y síntomas al tratamiento. 2013. 143h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2013.

El retraso en el diagnóstico y en la implementación del tratamiento, principalmente entre las mujeres con cáncer de mama sintomático, es considerado una causa importante de mortalidad femenina por esa enfermedad. La falta de acceso a los servicios de salud y a las medidas de detección precoz ha contribuido de forma significativa al alta incidencia del diagnóstico del cáncer de mama en estadios avanzados. La finalidad general de este estudio observacional de cohorte trasversal fue: analizar la trayectoria de mujeres con cáncer de mama en la búsqueda de atención a la salud, desde la detección de señales y síntomas hasta el tratamiento. La finalidad específica fue identificar el señal o síntoma determinante en la procura de atención en salud, los intervalos de tiempo en la conducción de los casos de cáncer de mama, las barreras y las facilidades en el acceso a servicios de salud y verificar la asociación entre retraso superior a tres meses y aspectos sociodemográficos y estadio clínico. La muestra fue compuesta por 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con edad superior a 18 años, residentes en Sergipe, cuando detectada la alteración en la mama, y que iniciaron quimioterapia neo-adyuvante o adyuvante en ambulatorio público de oncología clínica, localizado en Aracaju-SE, entre 1º/08/2011 y 31/12/2012. Para recolectar los datos, entre 1 de octubre del 2011 y 31 de diciembre del 2012, fueron utilizados un guión de entrevista semiestructurada y un formulario de recolecta de datos en archivo. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y paramétrica, utilizándose el método de remuestreo de *bootstrap*. Se verificó que la edad mínima fue de 23 años y la máxima de 77 años, sin predominio de la neoplasia en un determinado rango de edad. La mayoría de las mujeres vivía fuera de la capital del estado, y afirmaron vivir con compañero. El color pardo prevaleció entre las entrevistas, el 36,0% poseía grado de escolaridad bajo y el 70,0% pertenecía a las clases C, D y E. Respecto al cáncer de mama, predominó el carcinoma ductal invasivo en estadios clínicos avanzados, siendo detectado por la palpación accidental del nódulo. La neoplasia fue inicialmente tratada quirúrgicamente, en su mayoría mediante la mastectomía. La mayoría de las primeras consultas (51%) ocurrieron en el Sistema Único de Salud (SUS), que costó los exámenes de imagen en el 65%. El tiempo mínimo de la atención al cáncer de mama fue 0,33 mes y el máximo 64,5 meses, con promedio aproximado de diez meses. Entre las entrevistadas, el 34% adió cuidados al cáncer de mama, 66% relató dificultades y 98% facilidades en el acceso a la atención de salud a la neoplasia. Se concluyó que existe retraso total superior a tres meses en la atención al cáncer de mama para la mayoría de las mujeres investigadas, pero sin asociación con variables sociodemográficas y estadio clínico. Las mujeres de Sergipe, en su trayectoria de atención de salud al cáncer de mama, se enfrentan con barreras en todas las etapas, destacando la falta de información sobre la patología y el predominio de la lista de espera para marcar consultas, exámenes y tratamientos.

**Palabras-clave:** Neoplasias de la mama. Accesibilidad a los servicios de salud. Diagnóstico tardío. Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa de Sergipe ..... 39
- Figura 2** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo (meses) entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e a primeira consulta médica. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....140
- Figura 3** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo (meses) decorrido entre a primeira consulta médica e o diagnóstico da neoplasia. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 ... 140
- Figura 4** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo (meses) entre a descoberta o diagnóstico da neoplasia e o início do tratamento. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 ..... 141
- Figura 5** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo (meses) entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e o início do tratamento. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012..... 141

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Sugestões do Comitê de Juízes acatadas para o Roteiro de Entrevista.....	44
<b>Quadro 2</b> - Sugestões do Comitê de Juízes acatadas para o Formulário de Coleta de Dados em Prontuário.....	44
<b>Quadro 3</b> - Blocos de análise investigados da trajetória de mulheres com câncer de mama..	53

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo características sociodemográficas. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	56
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo os métodos diagnósticos e tratamentos utilizados. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	58
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo o estadio clínico e características do câncer de mama nas. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	61
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo sinal ou sintoma determinante na procura de assistência à saúde. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	62
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo a fonte pagadora dos procedimentos médicos realizados. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	63
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo o tempo entre descoberta dos primeiros sinais e sintomas, primeira consulta, diagnóstico de neoplasia, início do tratamento e tempo total. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	65
<b>Tabela 7</b> - Fatores associados ao atraso total maior que três meses em mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	66
<b>Tabela 8</b> - Etapas, barreiras e responsáveis do adiamento da atenção ao câncer de mama referida por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=34). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	67
<b>Tabela 9</b> - Etapas, barreiras e responsáveis na atenção ao câncer de mama referida por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=66). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	68
<b>Tabela 10</b> - Etapas, facilidades e responsáveis na atenção ao câncer de mama referidos por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=98). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	69
<b>Tabela 1.1</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo a cidade onde residiam quando descobriram os sinais e sintomas do câncer de mama. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012 .....	138
<b>Tabela 3.1</b> - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o estadio clínico. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.....	139

## LISTA DE SIGLAS

AC	Adriplastina e Ciclofosfamida
ACS	<i>American Cancer Society</i>
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BI-RADS	Breast Imaging-Reporting and Data System
COOL- HUSE	Centro de Oncologia Oswaldo Leite do Hospital de Urgência e Emergência de Sergipe
TNM	Classificação dos Tumores Malignos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCEB	Critério Brasil de Classificação Socioeconômica
EUA	Estados Unidos da América
ECM	Exame Clínico da Mama
FHBC	Fundação Beneficente Hospital Cirurgia
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
QT	Quimioterapia
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PSF	Programa de Saúde da Família
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAG	Punção por Agulha Grossa
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Docetaxel e Ciclofosfamida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU Tribunal de Contas da União

Tma Tempo máximo

USG Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos .....	21
<b>3 CÂNCER DE MAMA: o estado da arte</b> .....	<b>22</b>
3.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos .....	23
3.2 Detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação .....	24
3.3 Atrasos na atenção em saúde ao câncer de mama: estadios avançados e impacto na sobrevida .....	28
3.4 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama .....	31
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>37</b>
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Local de estudo .....	38
4.3 Aspectos éticos.....	40
4.4 População e amostra.....	41
4.5 Os instrumentos de coleta de dados .....	41
4.6 Avaliação pelo Comitê de Juízes .....	43
4.7 O teste-piloto da pesquisa.....	44
4.8 A coleta de dados .....	45
4.9 Seleção e treinamento dos coletadores.....	46
4.9.1 Treinamento dos coletadores .....	46
4.9.2 Levantamento das informações:.....	47
4.9.3 Controle de qualidade das informações.....	47
4.10 Variáveis envolvidas no estudo .....	48
4.10.1 Variáveis dependentes .....	48
4.10.2 Variáveis independentes .....	50
4.11 Planejamento e análise dos dados .....	52
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>54</b>
5.1 Aspectos demográficos.....	55
5.2 Métodos diagnósticos e de tratamento utilizados para o câncer de mama .....	57

5.3 Características do câncer de mama .....	60
5.4 Sinais e/ou sintomas determinantes na procura de assistência à saúde .....	62
5.5 Fonte pagadora dos procedimentos médicos .....	63
5.6 Atraso na atenção ao câncer de mama .....	64
5.7 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama .....	67
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
6.1 Aspectos demográficos.....	71
6.2 Métodos diagnósticos e de tratamento utilizados para o câncer de mama.....	74
6.3 Características do câncer de mama .....	77
6.4 Sinais e/ou sintomas determinantes na procura de assistência à saúde .....	79
6.5 Fonte pagadora dos procedimentos médicos .....	79
6.6 Atraso na atenção ao câncer de mama .....	80
6.7 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama .....	85
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>90</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>143</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

---

---

Atualmente, o câncer de mama é considerado um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como o Brasil, e em países desenvolvidos da Europa Ocidental e Estados Unidos da América. Esta realidade tem como causa a dificuldade de eliminar a exposição da mulher à maioria dos fatores de risco ou de diagnosticar precocemente e tratar lesões precursoras. A principal consequência desse contexto é o aumento significativo do número de casos novos e mortes decorrentes da neoplasia mamária (GEBRIM; QUADROS, 2006).

Por ano, em torno de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama, o que torna esta neoplasia a mais temida pelas mulheres. O temor está geralmente associado ao aumento do número de casos detectados na população feminina, com a morte, aos efeitos psicológicos resultantes do diagnóstico, às consequências do tratamento cirúrgico e aos eventos adversos dos tratamentos adjuvantes, os quais geram impacto na percepção da autoimagem, no exercício da sexualidade e nas relações interpessoais de ordem familiar e social (BRASIL, 2007; CONCEIÇÃO; LOPES, 2008; JESUS; LOPES, 2003; SANTOS; GONÇALVES, 2006).

Para o ano de 2013, a *American Cancer Society* (ACS) estimou 232.340 novos casos de câncer de mama invasivo em mulheres e, aproximadamente, 39.620 mortes por câncer de mama entre as mulheres norte-americanas. Em países como USA e União Europeia, tem-se observado uma redução na taxa de mortalidade, mas paralelamente mantém-se o número de mulheres diagnosticadas tardiamente com esta neoplasia (ACS, 2013; GEBRIM; QUADROS, 2006).

De forma semelhante aos países desenvolvidos, também no Brasil, é significativo o número de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em estádios avançados (III e IV), contribuindo para a manutenção elevada das taxas de mortalidade. No ano de 2010, 12.705 mulheres tiveram como causa de morte a neoplasia mamária. A média de sobrevivência de cinco anos na população mundial ocorre em 61% dos casos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013a).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou a ocorrência de 52.680 casos novos de câncer de mama, para os anos de 2012 e 2013, no Brasil. Para a região Nordeste, a estimativa é de 8.970 casos novos, destes, estima-se que 370 casos novos ocorram no Estado de Sergipe (BRASIL, 2012a).

Para muitos estudiosos, atualmente o grande desafio no controle do câncer de mama é a oferta de uma assistência eficaz, resolutiva e contínua a mulheres com lesões palpáveis ou câncer de mama sintomático e a ampliação do acesso às medidas de detecção precoce, destacando o rastreamento mamográfico (BAIRATI et al., 2006; COATES, 1999;

GEBRIM;QUADROS, 2006; OLIVOTTO et al., 2002; RAMIREZ et al., 1999; REZENDE et al., 2008; RICHARDS et al., 1999; THULER; MENDONÇA, 2005; TRUFELLI et al., 2008).

Outro aspecto que demanda atenção é o atraso no diagnóstico e na implementação do tratamento, principalmente, entre as mulheres com câncer de mama sintomático, considerado uma importante causa da mortalidade feminina por essa doença. A falta de acesso aos serviços de saúde e as medidas de detecção precoce têm contribuído de forma significativa para a alta incidência do diagnóstico do câncer de mama em estadios avançados (GEBRIM; QUADROS, 2006; OLIVOTTO et al., 1999; RAMIREZ et al., 1999; REZENDE et al., 2008; RICHARDS et al., 1999; THULER; MENDONÇA, 2005; TRUFELLI et al., 2008).

Os longos intervalos de tempo na condução de casos de câncer de mama, denominado por alguns autores como atraso, têm como principal consequência a redução da sobrevida das mulheres. Os estudos acerca dos atrasos na condução dos casos de câncer de mama mostram que eles são de responsabilidade das mulheres, mas também do sistema de saúde ( BARIATI et al., 2006; CAPLAN; HELZLSOUER, 1993; RICHARDS et al., 1999; SHARMA et al., 2012).

Entre os fatores que podem interferir na detecção precoce e na condução dos casos de câncer de mama encontram-se os eventos que dificultam ou facilitam o acesso à atenção em saúde. A existência de barreiras geográficas, econômicas, funcionais, de informação, legais ou de gênero pode diminuir a busca por serviços de saúde e, conseqüentemente, contribui para pior prognóstico, redução de taxa de sobrevida, menor eficácia da terapêutica e maiores gastos para o sistema de saúde, devido ao diagnóstico tardio (AHMED et al., 2009; ANSELL et al., 2009; BAIRATI et al., 2006; ; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; SHARMA et al., 2012; TEJEDA et al., 2009; WU, HSIEH, WEST, 2008).

O atraso e o acesso à atenção em saúde ao câncer de mama vêm sendo estudados em países ocidentais, da Ásia e da África, para entender esses fenômenos e possibilitar melhor resolubilidade dos serviços e sistemas de saúde na detecção precoce e nos cuidados à neoplasia. Entretanto, no Brasil, o atraso na atenção ao câncer de mama e as barreiras ou facilidades que interferem no acesso a serviços de saúde ainda não foram elucidados ( AHMED et al., 2009; ANDERSON et al., 2006; ANGUS et al., 2007; ANSELL et al., 2009; AZAIZA et al., 2010; BAIRATI et al., 2007; BAIRATI et al., 2006; BAÑUELOS-BARRERA; BAÑUELOS-BARRERA; ESQUIVEL-RODRÍGUEZ; MORENO-ÁVILA, 2007; CRISPO et al., 2009; DE CHARRY; CARRASQUILLA; ROCA, 2009 DOWNING et al., 2007; EZEOME, 2010; GOREY, 2009a; KLASSEN; SMITH, 2011; KOBETZ et al., 2010; LIAN; JEFFE; SCHOOTMAN, 2008; MALY et al., 2011; MESQUITA-MELO et al.,

2007; MOJICA et al., 2007; NIGENDA;CABALLERO;GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; NORSADAHA et al., 2011; PIÑEROS et al., 2009; RASU et al., 2011; SHARMA et al.,2012; TEJEDA et al., 2009; UKWENYA et al., 2008; WANG et al., 2012; WIESNER, 2007; WRIGHT et al., 2010; WU; HSIEH; WEST, 2008; TORRES-ARREOLA; VLADISLAVOVNA-DOUBOVA, 2007; YAU et al., 2010)

A literatura científica nacional sobre a temática em questão conta apenas com quatro estudos, desenvolvidos na região Sudeste, ratificando a escassez de conhecimento. A compreensão do atraso, seus fatores e suas consequências na atenção ao câncer de mama, a partir dos estudos realizados por Trufelli et al. (2007), Trufelli et al., (2008), Rezende et al. (2009) e Soares et al. (2012) é limitada, devido à ausência de padronização das variáveis estudadas e à forma de apresentação dos resultados. Além disso, os estudos nacionais não analisaram os fatores que intervêm no acesso à atenção em saúde e tampouco verificaram a existência de associação com o atraso. Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo justifica-se pela lacuna no conhecimento sobre a temática, principalmente, nas regiões carentes do país.

O presente estudo tem grande relevância, considerando que está de acordo com as prioridades do Sistema Único de Saúde, do Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Atenção Oncológica.

O conhecimento dessas informações é de extrema relevância para que gestores, instituições e profissionais de saúde atentem para o contexto do câncer de mama e da saúde da mulher no Brasil de forma que as estratégias de prevenção secundária e as assistenciais existentes sejam reforçadas e novas sejam implementadas, considerando o custo benefício, baseado em evidências.

É importante destacar que os resultados serão relevantes para a enfermagem, diante do significativo papel que esta profissão vem exercendo junto à implementação e consolidação de políticas públicas nacionais de saúde e programas de rastreamento. O enfermeiro é um profissional que tem papel fundamental na atenção à saúde, devendo estar ciente das ações para refletir o seu papel e sua atuação na consolidação das estratégias do controle do câncer de mama.

É de extrema importância que a enfermagem pesquise, estude e reflita sobre a temática em questão, pois enfermeiros (as) participam das ações de atenção à saúde, voltadas à mulher nos serviços de atenção básica, de média ou alta complexidade.

## **2 OBJETIVOS**

---

---

## 2.1 Objetivo Geral

- Analisar a trajetória de mulheres com câncer de mama na busca de atenção à saúde, desde a detecção de sinais e sintomas até o tratamento.

## 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o sinal ou sintoma determinante na procura de assistência em saúde;
- Identificar os intervalos de tempo na condução dos casos de câncer de mama dessas mulheres, desde os sinais e sintomas até o diagnóstico e o início do tratamento;
- Identificar as barreiras e as facilidades no acesso a serviços de saúde, desde a identificação de sinais e sintomas até o início do tratamento.
- Verificar associação entre atraso superior a três meses e aspectos sociodemográficos e estadió clínico.

### **3 CÂNCER DE MAMA: o estado da arte**

---

---

### **3.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos**

O câncer de mama é uma neoplasia que acomete as estruturas mamárias, dentre estas a mais frequente corresponde aos ductos mamários, com possibilidade de comprometer a rede linfática proximal e causar consequentes metástases a distância. Atualmente, é considerado uma neoplasia curável desde que seu diagnóstico aconteça precocemente, apesar de ser tratado como uma patologia sistêmica.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2012), o câncer foi mundialmente responsável, em 2008, por 7,6 milhões de mortes de um total de 58,5 milhões. Dentre os principais tipos citados, 458 mil mortes tiveram como causa o câncer de mama. Apesar de se saber que um terço dos casos de câncer ocorridos anualmente é prevenível, para o ano de 2030 é estimado mais de 13,1 milhões de mortes, destas, aproximadamente, 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, ou seja, de baixa e média renda.

Em 2002, Parkin et al. (2005) consideraram o câncer de mama como o mais prevalente mundialmente, além de ser o mais frequente e a principal causa de morte por neoplasia entre as mulheres. Esta neoplasia tem sido uma das principais causas de morte entre as mulheres nos países ocidentais, e a sua frequência tem se elevado tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a neoplasia mamária é a mais incidente, excluindo o câncer de pele não melanoma, na população feminina na maioria das regiões do país exceto na região Norte, onde esta neoplasia ocupa o segundo lugar, perdendo para o câncer de colo de útero. Para a região Nordeste, foram estimados 32 casos novos a cada 100.000 mulheres. Estes dados ratificam o fato de o câncer de mama ser o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Para Sergipe, foram estimados 370 casos novos, dos quais 180 para Aracaju (BRASIL, 2012a).

Boing, Vargas e Boing (2007) observaram que o câncer com maior taxa de mortalidade no sexo feminino foi o de mama com 10,44 mortes por 100.000 mulheres, no período de 2002 a 2004 no Brasil, mantendo este perfil em todas as regiões. Além deste aspecto, o câncer de mama ao lado do câncer de colo de útero foram os que mais demandaram internações, apesar de serem neoplasias com caráter preventivo primário e secundário, respectivamente, por meio de estratégias disponibilizadas na atenção básica à saúde e nos serviços de média complexidade.

Dentre os fatores de risco para desenvolvimento da neoplasia mamária, destacam-se a idade acima dos 50 anos, a história familiar, especialmente em parentes de primeiro grau acometidos antes dos 50 anos, a história clínica anterior de câncer de mama, as alterações benignas da mama, exposição a radiações ionizantes antes dos 35 anos, ingestão regular de álcool, obesidade e aspectos relacionados à vida reprodutiva da mulher como menarca precoce, a nuliparidade, a idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos e a menopausa tardia. Quanto aos efeitos do uso prolongado dos métodos contraceptivos orais, ainda não existe consenso (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013a).

Apesar da identificação de fatores de risco, sejam estes ambientais ou comportamentais, não existem evidências suficientes para a implementação de estratégias práticas e específicas de prevenção primária aplicáveis à população contra o câncer de mama. A prevenção primária desse tipo de neoplasia ainda não é completamente possível devido à grande variedade dos fatores de risco e às características genéticas envolvidas na sua etiologia (BRASIL, 2013b).

De acordo com Thuler (2003, p. 231-232),

... o conhecimento científico acumulado até o presente indica que menos de 50% dos casos de câncer de mama podem ser explicados pelos principais fatores de risco descritos. Infelizmente, há pouco que se possa fazer para evitar a exposição à maioria destes fatores.

Entretanto, a identificação de fatores de risco associados ao câncer de mama, em diferentes grupos populacionais, permite não somente aumentar o conhecimento sobre a epidemiologia dessa neoplasia, como também identificar mulheres que poderiam se beneficiar com o rastreamento diferenciado e que deverão ser examinadas com maior cuidado e regularidade (GONÇALVES et al., 2007).

### **3.2 Detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação**

Diante do fato de o controle para tal neoplasia estar fundamentado nas ações de detecção precoce, no Brasil, o Ministério da Saúde com o INCA recomendam para o rastreamento do câncer de mama a realização anual do exame clínico das mamas, em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, devendo este ser realizado em todas as consultas

independente da faixa etária, mamografia bianual em mulheres com idade entre 50 e 69 anos e exame clínico da mama associado à mamografia anual, em mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos (BRASIL, 2004a).

A prática do exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental para a detecção precoce do câncer de mama e diagnóstico. Deve ser realizado por profissional treinado durante o exame ginecológico, constituindo base para a solicitação dos exames complementares. A execução do ECM deve contemplar a inspeção estática e dinâmica, a palpação das axilas e palpação da mama com a mulher em decúbito dorsal, a fim de identificar anormalidades, principalmente, as sugestivas de malignidade (BRASIL, 2004a).

Apesar de o ECM ser parte da consulta à mulher, na atenção básica à saúde, por diversos motivos os profissionais negligenciam a sua execução ou quando o fazem é de forma incompleta. Em estudo realizado por Gonçalves et al. (2009), nas unidades básicas da 8ª região de Aracaju, foi constatado que, dos 15 enfermeiros que participaram do estudo, apenas seis realizavam o exame clínico das mamas das mulheres atendidas, e a realização do ECM ocorreu em apenas 40% (60) das consultas observadas, o que foi considerado um achado insatisfatório.

A mamografia compressiva bilateral é o método mais confiável e eficaz, para a detecção de lesões subclínicas do carcinoma mamário, sendo específico em 30 a 40%. O exame mamográfico pode confirmar até 83% dos casos de câncer de mama, tendo um desempenho superior ao exame clínico das mamas, o qual se realizado adequadamente pode detectar cerca de 70% de alterações mamárias. Logo, a associação desses métodos aumenta a acurácia no diagnóstico (GODINHO; KOCH, 2004; GONÇALVES et al., 2009; MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

A sensibilidade da mamografia varia de 46% a 88% e depende de alguns fatores como o tamanho e a localização da lesão, a densidade do tecido mamário, a qualidade dos recursos técnicos e a habilidade de interpretação do radiologista. Já a sua especificidade pode variar entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (BRASIL, 2011c).

No Brasil, apesar do número de mamógrafos existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) ser maior do que o necessário para cobrir toda a população brasileira, ainda é desconhecida a cobertura mamográfica em mulheres com idade entre 50-69 anos. Estima-se que, em 2010, 4,78% da população-alvo tenha realizado rastreamento mamográfico pelo SUS. A concentração de mamógrafos em algumas regiões e a baixa produtividade são aspectos que dificultam a plena oferta do exame. No Norte e no Nordeste do país, mais de 20% dos mamógrafos não estão em uso (LEE et al., 2012).

Rezende et al. (2009) destacam que, entre os anos de 2005 e 2007, o SUS realizou por ano em média 2,6 milhões de mamografias, o que corresponde a 11% da população feminina com idade entre 40 e 69 anos, mesmo sendo este sistema responsável pela assistência médica de 70% da população brasileira.

Em Campinas, Amorim et al. (2008) verificaram que, entre as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, apenas 38,2% tinham realizado o ECM em 2000 ou em 2001, e 50,8% não tinham realizado a mamografia em 2000. Outro achado relevante destes pesquisadores foi que somente 28,8% das mamografias realizadas foram financiadas pelo SUS, e apenas 38,2% dos exames clínicos da mama foram realizados em serviços do SUS.

Além desses dados, os autores anteriormente citados também identificaram a existência de desigualdade de acesso às medidas de detecção precoce do câncer de mama entre as mulheres que residiam em Campinas, possuíam menor nível socioeconômico e referiram ser de cor preta ou parda (AMORIM et al., 2008).

Associado a esse contexto, no tocante à mamografia como medida de rastreamento, no Brasil, em 2010, a maioria das neoplasias mamárias foi diagnosticada em estágios avançados (III e IV). Este fato pode estar relacionado à falta de estrutura da rede de saúde de média complexidade que realiza os exames diagnósticos e de preparo dos profissionais da atenção primária para detectar precocemente os casos de câncer e encaminhá-los adequadamente (BRASIL, 2011b).

Outro método de diagnóstico para as lesões palpáveis é a ultrassonografia (USG) que deve ser utilizada preferencialmente para avaliação de lesões em mulheres com menos de 35 anos. A ultrassonografia também pode ser realizada em associação à mamografia quando esta revelar nódulos sem expressão, devido à alta densidade da mama, nódulos similares a cisto ou com densidade assimétrica (BRASIL, 2004a).

Apesar de o Ministério da Saúde em parceria com o INCA e entidades não governamentais relacionadas ao controle do câncer de mama somarem esforços para a sensibilização de governos estaduais e municipais, profissionais de saúde e a população quanto às medidas de detecção precoce para o câncer de mama, as taxas de mortalidade por esta neoplasia continuam elevadas, devido ao diagnóstico em estágios avançados (III e IV).

Têm-se, como exemplo desses esforços, políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como o Programa Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama em 2002, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, envolvendo dentre os seus objetivos estratégias para o controle do câncer de mama, além da meta definida no Pacto pela Saúde de 2010 que propõe ampliação da oferta

de mamografia, objetivando alcançar uma cobertura de 60% da população-alvo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

Também, foram sancionadas leis, como a de nº 11.664, de 29 de abril de 2008, e a de nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. A primeira 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. Merece destaque, nesta lei, o inciso III do Artigo 2º que determina a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 (quarenta) anos de idade. Com esta medida, o Brasil adota a recomendação da *American Cancer Society* que orienta a mamografia e o exame clínico das mamas para todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2008, REZENDE et al., 2009).

Já a segunda lei, que tem como objetivo melhorar o acesso ao tratamento para o câncer, foi sancionada pela presidenta Dilma Rousseff e estabelece em seu Art. 2º o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do diagnóstico em laudo patológico, para o início do primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em paciente com neoplasia maligna. A referida lei entrou em vigor em 23 de maio de 2013 e conta com a implantação do Sistema de Informação do Câncer (Siscan) até agosto de 2013, para organizar a gestão dos serviços oncológicos dos Estados e municípios da federação (BRASIL, 2012b).

Em conjunto com as medidas de rastreamento para o câncer de mama, exames citológicos de materiais obtidos por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou histológicos de tecidos derivados da punção por agulha grossa (PAG ou Core biopsy) e biópsia cirúrgica convencional são utilizados para a confirmação da suspeita diagnóstica (BRASIL, 2004a).

Esses métodos podem ser aplicados para a confirmação diagnóstica de lesões palpáveis e não palpáveis para o câncer de mama. Para as lesões palpáveis, tem-se a utilização da PAAF e da PAG, caracterizadas como procedimentos ambulatoriais de baixo custo e de fácil execução, e da biópsia convencional (BRASIL, 2004a).

Em casos de lesões não palpáveis, os métodos eleitos são PAG, mamotomia ou biópsia cirúrgica, os quais são indicados, de acordo com a categoria BI-RADS apresentada no laudo da mamografia (BRASIL, 2004a).

Subsequente à confirmação diagnóstica, são realizados exames de imagem e anatomopatológico para o estadiamento clínico e patológico da doença (BRASIL, 2004a; TRUFELLI et al., 2008).

O estadiamento do câncer de mama está fundamentado na classificação dos tumores malignos (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Esta classificação avalia as características do tumor primário quanto ao tamanho, comprometimento de linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e a presença ou ausência de metástases a distância. A determinação do estadiamento é um fator relevante para a implementação da terapêutica, pois a partir deste tem-se o conhecimento do prognóstico da paciente (BRASIL, 2004a; TRUFELLI et al., 2008).

A determinação da terapêutica depende de vários fatores como tipo do câncer, tamanho do tumor, grau de diferenciação, dosagem de receptores hormonais, idade, *status* menstrual, estado geral da pessoa e estadiamento e pode incluir várias modalidades (STROHL, 1997; CAMARGO; SOUZA, 1998; SILVA; ZURRIDA, 2000; BRASIL, 2004a).

O tratamento locorregional consiste em cirurgia que pode ser conservadora da mama ou mastectomia radical ou modificada e radioterapia. A quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante e a hormonioterapia e a utilização de anticorpos monoclonais, como o trastuzumab e o bevacizumab, compõem o tratamento sistêmico (BRASIL, 2004a; NCCN, 2011).

O tratamento deve ser realizado por equipe multidisciplinar, a fim de promover uma assistência integral à mulher e melhor qualidade de vida, durante e após a terapêutica (BRASIL, 2004a).

Também, fazem parte do tratamento para câncer de mama a reabilitação funcional e o suporte psicológico. Ambos são de extrema importância na prevenção de sequelas cirúrgicas, para a readequação social da mulher e enfrentamento do diagnóstico e das transformações corporais decorrentes da cirurgia e da quimioterapia (BRASIL, 2004a).

### **3.3 Atrasos na atenção em saúde ao câncer de mama: estádios avançados e impacto na sobrevida**

As maiores taxas de mortalidade por câncer de mama encontram-se nos países em desenvolvimento, e a redução alcançada ainda não pode ser comparada com a dos países desenvolvidos. A manutenção das taxas de mortalidade elevada nos países de baixa e média renda tem como principais fatores a falta de acesso à atenção médica precoce e a detecção da

neoplasia em estágios mais avançados do que nos países de alta renda (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

Diagnóstico tardio é comumente justificado por aspectos relacionados à população, à falta de informação e à cobertura deficiente dos programas de rastreamento. No entanto, nos países em desenvolvimento, a investigação sobre as causas ou razões no atraso na atenção ao câncer de mama ainda não são suficientes para elucidar essa questão (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

O primeiro estudo sobre câncer de mama que definiu e classificou atraso na atenção em saúde a essa neoplasia foi desenvolvido por Pack e Gallo, em 1938. Esses autores, de forma arbitrária, classificaram o atraso em duas etapas: atraso do paciente e atraso do serviço de saúde. O atraso do paciente foi definido como período de tempo igual ou superior a três meses entre a descoberta dos sintomas e a visita a um médico. Já o atraso do serviço de saúde foi definido como tempo superior a um mês entre a primeira consulta médica e o início do tratamento definitivo (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

Richards et al.(1999), em revisão sistemática com meta-análise, concluíram que existe forte evidência entre atraso na atenção em saúde nos casos de câncer de mama sintomático e menor sobrevida. Afirmam ainda que a sobrevida é maior nas mulheres com atrasos de menos de três meses comparadas àquelas com atraso de três a seis meses. Sendo assim, o atraso total na atenção ao câncer de mama pode ser definido como tempo superior a três meses entre a descoberta dos sinais e/ou sintomas pela mulher e o início do tratamento (RICHARDS et al.,1999; SHARMA et al., 2012; UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

O atraso na atenção ao câncer de mama pode ser dividido em três fases. A primeira fase compreende o intervalo de tempo entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e a primeira consulta médica. A segunda fase consiste no tempo decorrido entre a primeira consulta médica e acesso ao centro de referência especializado. A terceira fase é determinada pelo tempo decorrido entre a primeira consulta na referência e início do tratamento. O diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir a mortalidade por esta neoplasia (COATES, 1999).

Vários estudos apontam o atraso na investigação das lesões suspeitas como um dos principais aspectos que compromete, sobremaneira, o prognóstico e a sobrevida das pacientes com câncer de mama avançado. Pois, quanto mais avançado o estadiamento menor é a sobrevida e a qualidade de vida da paciente. Além disso, o atraso de seis a 12 meses no diagnóstico do câncer de mama assintomático pode favorecer a progressão da doença pelo aumento do risco de ocorrência de metástases linfáticas e aumento do diâmetro do tumor (

DEFINO et al., 2001; LEE et al., 2012; OLIVOTTO et al., 2002; RICHARDS et al., 1999; UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

No Brasil, parte dos casos novos de câncer de mama é diagnosticada em estádios avançados, pois, na maioria das vezes, a detecção do nódulo ocorre por meio da palpação acidental. Corroborando esta afirmativa, Thuler e Mendonça (2005), em estudo realizado com o objetivo de conhecer a extensão clínica do câncer de mama no momento do diagnóstico, em mulheres atendidas nos hospitais brasileiros que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde, observaram que, no período de 1990 a 1994, 52,5% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados em estádios avançados (III e IV).

O estudo Amazona, desenvolvido pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre Câncer de Mama no ano de 2008, por meio de levantamento de prontuários de 4.912 mulheres dos anos de 2001 e 2006, identificou que o número de casos de câncer de mama avançado é maior na rede pública do que na rede privada no Brasil. Nas instituições públicas, foi significativo o número de mulheres com diagnóstico em estádios III e IV (37%), em contrapartida apenas 16,2% em instituições privadas (LEE et al., 2012). A causa deste fenômeno vem sendo atribuída, principalmente, ao retardo no diagnóstico e na instituição terapêutica.

Trufelli et al. (2008) afirmam que, nas diversas regiões do Brasil, o acesso e os intervalos de tempo entre o diagnóstico e o tratamento da neoplasia mamária diferem e sofrem influência de fatores geográficos e socioeconômicos. No estudo transversal, realizado por Trufelli et al. (2007), em Santo André, por meio da aplicação de questionário a 91 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, foi observado que o atraso no diagnóstico do câncer de mama esteve relacionado, principalmente, ao longo tempo decorrido entre a identificação de sinais e sintomas e a procura por serviços de saúde pela mulher, além da demora entre a primeira consulta e a realização da biópsia, com média de dois meses.

De maneira semelhante, Trufelli et al. (2008) observaram que o maior intervalo de tempo no diagnóstico do câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita, com média de 72 dias. Esses autores, também, chamam atenção para o intervalo, com média de 189 dias, entre a mamografia e o início da terapia sistêmica, pois nesse período potenciais podem se desenvolver, tornando a doença metastática e sem possibilidade de cura.

Já Rezende et al. (2009) identificaram, como o período de maior atraso, o intervalo de tempo decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico com média de 6,5 meses em 50% das mulheres que fizeram parte do estudo. Este aspecto confirma que a responsabilidade no

atraso do diagnóstico, na maior parte dos casos, pode ser atribuída à morosidade dos serviços de saúde (REZENDE et al., 2009).

Esse contexto é justificado por autores brasileiros pelo fato de o programa nacional para a detecção precoce e controle do câncer de mama ainda não ter sido completamente implementado em todos os Estados da federação, contribuindo para o alto índice de casos avançados. A situação é confirmada pela escassez e má distribuição de centros de referência, associada ao atendimento deficiente da atenção básica. Logo, o atraso no diagnóstico e na implementação do tratamento, principalmente, entre as mulheres com câncer de mama sintomático, é considerado como a principal causa da alta mortalidade feminina por esta neoplasia. Como consequência, tem-se o maior custo para o tratamento dos casos avançados com chances de cura inferior a 30% (COATES, 1999; GEBRIM; QUADROS, 2006; OLIVOTTO et al., 2002; RAMIREZ et al., 1999; REZENDE et al., 2009; RICHARDS et al., 1999; TRUFELLI et al., 2008; THULER; MENDONÇA, 2005).

A experiência pioneira de um plano estratégico para a redução da mortalidade por câncer de mama, realizado em São Paulo com a implantação do Centro de Alta Resolutividade em Mastologia, no Hospital Pérola Byington, por meio da Secretaria Estadual de Saúde com a cooperação do Centro de Referência da Mulher e a Fundação Oncocentro, constitui-se num exemplo a ser seguido nacionalmente. A resolutividade diagnóstica e o tratamento ágil das mulheres com alterações clínicas mostraram, dentre os principais resultados, o aumento de 41 para 65% da proporção de mulheres com tumores em estádios clínicos I e II e a redução de 55% para 34% da proporção de casos avançados (estádios III e IV) (GEBRIM; QUADROS, 2006).

### **3.4 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama**

A melhora no acesso e na resolutividade da atenção pelo sistema de saúde é aspecto relevante para a redução do atraso na condução de casos de câncer de mama, do diagnóstico em estádios avançados e, conseqüentemente, da mortalidade. Para tanto, é necessário considerar financiamento adequado, educação, empoderamento da comunidade e organização dos serviços na elaboração e aplicação de políticas públicas de saúde que almejem melhorar o acesso ou a acessibilidade, principalmente, no que tange à detecção precoce do câncer de mama, pois esta está atrelada ao acesso a serviços de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009;).

Apesar de o conceito de acesso a serviços de saúde ser considerado complexo, por vezes, impreciso, pouco claro, variável entre autores e mutável ao longo de tempo e de acordo com o contexto, é um tema bastante estudado. Além disso, também é variável em sua terminologia, empregando-se o termo acessibilidade ou acesso, que por vezes é associada à qualidade, à entrada no serviço ou à facilidade de obter cuidados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ter acesso a algo ou a alguma coisa demanda o reconhecimento de que isso não pertence ao indivíduo e que se encontra fora dele. E por tanto, para ser acessível é preciso que seja desejado, buscado e alcançado (FRENK; WHITE, 1992).

Na lógica atual do Sistema Único de Saúde, a acessibilidade é um aspecto estruturante, devendo estar presente nos níveis de atenção à saúde, permitindo que as pessoas cheguem aos serviços que necessitam e tenham assistência continuada quando for preciso (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade envolve a capacidade de um sistema ou programa de saúde de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, indo além da disponibilidade de recursos e considerando os aspectos que facilitam ou limitam o uso dos serviços pelos usuários (DONABEDIAN, 1973).

Por ser amplo e divergente o uso dos termos acesso e acessibilidade, Aday e Andersen (1974) consideram esses termos como sinônimos, definindo como grau de ajuste entre os aspectos de oferta e disponibilidade de recursos de saúde e as características da população, na busca e na obtenção de atenção à saúde. Ou seja, a acessibilidade envolve a relação existente entre as necessidades e anseios da população quanto às ações de saúde e à oferta de recursos para satisfazê-las (FEKETE, 1992).

Ainda quanto ao conceito de acessibilidade, Fekete (1992) define, de forma ampliada, como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Desta forma, o significado de acessibilidade se limita ao processo de buscar e receber assistência à saúde.

A partir desse enfoque, é possível identificar os fatores que facilitam ou dificultam a busca e a obtenção desta atenção. E pode ser considerado como um instrumento capaz de orientar quais etapas do processo de aquisição de atenção em saúde necessitam de intervenção. Os fatores envolvidos na busca e obtenção de atenção em saúde podem ser de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

Os fatores geográficos envolvem aspectos relacionados à distância, aos meios de transporte a serem utilizados e ao tempo para obter o cuidado (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

Os aspectos organizacionais são aqueles que se originam na forma como os recursos para atenção em saúde estão organizados e compreendem as características e recursos que facilitam ou impedem as pessoas de receberem os cuidados de saúde. Dentre estes, como barreiras, podem-se citar o horário de funcionamento dos serviços, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas, o tempo médio gasto na sala de espera, o tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta e para fazer exames laboratoriais (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

As barreiras socioculturais são aquelas que envolvem percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outras. É importante considerar que dificuldades com linguagem, questões de gênero, as acomodações e a aceitabilidade das diferenças culturais e sociais por parte da equipe de saúde podem interferir na acessibilidade, assim como, a percepção que o indivíduo tem sobre a patologia, tratamentos, conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos de saúde (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

Apesar de a Constituição brasileira garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde, existem barreiras econômicas que dificultam o acesso à atenção à saúde, como a oferta insuficiente de ações e serviços. As consequências desta situação são o consumo de tempo e energia, absenteísmo no trabalho, perdas financeiras por licença médica e gastos com o tratamento, durante a busca e a aquisição de cuidado de saúde (FEKETE, 1992).

Assim como a acessibilidade a serviços de saúde é tema de estudo de vários pesquisadores, o acesso à atenção em saúde para detecção precoce, o diagnóstico e o tratamento do câncer mama, também, vêm sendo discutidos por alguns estudiosos (AHMED et al., 2009; ANSELL et al., 2009; AZAIZA et al., 2010; BAIRATI et al., 2006; DE CHARRY; CARRASQUILLA; ROCA, 2009; KOBETZ et al., 2010; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; TEJEDA et al., 2009, WU; HSIEH; WEST, 2008; ). Dentre os aspectos abordados nesses estudos, aqueles relacionados às barreiras ou que facilitam o acesso aos cuidados em saúde para o câncer de mama são bastante debatidos.

Em se tratando das barreiras, estudos realizados em outros países apontam diversos exemplos que dificultam o acesso para detecção precoce do câncer de mama e tratamento, sejam esses sociodemográficos, do sistema de saúde, culturais ou psicológicos. Aspectos como idade, classe social, profissão, modalidade de seguro-saúde, nível educacional e econômico, falta de informação, crenças e tabus em torno da doença, falta de disponibilidade de serviços de saúde, longo tempo de espera para consulta ou diagnóstico, deslocamento para

outra cidade, gasto com medicamentos, medo de sofrer, da morte, de abandonar a família e os filhos, de não ser mais desejável, sentimentos de angústia e impotência podem fazer com que a mulher adie a busca por cuidados (AHMED et al., 2009; ALCARAZ et al., 2002; ANDERSON et al., 2006; ANGUS et al., 2007; ANSELL et al., 2009; AZAIZA et al., 2010; BAIRATI et al., 2006; BAÑUELOS-BARRERA; BAÑUELOS-BARRERA; ESQUIVEL-RODRÍGUEZ; MORENO-ÁVILA, 2007; DE CHARRY; CARRASQUILLA; ROCA, 2009; KOBETZ et al., 2010; MESQUITA-MELO et al., 2007; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; NORSA'ADAH et al., 2012; ORTEGA, 2003; SHARMA et al., 2012; TEJEDA et al., 2009; TORRES-ARREOLA; VLADISLAVOVNA-DOUBOVA, 2007; WIESNER, 2007; WU; HSIEH; WEST, 2008).

Sharma et al. (2012), por meio de revisão sistemática desenvolvida com 13 estudos realizados em países em desenvolvimento, tendo como um dos objetivos examinar variáveis pessoais, socioculturais e econômicas que poderiam gerar o atraso da paciente, identificaram como barreira mais importante e comum no atraso da paciente, a pobreza. Essa pobreza, é caracterizada pela baixa renda, menor nível de escolaridade, residência rural e falta de acesso a serviços de saúde. A população feminina dos países em desenvolvimento enfrenta problemas, significativamente, onerosos na busca por cuidado ao câncer de mama, dentre estes, o distanciamento do lar, dos familiares e da rotina de trabalho, associados ao elevado custo dos exames diagnósticos e do tratamento.

Em estudo realizado por Nigenda, Caballero e González-Robledo (2009), a falta de acesso aos métodos diagnósticos e de capacitação dos médicos foi identificada como barreiras na detecção precoce e tratamento adequado do câncer de mama. Associado a esses, as mulheres apontaram as tarefas domésticas, os cuidados com os filhos, o temor da morte e o custo do tratamento.

Para as autoras, a informação adequada, oportuna e eficaz deve ser uma das estratégias a ser considerada nas políticas de saúde e programas voltados ao câncer de mama. A falta de informação correta gera dúvidas, mitos, medos e, possivelmente, leva à detecção tardia. Mas, também, é necessário maior interesse e preparação dos serviços e profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da neoplasia mamária (NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009).

Em estudo que objetivava avaliar a equidade de acesso ao tratamento do câncer de mama na Colômbia, De Charry, Carrasquilla, Roca-Garavit (2009) identificaram como principal barreira, ao uso de intervenções terapêuticas, a necessidade de deslocamento para outra cidade (25,3%).

Bairati et al. (2006), também, desenvolveram estudo qualitativo em Quebec, no Canadá, com o objetivo de identificar, na percepção de mulheres acometidas pela neoplasia, os eventos que dificultavam e facilitavam a continuidade da atenção ao câncer de mama, bem como o papel das organizações, dos profissionais de saúde e das pacientes nestes eventos.

No referido estudo, as barreiras mais citadas e vivenciadas pelas pacientes foram de ordem organizacional, referentes à dificuldade no agendamento de consulta no período de investigação e início do tratamento, justificada pela existência de lista de espera nas instituições e laboratórios de diagnóstico. Por outro lado, as facilidades encontradas estavam relacionadas ao comportamento proativo dos médicos para o agendamento de consulta com especialistas, durante a investigação diagnóstica e cirurgia (BAIRATI et al., 2006).

Unger-Saldaña e Infante-Castañeda (2009), em revisão sistemática sobre o atraso na atenção médica ao câncer de mama, identificaram que o atraso pode ser influenciado por fatores relacionados ao paciente ou ao serviço de saúde.

Dentre os estudos que abordavam fatores sobre o atraso relacionado à paciente, parece ser consensual a influência de não apresentar sinais e/ou sintomas diferentes do nódulo e a falta de percepção da gravidade da situação pela mulher desde os sinais e sintomas iniciais. Outros fatores, também, abordados e bastante discutidos, são: a baixa escolaridade, a etnia e o *status* socioeconômico. Também, apresentou destaque dentre os fatores psicológicos o medo, pois esse pode acelerar ou atrasar a busca por atenção médica (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

Quanto aos fatores relacionados ao serviço de saúde, essas autoras destacam que estes não têm sido tão estudados quanto aos relacionados ao paciente. Um dos possíveis motivos é a responsabilização exclusiva do indivíduo pelos seus problemas de saúde, feita pelo modelo médico, reduzindo os problemas sociais a individuais e desconsiderando a influência exercida pelo acesso a serviços de saúde e qualidade do atendimento. As publicações que abordam os fatores relacionados aos serviços de saúde buscam estimar os intervalos de tempo de atraso e os relacionam a erros médicos (UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).

É importante salientar o papel dos serviços de saúde nas etapas de detecção e diagnóstico do câncer de mama, pois estas são as mais afetadas pelas barreiras. A ação de profissionais de saúde e os aspectos organizacionais podem contribuir sobremaneira para o atraso na condução dos casos (ARNDT et al., 2002; BAIRATI et al., 2006; CAPLAN; HELZLSOUER, 1993).

Akinyemiju (2012), a partir de dados da Pesquisa Mundial em Saúde, afirma a necessidade dos países em desenvolvimento de melhorar a qualidade e o acesso a serviços de

saúde para prevenção e detecção precoce do câncer em áreas rurais e aumento de investimento voltado à atenção em saúde ao câncer. Destaca-se, nessa pesquisa, a dificuldade de acesso ao rastreamento pela mamografia, pois as taxas foram baixas entre os países em desenvolvimento de forma geral e foram significantes.

Acesso à atenção em saúde envolve a possibilidade da consecução do cuidado, de acordo com as necessidades do indivíduo. Está inter-relacionado com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008).

Assim sendo, é importante o desenvolvimento de um programa de tratamento oncológico com continuidade, a fim de gerar melhores resultados na qualidade de vida e sobrevida entre as mulheres com câncer de mama (BARIATI et al., 2006; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009).

Nessa lógica, pode-se afirmar que o câncer de mama transforma sobremaneira a vida da mulher e, possivelmente, da sua família, além de causar reflexos econômicos seja ao sistema de seguridade social seja ao sistema público de saúde (BRASIL, 2007; CONCEIÇÃO; LOPES, 2008; GUERRA, et al., 2009; JESUS; LOPES, 2003; SANTOS; GONÇALVES, 2006; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

O tratamento do câncer de mama em estadios avançados tem alto custo para o sistema de saúde e resultados limitados, já que estudos nacionais evidenciaram redução progressiva na sobrevida de acordo com o aumento do estadio da doença, perfazendo um déficit de 25,7% e de 38,7%, quando comparada à taxa de sobrevida do estadio I com o III e o IV, respectivamente. Também, se observou aumento do risco de óbito em 7,18 vezes entre mulheres com estadio III e de 19,49 entre mulheres com estadio IV, em relação àquelas diagnosticadas com estadio I (BRASIL, 2007; CONCEIÇÃO; LOPES, 2008; JESUS; LOPES, 2003; GUERRA, et al., 2009; SANTOS; GONÇALVES, 2006; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Logo, com base nas significativas diferenças entre as regiões brasileiras, destacando a região Nordeste com maior carência de recursos e infraestrutura no sistema de saúde, associado à escassez de estudos aprofundados sobre o contexto da assistência ao câncer de mama e a detecção precoce em Sergipe, torna-se relevante conhecer como o câncer de mama se manifesta em mulheres sergipanas e descrever a resolutividade da assistência, por meio da identificação de possíveis fases de atraso e barreiras de acesso a serviços para diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

---

---

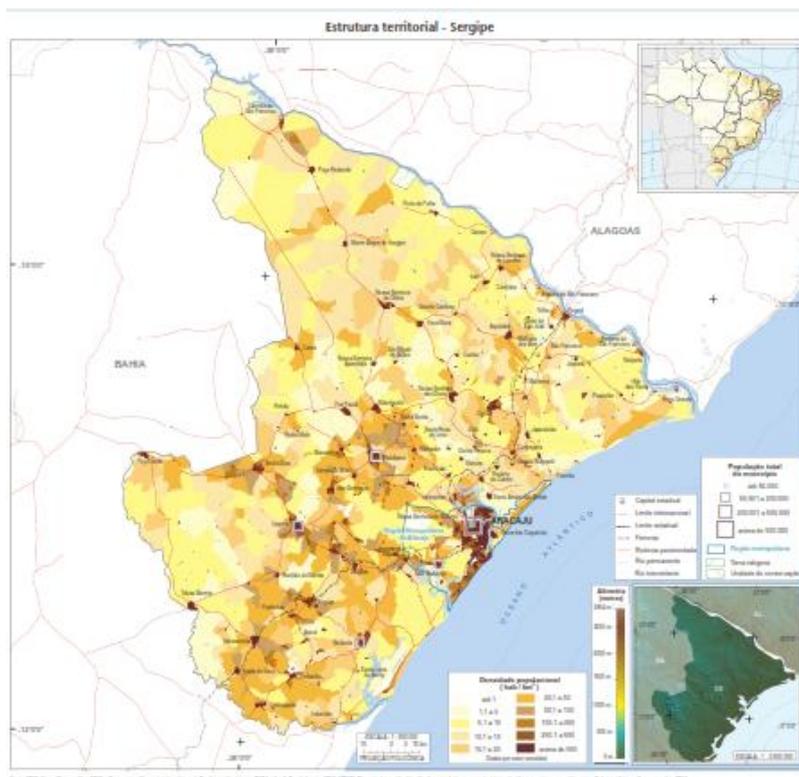
#### **4.1 Tipo de estudo**

Este estudo caracteriza-se como observacional de corte transversal. São definidos como estudos de corte transversal aqueles de caráter observacional, no qual a seleção dos participantes é determinada pela condição destes em relação à exposição de interesse (COELI; FAERSTEIN, 2006; PASSOS; RUFFINO-NETO, 2005).

#### **4.2 Local de estudo**

Localizado na região Nordeste, Sergipe é o menor dos 27 Estados da federação brasileira, ocupando uma área total de 21.915,116 km<sup>2</sup>. É banhado pelo oceano Atlântico e faz divisa com os Estados da Bahia à oeste e ao sul, e de Alagoas, ao norte, do qual está separado pelo rio São Francisco. Em 2010, a população sergipana foi estimada em 2.068.017 de habitantes, sendo 1.520.366 pessoas residentes em área urbana e 547.651 residentes em área rural. A taxa de analfabetismo foi de 18,0%, e o produto interno bruto de aproximadamente 23 bilhões, apesar de 1.103.712 pessoas viverem com renda mensal menor que meio salário-mínimo (IBGE, 2010).

A população feminina de Sergipe é de 1.062.976 pessoas. Entre essas, 533.862 mulheres maiores de 20 anos residem em áreas urbanas e 155.447 são residentes em áreas rurais. A taxa de analfabetismo entre as mulheres, de acordo com o Censo de 2010, foi de 16,4, sendo de 12,4 para as mulheres residentes em área urbana e de 29,3 entre as que residem em área rural, e 397.304 eram economicamente ativas (IBGE, 2010).



**Figura 1** – Mapa de Sergipe

Fonte: <http://mapas.ibge.gov.br/>

Além da capital e maior cidade, Aracaju, o Estado conta com outros 74 municípios. A maioria dos municípios sergipanos tem com uma população menor que 50.000 habitantes e possui gestão plena da atenção básica. Devido a esse aspecto, a maioria dos serviços de oncologia localiza-se em Aracaju. A capital possui, atualmente, com cinco instituições privadas e duas públicas que atendem aos casos de câncer do Estado.

Inicialmente, o estudo seria desenvolvido em três serviços de oncologia clínica, um privado e dois públicos, a clínica Onco Hematos Ltda., o ambulatório de oncologia clínica da Fundação Beneficente Hospital Cirurgia e o Centro de Oncologia Oswaldo Leite do Hospital de Urgência e Emergência de Sergipe. Todavia, durante o projeto-piloto da pesquisa, identificaram-se problemas relacionados aos prontuários na clínica Onco Hematos Ltda. que inviabilizavam a coleta de dados e, após seis meses de coleta de dados, o Centro de Oncologia Oswaldo Leite do Hospital de Urgência e Emergência de Sergipe (COOL-HUSE) deixou de fazer parte da pesquisa. A suspensão deveu-se à qualidade do registro de informações em prontuários, assim como à dificuldade de identificar e localizar no serviço as mulheres que poderiam participar da pesquisa, comprometendo a qualidade dos dados. Salienta-se que os dados coletados nesses seis meses, no COOL-HUSE, serão analisados separadamente dos dados utilizados neste estudo, com intuito de serem publicados.

Sendo assim, o estudo foi desenvolvido no ambulatório de oncologia clínica da Fundação Beneficente Hospital Cirurgia (FHBC), situado na rua Permínio de Souza, 174, bairro Cirurgia em Aracaju/SE, encontra-se sob coordenação da clínica Onco Hematos, através de convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e a direção da FBHC, em maio de 2005. A clientela assistida neste serviço é 100% SUS, sendo um dos serviços de referência para o SUS-Aracaju.

Os clientes, atendidos no referido ambulatório, chegam ao serviço, encaminhados por profissionais do Sistema Único de Saúde e são agendados mediante apresentação de cópias de laudos da biópsia e cartão SUS. Também conta com uma equipe multiprofissional, composta por três oncologistas, dois cirurgiões, dois hematologistas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma farmacêutica, cinco técnicos de enfermagem, um urologista e uma fisioterapeuta, realizando aproximadamente 1.000 consultas e 600 sessões de quimioterapia, por mês. A central de quimioterapia possui 14 leitos e funciona de segunda a sexta-feira no horário, das 07:00 às 19:00 horas.

### 4.3 Aspectos éticos

Para a obtenção dos dados, foi estabelecido contato com as instituições, anteriormente referidas, por meio do envio de Carta de Apresentação e Solicitação de Coleta de Dados, com o projeto e folha de rosto do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (SISNEP), para apreciação e autorização destas.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe<sup>2</sup> (UFS), após a autorização das instituições, mediante assinatura da Folha de Rosto do SISNEP, tendo em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A) e a Folha de Rosto<sup>3</sup>. O presente estudo foi aprovado pelo CEP da UFS, em reunião realizada em 15/07/2011, nº CAE: 0196.0.107.000-11. A coleta de dados somente foi iniciada após parecer favorável do CEP.

---

<sup>2</sup> De acordo com a Resolução nº 196/1996, a Comissão de Ética e Pesquisa é um colegiado, com funções consultivas, deliberativas e educativas, que objetiva defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, através de preceitos éticos. (BRASIL, 1996, p. 2)

<sup>3</sup> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento que visa a assegurar ao pesquisado informações completas e pormenores acerca da natureza da pesquisa, dos direitos e deveres, dos riscos e da liberdade de escolha em participar dela. (BRASIL, 1996, p.4)

#### **4.4 População e amostra**

A população do estudo foi composta por todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, com idade superior a 18 anos, residentes em Sergipe quando detectada a alteração na mama e que iniciaram quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante no referido centro entre 1º/08/2011 e 31/12/2012.

Foram excluídas do estudo as mulheres residentes em outros Estados quando detectaram a alteração na mama, eram menores de 18 anos e apresentaram dificuldades em compreender e responder às questões do roteiro de entrevista para coleta de dados.

Cento e trinta e nove mulheres com diagnóstico de câncer de mama foram identificadas, por meio dos formulários de autorização de procedimento de alta complexidade-APAC-oncologia, disponibilizado pelo setor de faturamento, e agenda de quimioterapia, no período de 1º/10/2011 a 31/12/2013. Dessas, 127 foram encontradas no serviço, sendo que 22 foram excluídas, por não atenderem aos critérios de inclusão e cinco se recusaram a participar, totalizando uma amostra composta por 100 mulheres entrevistadas.

#### **4.5 Os instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice B) e formulário de coleta de dados em prontuário, (Apêndice C). O roteiro de entrevista contemplou dados de identificação, perfil sociodemográfico, aspectos relativos à descoberta, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama e, barreiras e facilidades no acesso aos serviços de saúde. O formulário de coleta de dados em prontuário objetivou levantar informações referentes a métodos de diagnóstico e tratamentos. Ambos os instrumentos foram desenvolvidos pela própria pesquisadora com informações obtidas na literatura especializada sobre a temática em questão, também, foram submetidos à validação de conteúdo, por meio de uma comissão composta por três juízes, os quais foram profissionais médicos e de enfermagem, especializados e/ou pesquisadores, na temática do estudo.

A validação de um instrumento de pesquisa é definida por alguns autores como um processo que tem a função de avaliar e certificar que instrumento mensura aquilo para o qual foi concebido para medir (FAYERS; MACHIN, 2000; GUILLEMIN, 1995). Esse processo é

subdividido em três aspectos: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (FAYERS; MACHIN, 2000; GUILLEMIN, 1995; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Como já mencionado, neste estudo interessa a validade de conteúdo que objetiva verificar se as questões do instrumento são representativas ante o universo de questionamentos que podem ser feitos sobre o tema. Sendo assim, esse tipo de validação verifica se o instrumento de coleta de dados contempla todos os aspectos relevantes relacionados ao fenômeno que se pretende investigar. Para tanto, é necessário o julgamento do instrumento que é realizado através da análise deste por especialista da área do conteúdo em questão (FAYERS; MACHIN, 2000; PASQUALI, 2003; POLIT; BECK, HUNGLER, 2004).

É importante destacar que não existem métodos totalmente objetivos para garantir a validade de conteúdo de um instrumento. Mesmo sendo possível o cálculo de índice de validade de conteúdo, devem ser considerados os julgamentos subjetivos dos especialistas.

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi composto por 48 questões, distribuídas em cinco sessões.

- Identificação: conjunto de sete questões que permitiram identificar as mulheres para acesso aos prontuários das mesmas e que seriam utilizados para controle de qualidade das entrevistas.

- Informações sociodemográficas: compreenderam um conjunto de nove questões que possibilitaram conhecer onde estão, socialmente, inseridas as mulheres.

- Aspectos relacionados à descoberta do câncer de mama: o roteiro foi composto por 14 questões relacionadas à identificação dos sinais e sintomas de alteração da mama, aos métodos de imagem para detecção da neoplasia, aos exames anatomopatológicos utilizados para diagnóstico, além da instituição ou pessoa que custeou o procedimento. Aspectos relativos ao tratamento do câncer de mama: o roteiro foi composto por quatro questões relacionadas às medidas terapêuticas para o câncer de mama a que a mulher foi submetida.

- Barreiras e facilidades no acesso aos serviços de saúde: o roteiro foi composto por 12 questões relacionadas aos eventos, transcorridos na trajetória de busca de atenção em saúde ao câncer de mama que dificultaram ou facilitaram o acesso da mulher a consultas, exames e tratamentos relatados por essa.

O formulário estruturado, para coleta de dados em prontuário, foi composto por 34 questões, distribuídas em três sessões.

- Identificação: conjunto de duas questões que permitiram confirmar os dados de identificação do roteiro de entrevista.
- Aspectos relativos ao diagnóstico do câncer de mama: o formulário foi composto por nove questões relacionadas aos métodos utilizados para o diagnóstico do câncer de mama: PAAF ou PAAG, biópsia, anatomopatológico, imuno-histoquímico e suas respectivas datas de entrada no serviço e do laudo.
- Aspectos relativos ao tratamento do câncer de mama: o formulário foi composto por 19 questões relacionadas às modalidades de tratamento para o câncer de mama a que a mulher foi ou estava sendo submetida: tipo de cirurgia, dissecação axilar completa, número de linfonodos avaliados, número de gânglios positivos, linfonodo sentinela, tamanho do tumor, metástase, local da metástase, estadiamento clínico, estadiamento patológico, tratamentos neoadjuvantes e tratamentos adjuvantes.

#### **4.6 Avaliação pelo Comitê de Juízes**

Para realizar a validação de conteúdo, enviaram-se os instrumentos para três juízes convidados: 1) enfermeira e docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2) médico, especialista em oncologia clínica pelo Hospital Sírio-Libanês, membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 3) enfermeira, especialista em controle de infecção hospitalar pela Universidade Bandeirantes de São Paulo, assistente em oncologia clínica. Cada juiz recebeu uma carta-convite, para fazer parte do Comitê de revisão que apresentava os objetivos do estudo, com os instrumentos de coleta de dados da pesquisa em anexo.

Posteriormente, cada juiz enviou suas considerações sobre os instrumentos. As modificações foram acatadas, quando obtiveram concordância de, ao menos 60% dos juízes, ou seja, dois deles concordavam com a mudança. Sendo assim, a validade de conteúdo dos instrumentos deste estudo foi obtida, já que, para o comitê de revisão, esses estão medindo aquilo que eles se propõem a medir, e os itens que os compõem são relevantes para o constructo estudado.

<b>Roteiro de entrevista</b>	<b>Sugestão</b>
Item 19	Acréscimo do item que objetiva identificar o sinal ou sintoma de alteração na mama determinante da procura por assistência à saúde pela mulher
Itens 27 e 28.	Substituição das siglas PAAF e PAG por punção na mama

Quadro 1 – Sugestões do Comitê de Juízes acatadas para o Roteiro de Entrevista

<b>Formulário de Coleta de Dados em Prontuário</b>	<b>Sugestão</b>
Item 66	Substituição do termo “tipo histopatológico por histopatológico predominante/mais agressivo”
Item 72	Acréscimo do item que objetiva registrar o tamanho do tumor, devido à possibilidade de modificações no Sistema TNM de classificação dos tumores malignos.
Item 76	Acréscimo do item que objetiva registrar o estadiamento patológico

Quadro 2 – Sugestões do Comitê de Juízes acatadas para o Formulário de Coleta de Dados em Prontuário

Além das sugestões acatadas, anteriormente mencionadas, também se procedeu à realização de um teste-piloto.

#### 4.7 O teste-piloto da pesquisa

Com o objetivo de verificar as possíveis dificuldades e necessidades de adequações na condução da coleta de dados, visto que esta ocorreria, inicialmente, em três instituições, realizou-se o teste-piloto da pesquisa, em setembro de 2011. Participaram, dessa etapa da pesquisa, 13 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão, sendo cinco da Clínica Onco Hematos, quatro do ambulatório de oncologia da FBHC e quatro do centro de oncologia Oswaldo Leite- COOL/HUSE.

No roteiro de entrevista, foram identificadas necessidades de adequações das questões que abordavam dificuldades e facilidades no acesso a métodos diagnósticos e tratamentos. Na versão utilizada no teste-piloto, para cada método diagnóstico e tratamento, questionava-se a

mulher se ela tinha tido alguma dificuldade e facilidade, tornando a entrevista longa e pouco produtiva na obtenção dessas informações. Para sanar o problema, as questões sobre barreiras e facilidades no acesso ao serviço foram adaptadas do modelo utilizado no estudo em Quebec (BAIRATI et al., 2006). Também, percebeu-se que seria inviável manter no roteiro as datas de realização da mamografia e USG mamária, uma vez que as mulheres não recordavam as datas e estas não constavam no prontuário.

Acrescentaram-se ao roteiro de entrevista as datas dos tratamentos, por se perceber que as mulheres possuíam cartão de aprazamento das consultas e tratamentos, sendo mais fácil obter com elas essa informação, que, por vezes, não constava em prontuário. Também, acrescentou-se a informação se o exame ou o tratamento foram realizados pelo SUS, plano de saúde ou particular, pois se encontraram mulheres que custearam os exames e a cirurgia, a fim de agilizar o diagnóstico e início do tratamento, já que percebiam o acesso à atenção ao câncer de mama pelo SUS como difícil.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que o grau de escolaridade, efeitos colaterais do tratamento e o estado psicológico da mulher dificultavam a obtenção das informações, apesar de elas desejarem participar da pesquisa. Nesses casos, o acompanhante da mulher teve um papel fundamental por eles saberem e recordarem, com precisão, as informações de interesse à pesquisa. Com os ajustes mencionados, anteriormente, a entrevista passou a ter uma média de tempo de 20 minutos.

A realização do teste-piloto possibilitou identificar outras dificuldades que teriam de ser transpostas, durante a coleta de dados, como indisponibilidade de um local reservado, condições estruturais inadequadas em uma das instituições e a preocupação das mulheres residentes fora da região metropolitana de Aracaju quanto à entrevista comprometer o horário de início do ciclo de quimioterapia, tendo como consequência a perda do transporte fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde para retorno à residência. Quanto a esta última situação, a solução foi realizar a entrevista na sala de quimioterapia, caso a mulher aceitasse. Nos serviços públicos, foi notória a solicitude das mulheres em participarem da pesquisa.

#### **4.8 A coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de outubro de 2011 a 31 de dezembro de 2012, de segunda a sexta-feira em horário comercial, considerando a rotina das instituições.

A entrevista ocorreu em consultório de enfermagem, quando disponibilizado pela instituição, na sala de administração de quimioterapia, quando era solicitado ou consentido pela mulher ou, ainda, na sala de espera, quando estava indisponível o local reservado na instituição ou solicitado pela mulher, com sua anuência. Para controle de qualidade e melhor aproveitamento das informações, solicitou-se autorização da mulher para gravar a entrevista com aparelho digital, após firmar o TCLE.

A revisão do prontuário da paciente para o preenchimento do formulário ocorreu, mediante autorização da mulher, logo após a realização da entrevista, em local reservado (arquivo, consultório ou setor de faturamento), de acordo com a disponibilidade da instituição.

A coleta de dados contou com a participação de coletadores, que foram selecionados e treinados pela pesquisadora responsável pelo estudo. A utilização desse recurso deveu-se ao fato de a pesquisa ocorrer simultaneamente em dois serviços distintos, além da necessidade de contemplar o número de sujeitos calculados no planejamento da amostra.

#### **4.9 Seleção e treinamento dos coletadores**

O recrutamento dos coletadores foi realizado através de edital divulgado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe por meio de e-mail, a fim de atingir o público-alvo, acadêmicos de enfermagem e egressos do curso de enfermagem bacharelado da UFS. As etapas da seleção foram: entrevista e avaliação de *curriculum vitae*. Como critérios de avaliação foram considerados idade superior a 18 anos, nível superior completo, ou em andamento, boa comunicação e experiência anterior com entrevistas e/ou projetos de pesquisas, devidamente comprovados, disponibilidade de horários para realizar as atividades, de acordo com a rotina das instituições sediadoras. Ao todo, foram selecionados sete coletadores. A supervisão e coordenação da pesquisa foram realizadas pela pesquisadora responsável. Ao findar a seleção, realizou-se o treinamento.

##### **4.9.1 Treinamento dos coletadores**

O treinamento, realizado em agosto de 2011 e repetido em dezembro de 2011, consistiu em apresentação do projeto de pesquisa, uma aula teórica sobre câncer de mama, métodos diagnósticos e tratamentos, duas aulas práticas sobre abordagem e condução da

entrevista, o papel do entrevistador e duas aulas práticas para simulação da entrevista e coleta de dados em prontuário, utilizando os instrumentos do estudo na íntegra.

Ao final do treinamento, todos os candidatos estavam aptos a desenvolver a coleta de dados e receberam o manual do coletador: Manual do coletador: instruções para entrevista e coleta de dados em prontuário (Apêndice E), instrumentos para coleta de dados, TCLE, caneta esferográfica, lápis, borracha, prancheta, gravador digital e crachá de identificação para cada instituição.

#### **4.9.2 Levantamento das informações:**

As entrevistas e coleta de dados em prontuário foram realizadas de segunda a sexta-feira, conforme o horário de funcionamento dos serviços de saúde e da disponibilidade das mulheres.

Com o intuito de convidar as mulheres a participarem do estudo e amenizarem as perdas devido ao temor pelo desconhecimento da pesquisa, foi estabelecido um primeiro contato com elas, explicando os propósitos do estudo, a confidencialidade das informações e a importância da colaboração, sem acarretar qualquer prejuízo ao tratamento pela sua participação. Esse contato ocorreu de maneira presencial nas dependências das instituições sediadoras, preferencialmente, após a admissão nos serviços de oncologia ou durante a administração dos ciclos de quimioterapia.

Durante a coleta de dados, todos os coletadores e a coordenadora estavam identificados com crachá e portavam carta de apresentação, contendo informações sobre a pesquisa.

#### **4.9.3 Controle de qualidade das informações**

Para controlar a qualidade das informações obtidas, durante a coleta de dados, foram desenvolvidos os seguintes processos:

- a. Manual do coletador: instruções para entrevista e coleta de dados em prontuário (Apêndice E): este material foi fornecido a cada coletador, durante o treinamento.

- b. Acompanhamento de entrevistas e preenchimento de formulário de coleta de dados em prontuário pelo coordenador da pesquisa, a fim de aprimorar o desempenho dos coletadores.
- c. Reuniões semanais, com os coletadores para entrega dos instrumentos preenchidos, orientação sobre problemas ocorridos durante as entrevistas, verificação de preenchimento, discussão, com o coletador, das entrevistas e dos formulários que apresentavam dados inconsistentes ou informações equivocadas. E caso fosse necessário, devolução destes ao coletador para esclarecimento e correção junto à mulher ou ao prontuário.
- d. Revisão crítica das entrevistas, com auxílio da gravação, e do formulário de coleta de dados em prontuário entregues pelos coletadores, pelo coordenador da pesquisa.
- e. Atualização semanal da lista de mulheres admitidas nos serviços e das entrevistadas.
- f. Contato telefônico para confirmação de informações contidas nos instrumentos preenchidos para avaliar a qualidade da coleta dos dados, em 10% do total de mulheres entrevistadas e prontuários utilizados, por cada coletador, sorteados aleatoriamente.

#### **4.10 Variáveis envolvidas no estudo**

Foram selecionadas, para este estudo, variáveis que permitissem caracterizar as mulheres sergipanas com câncer de mama cadastradas no ambulatório de oncologia da FBHC, bem como conhecer a trajetória de cuidado ao câncer de mama em relação ao atraso na atenção em saúde, as barreiras e as facilidades no acesso à atenção em saúde.

##### **4.10.1 Variáveis dependentes**

Podem ser definidas como aquelas que resultam das variações das variáveis independentes, sendo efeito ou resultado de algo que foi manipulado. Logo, esse fator é o consequente (FRANCO; PASSOS, 2005; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Neste estudo, foram categorizadas como variáveis dependentes:

- **Atraso total na atenção ao câncer de mama:** para este estudo, foi definido como tempo superior a três meses entre a descoberta dos sinais e/ou sintomas pela mulher e o início do tratamento (RICHARDS et al.,1999; UNGER-SALDAÑA; INFANTE-CASTAÑEDA, 2009).
- **Fases do atraso na atenção ao câncer de mama:** a **1ª fase de atraso** compreendeu o intervalo de tempo entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e a primeira consulta médica. Já a **2ª fase de atraso** consistiu no tempo decorrido entre a primeira consulta médica e o diagnóstico da neoplasia. E a **3ª fase de atraso foi** determinada pelo tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento. O conceito das fases do atraso foi adaptado das definições propostas por Coates (1999), considerando as etapas locais da atenção ao câncer de mama.
- **Barreiras e facilidades na atenção ao câncer de mama:** eventos que tenham dificultado ou facilitado o acesso da mulher durante a sua trajetória de cuidado, desde a identificação dos sinais e sintomas até o diagnóstico e o início do tratamento, tais como, referidos por ela: fatores geográficos (deslocamento para outra cidade), organizacionais (ausência de um serviço de atenção primária, próximo à residência; comportamento proativo da instituição, da equipe e/ou do profissional; lista de espera nas instituições e laboratórios de diagnóstico para agendamento de consulta e exames; autorização do serviço pelas entidades pagadoras; longo tempo de espera para consulta ou diagnóstico; o horário de funcionamento dos serviços; a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas; tempo de espera para ser atendido e para fazer exames), socioculturais (falta de informação; crenças e tabus em torno da doença; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos de saúde; medos de sofrer, de morte, de abandonar a família e os filhos, de não ser mais desejável; sentimentos de angústia e impotência), econômicas (modalidade de seguro-saúde, absenteísmo no trabalho, perdas financeiras por licença médica e gastos com o tratamento).
- **Etapa específica da atenção ao câncer de mama:** composto por consultas, exames de imagem e de diagnóstico e tratamentos em que ocorreram dificuldade ou facilidade de acesso referido pela mulher.
- **Responsável pela barreira ou facilidade na atenção ao câncer de mama:** indivíduo ou organização ou serviço que tenha gerado a barreira ou a facilidade no acesso à atenção ao câncer de mama, segundo a mulher.

#### 4.10.2 Variáveis independentes

Conceituadas como aquelas que influenciam, determinam ou afetam outras variáveis. Ou seja, são aquelas variáveis que podem influenciar trajetória dessas mulheres quanto à condução dos seus casos em serviços de saúde em relação ao tempo e às barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde. As principais variáveis independentes empregadas neste estudo foram:

- **Idade:** idade no momento do diagnóstico, em anos completos, como referido pela entrevistada.
- **Cor:** autodeclarada, considerando a classificação do IBGE, definida como branca parda, preta, oriental ou indígena.
- **Situação marital:** definida coabitação referida pela mulher.
- **Escolaridade:** em anos completos de estudo, conforme referido pela mulher e em classes: analfabeto; até 3a série do Fundamental; 4a. série do Fundamental; Fundamental completo; Médio completo; Superior completo, de acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008– CCBE (ABEP,2007).
- **Ocupação:** se a mulher trabalha, recebe remuneração pelo serviço prestado e qual função exerce.
- **Cidade de residência:** município do Estado de Sergipe onde reside, referido pela mulher na descoberta dos sinais e sintomas.
- **Nível socioeconômico:** verificado através dos itens de conforto presentes na residência, informados pela mulher, considerando a quantidade existente de televisores em cores, videocassete/DVD, rádios, banheiros, automóveis, empregadas mensalistas, máquinas de lavar, geladeira, freezer, de acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008– CCBE (ABEP,2007).
- **Classe social:** verificada através da soma dos pontos dos itens de conforto presentes na residência e grau de escolaridade do chefe da família, de acordo com o Critério Padrão Brasil de Classificação Socioeconômica - CCBE (ABEP,2007).
- **Data da descoberta:** consiste no mês e ano da identificação do nódulo, referido pela mulher.
- **Forma de descoberta de sinais e/ou sintomas de alteração da mama:** envolve o método pelo qual os sinais e/ou sintomas de alteração da mama foram identificados: autoexame das mamas, exame clínico das mamas, ultrassonografia, mamografia, dor na mama e palpação acidental.

- **Sinal ou sintoma determinante da procura por assistência em saúde:** consiste no sinal ou sintoma de alteração na mama, identificado pela mulher, que gerou a busca de assistência em saúde.
- **Data da 1ª consulta:** dia, mês e ano em que ocorreu a primeira consulta com profissional de saúde de nível superior de medicina ou enfermagem após a identificação do nódulo, informado pela mulher.
- **Fonte pagadora de consultas, exames de imagem e de diagnóstico e tratamentos:** pessoa física ou jurídica que custeou consulta, mamografia, ultrassonografia, PAAF, PAG, biópsia e cirurgia, tais como: Sistema Único de Saúde, plano de saúde ou particular (mulher, familiares e/ou amigos).
- **Profissional que realizou a primeira consulta:** profissional de saúde que realizou a primeira consulta à mulher, após a detecção do nódulo na mama.
- **Métodos de imagem utilizados para a confirmação:** se realizou mamografia e/ou ultrassonografia das mamas, após a identificação do nódulo.
- **Datas do anatomopatológico:** dia, mês e ano em que o laudo da PAAF ou PAAG foi emitido após a identificação do nódulo, conforme documento em prontuário ou de posse da mulher ou informado por ela.
- **Data da biópsia:** dia, mês e ano em que o laudo foi emitido, conforme documento em prontuário ou de posse da mulher.
- **Data do diagnóstico:** dia, mês e ano do laudo do citopatológico (PAAF) ou do histopatológico (PAG ou biópsia) que definiu o diagnóstico de câncer de mama.
- **Data da cirurgia:** dia, mês e ano em que foi realizada a cirurgia após a identificação do nódulo, conforme documento em prontuário e informado pela mulher.
- **Data do tratamento:** dia, mês e ano em que a mulher iniciou o primeiro tratamento para o câncer de mama, tais como: cirurgia e quimioterapia neoadjuvante.
- **Tratamento cirúrgico:** considera o tipo de cirurgia, mastectomia, quadrantectomia, nodulectomia. Em caso de mastectomia, o tipo de cirurgia empregada, radical tipo Halsted, radical tipo Patey ou radical tipo Madden.
- **Tipo histopatológico predominante:** refere-se ao tipo de neoplasia mamária descrita no laudo da biópsia, anexo ao prontuário.
- **Estadiamento clínico:** estadiamento da neoplasia segundo os dados obtidos para a classificação TNM, conforme dados de laudos e/ou registro médico em prontuário, de acordo com a classificação dos tumores malignos proposta pela União Internacional Contra o Câncer,

UICC, que considera as características do tumor primário, dos gânglios das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases a distância (BRASIL, 2004a).

- **Metástase:** consiste na identificação de metástases e do órgão acometido, de acordo com evolução médica e laudos de exames radiológicos e de imagem anexados ao prontuário.
- **Estadiamento patológico:** estadiamento da neoplasia, segundo a classificação TNM, conforme dados dos achados cirúrgicos e laudo do anatomopatológico da peça operatória, considerando as características do tumor primário, dos gânglios das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases a distância (BRASIL, 2004a).
- **Data da imuno-histoquímica:** dia, mês e ano em que a peça cirúrgica deu entrada no laboratório de patologia e o laudo foi emitido, conforme documento em prontuário.
- **Tratamentos sistêmico e local:** envolve as modalidades terapêuticas utilizadas, como quimioterapia e radioterapia, considerando o momento da aplicação, número de ciclos ou sessões, tempo de duração e drogas utilizadas.
- **Datas do tratamento neoadjuvante:** dia, mês e ano em que a paciente iniciou e terminou alguma modalidade de terapêutica oncológica sob prescrição médica, conforme registro em prontuário e informado pela mulher.
- **Datas do tratamento adjuvante:** dia, mês e ano em que a paciente iniciou e terminou alguma modalidade de terapêutica oncológica sob prescrição médica, conforme registro em prontuário e informado pela mulher.

#### 4.11 Planejamento e análise dos dados

As informações coletadas foram digitadas duplamente em um banco de dados elaborado no programa EPI INFO 2010 VERSÃO 3.5.2 por diferentes digitadores e foi efetuada a validação do banco.

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com uma aplicação de técnicas de estatística descritivas, resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais) e para as quantitativas as medidas de tendência central e variação. As análises foram realizadas a partir de agrupamento das variáveis do banco de dados em cinco blocos de análises, conforme mostra o Quadro 3.

Gráficos do tipo caixa e bigode, ou *boxplot* foram utilizados para estudar as variáveis contínuas que representam o tempo (em meses) entre eventos que vão desde a detecção de sinais e sintomas até o início do tratamento (Apêndice F).

As tabelas de frequência contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado pelo método de reamostragem de *bootstrap*<sup>[1]</sup> com reposição da amostra original em 1.000 vezes. Todos os procedimentos foram realizados com apoio computacional dos softwares IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences), Excel 2010 ® (Microsoft Office).

NOME DO BLOCO		DESCRIÇÃO
1.	Características sociodemográficas	Idade, cidade de residência, cor, situação marital, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação.
2.	Métodos diagnósticos e de tratamento utilizados para o câncer de mama;	Forma de descoberta de sinais e/ou sintomas de alteração da mama, Profissional que realizou a primeira consulta, exames de imagem realizados após a descoberta de alteração na mama, exame citológico, exames histopatológico, anatomopatológico cirúrgico, imuno-histoquímica, tratamento cirúrgico, tipo de tratamento cirúrgico, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia adjuvante.
3.	Características do câncer de mama	Idade em que mulher descobriu a alteração na mama, sinal ou sintoma determinante da procura por assistência em saúde, tipo histopatológico, estadió clínico, metástase, local da metástase.
4.	Atraso na atenção ao câncer de mama	Data precisa ou estimada da descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama, data da 1ª consulta, data do diagnóstico, data do tratamento.
5.	Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama	Fonte pagadora de consultas, exames de imagem e de diagnóstico e tratamentos, períodos da atenção ao câncer de mama, etapa específica da atenção ao câncer de mama, barreiras e facilidades na atenção ao câncer de mama, responsável pela barreira ou facilidade na atenção ao câncer de mama.

Quadro 3 - Blocos de análise investigados da trajetória de mulheres com câncer de mama

## **5 RESULTADOS**

---

---

## 5.1 Aspectos demográficos

Entre as 100 mulheres participantes do estudo, a idade mínima foi de 23 anos e a máxima foi de 77 anos, com média de 51,6 anos (IC95% 49.6-53.7). A distribuição das mulheres, nas faixas etárias analisadas, não evidenciou predomínio da neoplasia em uma determinada faixa de idade, mesmo sendo observado um percentual maior de mulheres com idade entre 51 e 55 anos, 22% (IC95% 15-31). Salienta-se a ocorrência da doença em 17 mulheres com idade menor ou igual a 40 anos (Tabela 1).

Em relação ao município de residência, verificou-se que a maioria das mulheres residia fora da capital sergipana, 68,0%, (IC95% 59-77), como mostra a Tabela 1. As cidades com maior frequência encontram-se no entorno da capital, como as que compõem a região metropolitana de Aracaju, e a, aproximadamente, 50 km, de acordo com a Tabela 1.1(Apêndice E).

Cinquenta e seis mulheres (56,0%) afirmaram viver com companheiro e, em relação à cor ou raça, prevaleceu entre as entrevistadas a cor parda, 58,0% (IC95% 49-68). Acerca da escolaridade e da classe social, 36,0% das entrevistas possuíam grau de escolaridade baixa, ou seja, até quatro anos de estudo, e 70,0% pertenciam às classes C, D e E. Apenas 23,0% das mulheres não possuíam atividade remunerada (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo características sociodemográficas. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	% ou Média	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Idade</b>				
<40 anos	17	17,0	11,0	25,0
40  - 45 anos	10	10,0	5,0	16,0
45  - 50 anos	14	14,0	7,0	21,0
50  - 55 anos	22	22,0	15,0	31,0
55  - 60 anos	10	10,0	5,0	17,0
60  - 65 anos	16	16,0	9,0	24,0
>65 anos	11	11,0	5,0	17,0
<b>Idade</b>		<b>51,6</b>	<b>49,6</b>	<b>53,7</b>
<b>Cidade</b>				
Aracaju	32	32,0	23,0	41,0
Outros†	68	68,0	59,0	77,0
<b>Situação marital</b>				
Com Companheiro	56	56,0	47,0	66,0
Sem Companheiro	44	44,0	34,0	53,0
<b>Cor ou Raça</b>				
Branca	30	30,0	21,0	39,0
Parda	58	58,0	49,0	68,0
Preta	11	11,0	5,0	18,0
Indígena	1	1,0	0,0	3,0
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	12	12,0	6,0	19,0
Até 4 anos de estudo	36	36,0	27,0	46,0
Até 8 anos de estudo	23	23,0	15,0	32,0
Até 11 anos de estudo	20	20,0	13,0	28,0
Até 14 anos de estudo	9	9,0	4,0	14,0
<b>Classe social†††</b>				
Classe E	15	15,0	8,0	22,0
Classe D	16	16,0	9,0	24,0
Classe C	39	39,0	30,0	49,0
Classe B	30	30,0	21,0	39,0
<b>Ocupação</b>				
Dona de Casa	23	23,0	14,0	31,0
Agricultora	17	17,0	10,0	25,0
Aposentada	8	8,0	2,0	11,0
Outros†	52	52,0	44,0	64,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>		

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

† veja frequência na Tabela anexa I

†† veja frequência na Tabela anexa II

††† Critério de Classificação Econômica Brasil- CCEB da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - 2010.

Fonte: dados da pesquisa.

## 5.2 Métodos diagnósticos e de tratamento utilizados para o câncer de mama

Na Tabela 2, pode-se verificar que, no grupo estudado, a palpação acidental foi a forma de descoberta de alteração nas mamas com maior frequência, 68,0% (IC95% 59-77). A mamografia foi o exame de imagem mais realizado, após a descoberta da alteração na mama, 93,0% (IC95% 88-98), mas, também, destacou-se a realização da ultrassonografia, 83,0% (IC95% 76-91). Para a obtenção do diagnóstico da neoplasia mamária, prevaleceu a punção da mama, 76,0% (IC95% 67-84), sendo a PAAF o método mais utilizado. A biópsia excisional foi a técnica utilizada para confirmar o diagnóstico de 30,0% das mulheres (IC95% 21-39). A avaliação de marcadores tumorais por meio da imuno-histoquímica foi realizada em 87,0% dos casos (IC95% 80-93), com o uso de fragmentos do nódulo ou peças cirúrgicas. Quanto ao tratamento da neoplasia mamária, observou-se que a maioria das mulheres (52,0%) foi submetida à cirurgia da mama, sendo que 9,0% realizaram mastectomia radical do tipo Halsted.

Em relação à quimioterapia, salienta-se que 48,0% das mulheres foram submetidas à neoadjuvante, e a maioria delas fizeram uso do protocolo que incluía as drogas doxorrubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, 66,7%. Na quimioterapia adjuvante, também, foi notória a prescrição do protocolo composto por doxorrubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, 64,2%.

**Tabela 2** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo os métodos diagnósticos e tratamentos utilizados. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012. (continua)

Variáveis	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Forma de descoberta da alteração da mama				
Auto-exame das mamas	10	10,0	5,0	16,0
Exame clínico das mamas	1	1,0	0,0	3,0
Ultrassonografia	2	2,0	0,0	5,0
Mamografia	10	10,0	4,0	16,0
Palpação acidental	68	68,0	59,0	77,0
Outro	9	9,0	4,0	15,0
Total	100	100,0		
Profissional que realizou a primeira consulta				
Médico clínico	29	29,0	20,0	38,0
Médico PSF	16	16,0	9,0	23,0
Ginecologista	16	16,0	9,0	23,0
Mastologista	30	30,0	22,0	39,0
Outros	9	9,0	4,0	15,0
Total	100	100,0		
Mamografia após a descoberta da alteração na mama				
Sim	93	93,0	88,0	98,0
Não	7	7,0	2,0	12,0
Total	100	100,0		
Ultrassonografia da mama após a descoberta da alteração				
Sim	83	83,0	76,0	91,0
Não	17	17,0	9,0	24,0
Total	100	100,0		
Anatomopatológico após a descoberta do nódulo†				
Sim	76	76,0	67,0	84,0
Não realizou o procedimento	17	17,0	10,0	25,0
Não disponível	7	7,0	2,0	13,0
Total	100	100,0		
Tipo de punção realizada de acordo†				
PAAF	39	39,0	29,0	48,0
PAG	23	23,0	15,0	31,0
PAAF e PAG	14	14,0	8,0	21,0
Não realizou	24	24,0	16,0	33,0
Total	100	100,0		
Biópsia excisional após a descoberta do nódulo†				
Sim	30	30,0	21,0	39,0
Não realizou o procedimento	66	66,0	56,0	75,0
Não disponível	4	4,0	1,0	8,0
Total	100	100,0		

**Tabela 2** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo os métodos diagnósticos e tratamentos utilizados. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012. (conclusão)

Anatomopatológico da cirurgia após a descoberta do nódulo†				
Sim	52	52,0	42,0	61,0
Não realizou o procedimento	48	48,0	39,0	58,0
Total	100	100,0		
Imuno-histoquímica†				
Sim	87	87,0	80,0	93,0
Não disponível	13	13,0	7,0	20,0
Total	100	100,0		
Cirurgia da mama†				
Sim	52	52,0	42,0	61,0
Não	48	48,0	39,0	58,0
Total	100	100,0		
Tipo de cirurgia da mama†				
Mastectomia	28	28,0	19,0	37,0
Quadrantectomia	23	23,0	15,0	31,0
Nodulectomia	1	1,0	0,0	3,0
Não se aplica	48	48,0	39,0	58,0
Total	100	100,0	100,0	100,0
Tipo de mastectomia†				
Radical tipo Halsted	9	9,0	4,0	15,0
Radical tipo Madden	18	18,0	11,0	26,0
Não se aplica	72	72,0	63,0	81,0
Não disponível	1	1,0	0,0	3,0
Total	100	100,0		
Tipo de quimioterapia				
Neoadjuvante	47	47,0	37,0	57,0
Adjuvante	52	52,0	42,0	62,0
Neoadjuvante e Adjuvante	1	1,0	0,0	3,0
Total	100	100,0	100,0	
Quimioterapia neoadjuvante				
AC + Paclitaxel	32	66,7	52,1	79,2
AC	9	18,8	8,3	31,3
AC + Docetaxel	1	2,1	0,0	6,3
TC	1	2,1	0,0	6,3
Outros esquemas de QT	5	10,4	2,1	20,8
Total	48	100,0		
Quimioterapia adjuvante				
AC + paclitaxel	34	64,2	50,9	77,4
AC	11	20,8	11,3	32,1
TC	2	3,8	0,0	9,4
Outros esquemas de QT	6	11,3	3,8	20,8
Total	53	100,0		

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

†informações provenientes do prontuário médico da paciente

Fonte: dados da pesquisa.

### 5.3 Características do câncer de mama

A idade das mulheres sergipanas, na descoberta da alteração da mama, variou de 21 a 77 anos, com média de 50,9 anos (IC95% 48.9-53). Não se verificou predominância de nenhuma faixa etária no momento da descoberta das alterações na mama, mas observou-se a detecção da alteração na mama em 19,0% das mulheres com idade menor ou igual a 40 anos. A neoplasia mamária caracterizou-se como carcinoma ductal invasivo 78,0% (IC95% 70-86), com ausência de metástases detectadas 66,0% (IC95% 57-75), apesar de 73,0% das mulheres terem sido classificadas em estádios avançados da doença (IIB, III e IV), conforme mostra a Tabela 3.1(Apêndice E).

**Tabela 3** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo o estadio clínico e características do câncer de mama nas. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	% ou Média	IC 95%	
			Inferior	Superior
Idade†				
<40 anos	19	19,0	12,0	27,0
40  - 45 anos	11	11,0	5,0	18,0
45  - 50 anos	15	15,0	8,0	22,0
50  - 55 anos	20	20,0	13,0	28,0
55  - 60 anos	8	8,0	3,0	14,0
60  - 65 anos	16	16,0	9,0	23,0
>65 anos	11	11,0	5,0	17,0
Idade		50,9	48,9	53,0
Histopatológico predominante				
Carcinoma ductal invasivo	79	79,0	71,0	87,0
Carcinoma lobular invasivo	8	8,0	3,0	14,0
Carcinoma medular	1	1,0	0,0	3,0
Outro	9	9,0	4,0	15,0
Não disponível	3	3,0	0,0	7,0
Metástase				
Sim	8	8,0	3,0	13,0
Não	66	66,0	57,0	75,0
Não disponível	26	26,0	17,0	36,0
Local da metástase				
Cérebro	2	2,0	0,0	5,0
Pulmão	3	3,0	0,0	7,0
Fígado	1	1,0	0,0	3,0
Osso	5	5,0	1,0	10,0
Estadio clínico†††				
I	8	8,0	3,0	14,0
II	39	39,0	30,0	49,0
III	44	44,0	35,0	53,0
IV	8	8,0	3,0	14,0
Não se aplica	1	1,0	0,0	3,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>		

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

†idade em anos na descoberta da alteração

††tipo histopatológico predominante de acordo com prontuário

†††estadio clínico de acordo com prontuário médico

Fonte: dados da pesquisa.

#### 5.4 Sinais e/ou sintomas determinantes na procura de assistência à saúde

No grupo estudado, 52,0% das mulheres referiram um sinal ou sintoma determinante para a busca de atenção à saúde. Salienta-se que 37,0% das mulheres disseram ter dois a três sinais e sintomas. Dentre os sinais e sintomas, o nódulo (81,0%) foi o mais referido, seguido da dor (29,0%) e do edema (12,0%) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo sinal ou sintoma determinante na procura de assistência à saúde. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	% ou Média	IC 95%	
			Inferior	Superior
Número de sinais				
Nenhum SS	8	8,0	3,0	14,0
1 SS	52	52,0	42,0	62,0
2 a 3 SS	37	37,0	28,0	47,0
> 3 SS	3	3,0	0,0	7,0
Número de sinais		1,5	1,3	1,6
Nódulo				
Não	19	19,0	12,0	27,0
Sim	81	81,0	73,0	88,0
Dor				
Não	71	71,0	62,0	80,0
Sim	29	29,0	20,0	38,0
Descarga papilar				
Não	96	96,0	92,0	99,0
Sim	4	4,0	1,0	8,0
Edema				
Não	88	88,0	81,0	94,0
Sim	12	12,0	6,0	19,0
Eritema				
Não	93	93,0	87,0	98,0
Sim	7	7,0	2,0	13,0
Prurido				
Não	92	92,0	86,0	97,0
Sim	8	8,0	3,0	14,0
Retração do mamilo				
Não	95	95,0	91,0	99,0
Sim	5	5,0	1,0	9,0
Total	100	100,0		
Outros				
Não	97	97,0	93,0	100,0
Sim	3	3,0	0,0	7,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>		

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

SS sinais e sintomas

Fonte: dados da pesquisa.

### 5.5 Fonte pagadora dos procedimentos médicos

Na Tabela 5, pode-se observar que a primeira consulta realizada pelas mulheres foi, em sua maioria (51%), pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O oposto aconteceu com os exames de imagem que foram custeados pela mulher com ou sem ajuda de familiares e amigos em, aproximadamente, 65%. Quarenta e três mulheres relataram ter feito a punção da mama no SUS, de forma oposta, 17 custearam tanto a biópsia excisional e 23 a cirurgia da mama (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo a fonte pagadora dos procedimentos médicos realizados. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	% ou Média	IC 95%	
			Inferior	Superior
Primeira consulta				
SUS	51	51,0	41,0	61,0
Plano de saúde	2	2,0	0,0	5,0
Particular	47	47,0	37,0	58,0
Mamografia				
SUS	27	27,0	19,0	36,0
Particular	65	65,0	55,0	75,0
Não soube informar	1	1,0	0,0	3,0
Não se aplica	7	7,0	2,0	12,0
Ultrassonografia				
SUS	16	16,0	9,0	23,0
Particular	66	66,0	57,0	75,0
Não soube informar	1	1,0	0,0	3,0
Não se aplica	17	17,0	10,0	25,0
Total	100	100,0		
Punção de mama				
SUS	43	43,0	33,0	52,0
Particular	41	41,0	32,0	51,0
Não se aplica	16	16,0	9,0	23,0
Biópsia excisional da mama				
SUS	14	14,0	7,0	21,0
Particular	17	17,0	10,0	25,0
Não se aplica	69	69,0	59,0	78,0
Cirurgia da mama				
SUS	29	29,0	20,0	39,0
Particular	23	23,0	15,0	31,0
Não se aplica	48	48,0	38,0	57,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>		

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa.

## 5.6 Atraso na atenção ao câncer de mama

O tempo entre a descoberta da alteração na mama e a primeira consulta variou de 0,0 a 60,5 meses, correspondendo o tempo máximo a 1.815 dias, com média de quatro meses e meio. Cinquenta e quatro mulheres realizaram a primeira consulta em até um mês (IC95%54-64) e 22,0% mulheres realizaram com quatro meses ou mais (IC95%2.54-6.44) (Tabela 6).

Já o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico variou de, aproximadamente, 0,16 a 43,37 meses, ou seja, de cinco a 1.301 dias, com média, também, em torno de quatro meses e meio. A confirmação do diagnóstico ocorreu em menos de três meses para 57% (IC95%49-69.8), conforme Tabela 6, sendo em um mês para 22 mulheres e entre um e três meses para 35 mulheres.

No grupo estudado, o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento foi de um mês e meio, variando entre 0,16 e 8,71 meses, o que correspondeu a cinco e 261 dias. O acesso ao tratamento se deu em menos de dois meses para 75 mulheres (Tabela 6).

A atenção ao câncer de mama teve tempo mínimo de 0,33 mês e máximo de 64,5 meses, o que em dias correspondeu a dez e 1.935 dias, com média aproximada a dez meses. O intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento foi superior a três meses para 84 mulheres (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição das mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia, segundo o tempo entre descoberta dos primeiros sinais e sintomas, primeira consulta, diagnóstico de neoplasia, início do tratamento e tempo total. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	% ou Media	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sinais e/ou sintomas e primeira consulta médica (T1)				
< 1 mês	54	54.0	45.0	64.0
1  -- 2 meses	13	13.0	7.0	20.0
2  -- 4 meses	11	11.0	5.0	17.0
>= 4 meses	22	22.0	14.0	31.0
Total	100	100.0		
T1 (tempo contínuo)		4.37	2.54	6.44
Primeira consulta médica e o diagnóstico da neoplasia (T2)				
< 3 mês	57	59.4	49.0	69.8
3  -- 6 meses	20	20.8	12.5	30.2
6  -- 9 meses	10	10.4	4.2	16.7
>= 9 meses	9	9.4	4.2	15.6
Total	96	100.0		
T2 (tempo contínuo)		4.34	3.19	5.72
Diagnóstico da neoplasia e início do tratamento (T3)				
< 1 mês	42	43.8	33.3	54.2
1  -- 2 meses	33	34.4	26.0	43.8
2  -- 4 meses	16	16.7	9.4	24.0
>= 4 meses	5	5.2	1.0	9.4
Total	96	100.0		
T3 (tempo contínuo)		1.52	1.25	1.83
Sinais e/ou sintomas e início do tratamento (T4)				
< 3 mês	16	16.0	9.0	24.0
3  -- 6 meses	31	31.0	22.0	40.0
6  -- 9 meses	24	24.0	16.0	33.0
9  -- 12 meses	9	9.0	4.0	15.0
>= 12 meses	20	20.0	13.0	28.0
Total	100	100.0		
T4 (tempo contínuo)		10.24	7.89	12.74

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

T1: Tempo em meses entre descoberta dos primeiros sinais e sintomas e primeira consulta

T2: Tempo em meses entre a primeira consulta e o diagnóstico da neoplasia

T3: Tempo em meses entre o diagnóstico da neoplasia e o início do tratamento

T4: Tempo em meses entre a descoberta dos primeiros sinais e sintomas e o início do tratamento

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise univariada, observou-se que o município de residência, estadió clínico, raça/cor, escolaridade, classe social e idade não estavam associados à ocorrência de atraso total maior que três meses na atenção ao câncer de mama, conforme mostra a Tabela 7.

**Tabela 7** - Fatores associados ao atraso total maior que três meses em mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	TEMPO TOTAL > 3 MESES					ESTATÍSTICAS	
	NÃO	%	SIM	%	Total	p-valor	OR (IC-95%)
<b>Cidade</b>							
Aracaju	5	15,6%	27	84,4%	32		1,00
Outros	11	16,2%	57	83,8%	68	0,990	1,04 (0,32-3,28)
Total	16	16,0%	84	84,0%	100		
<b>Estadio clínico</b>							
I	3	37,5%	5	62,5%	8	0,184	1,00
II	3	7,7%	36	92,3%	39	0,268	0,23 (0,01-3,01)
III	9	20,5%	35	79,5%	44	0,660	1,71 (0,15-18,96)
IV	1	12,5%	7	87,5%	8	0,604	0,55 (0,06-5,11)
Total	16	16,2%	83	83,8%	99		
<b>Raça/cor</b>							
Branca	6	20,0%	24	80,0%	30		1,00
Não branca	10	14,3%	60	85,7%	70	0,554	1,50 (0,49-4,58)
Total	16	16,0%	84	84,0%	100		
<b>Escolaridade &gt; 4 anos</b>							
Não	8	16,7%	40	83,3%	48		1,00
Sim	8	15,4%	44	84,6%	52	0,990	1,10 (0,37-3,20)
Total	16	16,0%	84	84,0%	100		
<b>Classe inferior B</b>							
Não	5	16,7%	25	83,3%	30		1,00
Sim	11	15,7%	59	84,3%	70	0,990	1,07 (0,33-3,40)
Total	16	16,0%	84	84,0%	100		
<b>Idade &gt; 50 anos</b>							
Não	8	19,5%	33	80,5%	41		1,00
Sim	8	13,6%	51	86,4%	59	0,580	1,54 (0,52-4,52)
Total	16	16,0%	84	84,0%	100		

Fonte: dados da pesquisa.

### 5.7 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama

Para análise das barreiras e facilidades, as informações provenientes das questões abertas foram codificadas antes da digitação no banco de dados. Durante a codificação dos relatos, observou-se que as mulheres referiram uma ou mais etapas, barreiras, facilidades e responsáveis. Entre as entrevistadas, 34% adiaram cuidados ao câncer de mama, 66% relataram dificuldades e 98%, facilidades no acesso à atenção em saúde à neoplasia.

A etapa específica da atenção em saúde mais adiada foi a primeira consulta, após a detecção da alteração na mama, 28% (IC95% 19-35) influenciadas, principalmente, pela falta de informação, 14% (IC95% 8-21), e pelas crenças, medos e tabus referentes à doença, 9% (IC95% 4-15). Os responsáveis pelo adiamento foram a própria mulher, familiares e/ou amigos. Barreiras organizacionais, 2% (IC95% 0-5) e econômicas 5% (IC95% 2-10) foram citadas pelas mulheres, mas com menor frequência (Tabela 8).

**Tabela 8** - Etapas, barreiras e responsáveis do adiamento da atenção ao câncer de mama referida por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=34). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência		IC 95%	
	Absoluta	% ou Média	Inferior	Superior
Etapas da atenção em saúde				
Primeira consulta	28	28,0	19,0	35,0
Exames de imagem	2	2,0	0,0	5,0
Exames para confirmação do diagnóstico	3	3,0	0,0	6,0
Tratamento	1	1,0	0,0	3,0
Barreiras socioculturais				
Falta de informação sobre a patologia	14	14,0	8,0	21,0
Crenças e tabus em torno da doença	9	9,0	4,0	15,0
Cuidar de familiar	6	6,0	2,0	11,0
Outros problemas de saúde	3	3,0	0,0	7,0
Problemas pessoais	3	3,0	0,0	7,0
Responsável pelo adiamento ou cancelamento				
Paciente/familiares/amigos/ comunidade	34	34,0	25,0	44,0

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

SS – sinais e sintomas

Fonte: dados da pesquisa.

As etapas da atenção em saúde mais referidas pelas mulheres quanto à dificuldade de acesso foram tratamento, 38% (IC95% 28-47) e exames de imagem, 26% (IC95% 18-35), tendo como

responsável a Secretaria Municipal de Saúde/ Sistema de Saúde, 40% (IC95% 30-50). As barreiras organizacionais foram as mais frequentes, 72%, tendo como principal barreira a lista de espera para agendamento, 38% (IC95% 29-47). Barreiras socioculturais, 2% (IC95% 0-2), econômicas, 17% (IC95% 10-25) e geográficas, 14% (IC95% 7-21), também, foram mencionadas, porém com menor frequência, quando comparadas com as organizacionais (Tabela 9).

**Tabela 9** - Etapas, barreiras e responsáveis na atenção ao câncer de mama referida por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=66). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Etapas da atenção em saúde				
Primeira consulta	11	11,0	5,0	17,0
Consulta médica	16	16,0	9,0	23,0
Exames de imagem	26	26,0	18,0	35,0
Exames para confirmação do diagnóstico	23	23,0	15,0	32,0
Tratamento	38	38,0	28,0	47,0
Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde				
Lista de espera na instituição para agendamento	38	38,0	29,0	47,0
Longo tempo de espera em sala de espera	3	3,0	0,0	7,0
Conduta assistencial equivocada	16	16,0	9,0	24,0
Adiamento da consulta ou procedimento	9	9,0	4,0	15,0
Demora em receber resultado de exames	5	5,0	1,0	10,0
Período de carência do plano de saúde	1	1,0	0,0	3,0
Responsável				
Paciente/familiares/amigos/ comunidade	5	5,0	1,0	9,0
Profissionais de saúde	5	5,0	1,0	9,0
Hospital ou serviço de saúde	15	15,0	9,0	22,0
Secretaria Municipal de Saúde/Sistema de Saúde	40	40,0	30,0	50,0
Plano de Saúde	2	2,0	0,0	6,0

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa.

Os exames de imagem, 76% (IC95% 68-84), os procedimentos para confirmação do diagnóstico, 55% (IC95% 45-64) e o tratamento, 50% (IC95% 39-60) foram as etapas da atenção em saúde facilitadas, segundo as mulheres sergipanas, tendo como maiores responsáveis a mulher, os familiares, os amigos ou a comunidade, 93% (IC95% 88-97). Na percepção das mulheres, o acesso às consultas, aos exames diagnósticos e ao tratamento foi facilitado pelo custeio desses com ou sem ajuda de familiares e amigos, 80% (IC95% 72-88).

O apoio de familiares, amigos e Organizações não Governamentais, 54% (IC95% 44-63), na trajetória de cuidado, foi o segundo facilitador mais referido. Facilidades geográficas e organizacionais, também, foram relatadas, mas em menor frequência, quando comparadas com as econômicas (Tabela 10).

**Tabela 10** - Etapas, facilidades e responsáveis na atenção ao câncer de mama referidos por mulheres sergipanas atendidas em um Centro de Oncologia (n=98). Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Variáveis	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Etapas da atenção em saúde</b>				
Primeira consulta†	23	23,0	15,0	32,0
Consulta médica	19	19,0	11,0	27,0
Exame de imagem	76	76,0	68,0	84,0
Exames para confirmação do diagnóstico	55	55,0	45,0	64,0
Tratamento	50	50,0	39,0	60,0
<b>Facilidades geográficas</b>				
Presença de serviços de saúde na cidade onde reside	1	1,0	0,0	3,0
Acesso fácil a transporte da SMS ou transporte próprio	12	12,0	6,0	18,0
<b>Facilidades organizacionais ou do serviço de saúde</b>				
Curto intervalo de tempo de espera em sala de espera	2	2,0	0,0	5,0
Diagnóstico assertivo por profissional de saúde	2	2,0	0,0	5,0
Comportamento proativo da equipe e/ou do profissional	18	18,0	11,0	26,0
Comportamento proativo de amigos ou familiares	19	19,0	11,0	27,0
Custeio dos gastos com o tratamento pela SMS	2	2,0	0,0	5,0
<b>Facilidades socioculturais</b>				
Possuir informações sobre a doença	5	5,0	1,0	10,0
Apoio/suporte de familiares, de amigos e de ONG	54	54,0	44,0	63,0
Enfrentamento positivo da doença	3	3,0	0,0	7,0
<b>Facilidades econômicas</b>				
Custeio com ou sem ajuda de familiares e amigos††	80	80,0	72,0	88,0
Possuir plano de saúde privado	1	1,0	0,0	3,0
<b>Responsável pela facilidade</b>				
Paciente/familiares/amigos/ comunidade	93	93,0	88,0	97,0
Profissionais de saúde	20	20,0	12,0	28,0
Hospital ou serviço de saúde	4	4,0	1,0	8,0
Secretaria Municipal de Saúde/Sistema de Saúde	9	9,0	4,0	15,0
Plano de Saúde	1	1,0	0,0	3,0

IC intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

† após a descoberta de sinais e sintomas

†† Custeio de consultas, exames diagnóstico e/ou tratamento com ou sem ajuda de familiares e amigos

Fonte: dados da pesquisa.

## **6 DISCUSSÃO**

---

---

## 6.1 Aspectos demográficos

A média da idade identificada no presente estudo foi discretamente menor, quando comparada com as médias encontradas por Lee et al. (2012), Rezende et al. (2009), Trufelli et al. (2008), Trufelli et al. (2007) e Soares et al. (2012), cujos estudos mostraram idades médias entre 53,33 e 63 anos e maior do que as identificadas na Malásia (47,9 anos) e na Nigéria (45,7 anos) (EZEOME, 2010; NORSA'ADAH et al., 2012). A idade é um importante fator de risco para o câncer de mama, uma vez que a incidência aumenta com o aumento da idade, como, se pode observar entre as mulheres sergipanas.

A precocidade na ocorrência da doença, entre as entrevistadas com idade menor ou igual a 40 anos, merece destaque. Proporção de mulheres, com valor próximo ao encontrado neste estudo, foi verificada por Martins et al. (2009), em estudo de base populacional no Brasil Central e por Norsa'adah (2012), na Malásia. Entretanto, Soares et al. (2012) encontraram proporção de mulheres jovens inferior à do presente estudo, 11,8%.

A neoplasia mamária tem menor ocorrência em mulheres abaixo dos 40 anos, mas, frequentemente, em idades mais precoces é diagnosticada em fases mais avançadas com taxa de mortalidade mais elevada (46,9%) que nas pacientes entre 40 e 50 anos (26,9%) (CLAGNAN et al., 2008). Estudo de tendência de incidência de câncer de mama realizado em Goiânia, entre os anos de 1988 e 2003, verificou um padrão de aumento na incidência entre as mulheres com idade entre 20 e 39 anos (FREITAS-JUNIOR et al., 2010). Nos Estados Unidos, verificou-se um ligeiro aumento na incidência de carcinoma *in situ* da mama em mulheres jovens, a partir dos anos de 1980 (TARONE, 2006).

O percentual de mulheres idosas com câncer de mama identificado na amostra estudada foi semelhante ao encontrado em estudo realizado por Caba, Alvarado e Cáceres (2011), com mulheres chilenas (31%). O envelhecimento populacional associado a modificações nos hábitos de vida podem influenciar a ocorrência de câncer de mama em mulheres acima dos 60 anos (BASÍLIO, MATTOS, 2008; FELIX et al., 2007; TIEZZI, 2009). Além disso, a população de idosos vem crescendo no país como constatou o último censo (2010). Na região Nordeste, o número de idosos passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010. Entre os sergipanos, o número de idosas com idade de 60 a 89 anos, aumentou de 3,9% em 2000 para 4,8% em 2010 (IBGE, 2010).

O predomínio de mulheres residentes fora da capital sergipana e distantes dos grandes centros urbanos corrobora resultado encontrado por Gonçalves et al. (2010), em pesquisa

realizada neste Estado (65,51%), e difere de estudo realizado por Trufelli et al. (2007), em que apenas 3,3% das mulheres residiam em área rural. Esse dado não mantém coerência com o estudo de Mcpherson, Stell, Dixon (2000) que coloca como possíveis fatores de risco a urbanização e melhores condições socioeconômicas.

Apesar de 1.520.366 pessoas residirem em área urbana no Estado (IBGE, 2010), a prevalência de baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) em 42 municípios do Estado, associada à centralização dos serviços de oncologia na capital, podem justificar esse resultado (BRASIL, 2013c). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Sergipe, apenas sete municípios (Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro, Propriá e Nossa Senhora da Glória) possuem a gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, ofertando serviços de média e alta complexidade.

Nesse contexto, as mulheres precisam vencer a barreira geográfica na busca por atenção à saúde ao câncer de mama e tem como possibilidade o diagnóstico tardio da doença. Estudo realizado com mulheres canadenses verificou associação entre o fato de residir distante dos centros de oncologia e longo tempo de atraso total (SAINT-JACQUES et al., 2006).

A má distribuição e a escassez de centros de especialidades para diagnóstico e tratamento do câncer de mama constituem uma realidade nacional que dificulta o acesso e gera a necessidade de deslocamento para grandes centros urbanos (GEBRIM; QUADROS, 2006; OLIVEIRA et al., 2011). Para Freitas-Júnior et al. (2012), as diferentes tendências de mortalidade por câncer de mama no Brasil mostram as desigualdades sociais em relação ao acesso e uso de serviços de saúde presentes entre as regiões brasileiras.

A situação marital das entrevistadas está de acordo com resultados de estudos realizados por Trufelli et al. (2007), Norsadadah et al. (2011), Yau et al. (2010), Soares et al. (2012) que identificaram 49,5%; 79,3%; 73% e 59% de mulheres com companheiro ou casadas, respectivamente. Entretanto, não se pode afirmar que há associação do câncer de mama com a situação marital, apesar de estudo americano ter verificado o risco aumentado de câncer de mama em estádios avançados entre mulheres que nunca se casaram (LANNIN et al., 1998; RAMIREZ et al., 1999).

Em relação à cor/raça, o percentual de mulheres que se autodeclararam pardas e negras condiz com o perfil da população feminina de Sergipe, na qual 61,3% das mulheres se declararam pardas e 8,2%, negras de acordo com o Censo de 2010, porém a análise dos estratos mostra maior ocorrência do câncer de mama entre mulheres pardas. Comparado com estudos nacionais, número de pardas e negras deste estudo foi superior aos encontrados por

Simon et al. (2009) no Projeto Amazona, 31,8%, por Rezende et al. (2009), 51,9% e por Gurgel(2011), 53%.

A cor/raça é uma variável que vem merecendo atenção nos estudos de saúde no Brasil e nos Estados Unidos, pois pode revelar vulnerabilidade de alguns estratos (DE ARAÚJO et al., 2010). Mulheres pardas e negras têm dificuldade de acesso à atenção em saúde, recebendo menor número de consultas pré-natal, exames para detecção precoce do câncer de mama, diagnóstico tardio de neoplasias e atrasos maiores na atenção ao câncer de mama (ANSELL et al., 2009; BAIROS et al., 2011; DIAS-DA-COSTA et al., 2007; LEAL, GAMA E CUNHA, 2005).

Dias-da-Costa et al. (2007) identificaram a cor da pele como um fator determinante para a realização do exame clínico das mamas, tendo mulheres brancas maior probabilidade de serem examinadas. Estudo realizado em Chicago concluiu que a mortalidade por câncer de mama entre as mulheres negras não diminuiu desde 1980, tendo um discreto aumento (ANSELL et al., 2009). Para autores norte-americanos, as mulheres negras não vêm sendo beneficiadas com os avanços ocorridos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama (GOREY et al., 2009b; ANSELL et al., 2009).

O baixo grau de escolaridade, ou seja, até quatro anos de estudo, identificado na amostra, foi maior do que o encontrado na Malásia (15,9%) e compatível com estudos nacionais realizados no Rio de Janeiro (38,5%) e em São Paulo (37,4%) (NORSA'ADAH et al., 2011; REZENDE et al., 2009; TRUFELLI et al., 2007). Associação entre baixa escolaridade e atraso na atenção ao câncer de mama foi identificada entre mulheres colombianas (PIÑEROS et al., 2009).

A escolaridade influencia no conhecimento em saúde e no acesso a serviços de saúde. A baixa escolaridade limita o acesso à informação sobre fatores de risco e práticas de detecção precoce e confunde a interpretação dos sinais e sintomas, podendo levar ao diagnóstico em estádios avançados da doença, aumentando a mortalidade do câncer de mama (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; RASU et al., 2011; SPRAGUE et al., 2010; WANG et al., 2012). Estudos realizados por Rasu et al. (2011), em Bangladesh, e Leite et al. (2012), no Espírito Santo, corroboram o impacto positivo do maior grau de escolaridade sobre o rastreamento do câncer de mama.

A maioria das mulheres entrevistadas pertencia às classes C, D e E, consideradas como classes sociais de baixa renda. Resultado inferior ao presente estudo foi encontrado por Piñeros et al. (2009), em estudo realizado em Bogotá (42,9%) com associação estatística significativa para o atraso na atenção ao câncer de mama. A associação entre classe social e

câncer de mama vem sendo evidenciada em vários estudos sobre a temática. Mulheres pertencentes a classes sociais mais baixas ou residentes em áreas de extratos socioeconômicos baixos têm menor acesso às medidas de detecção precoce, como a mamografia, e pior prognóstico da doença e menor sobrevida (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; DOWNING et al., 2007; KLASSEN; SMITH, 2011; LEITE et al., 2011; WANG et al., 2012; YAU et al., 2010). Além disso, a classe social baixa influencia o acesso a serviços de atenção ao câncer de mama, gerando maior tempo de espera para cirurgia e terapias adjuvantes (GOREY et al., 2009a; WRIGHT et al., 2010).

## **6.2 Métodos diagnósticos e de tratamento utilizados para o câncer de mama**

A alteração na mama foi detectada pela própria mulher na maioria dos casos estudados, por meio do autoexame ou da palpação acidental das mamas, prevalecendo a última. Quando comparado com estudos realizados em Los Angeles (40%) e no Rio de Janeiro (66,5%), o resultado encontrado foi superior, mas é compatível com estudo desenvolvido em Sergipe (77,2%) e em Enugu (Nigéria) (73,3%) e inferior ao observado em São Paulo (81%) (EZEOME, 2010; MOJICA et al., 2007; PEREIRA et al., 2011; REZENDE et al., 2009; TRUFELLI et al., 2007).

O câncer de mama é uma doença de prognóstico favorável quando detectada com tumores até dois centímetros de diâmetro, que são detectados, prioritariamente, por meio da mamografia e/ou exame clínico das mamas. A alteração da mama detectada com autoexame e/ou por palpação acidental, na maioria das vezes, são nódulos com diâmetro maior que dois centímetros, classificados em estádios avançados que implicam em aumento da mortalidade e redução da sobrevida (BRASIL, 2013; KAWAI et al., 2009; REZENDE et al., 2009; SIQUEIRA, REZENDE, BARRA, 2008; TRUFELLI et al., 2008).

Crispo et al. (2009) verificaram, em italianas, associação entre a autodetecção do câncer de mama e maior tamanho do tumor, comprometimento linfático e submissão à mastectomia radical modificada, além de maior atraso no diagnóstico. Também, foi verificado maior atraso no diagnóstico ao câncer de mama entre mulheres californianas de baixa renda que detectaram sozinhas a alteração da mama em comparação com aquelas que detectaram pelos métodos de rastreamento padronizados (MALY et al., 2011).

Inquérito populacional, realizado nos EUA, verificou que, no período de 1980 a 2003, entre 361 sobreviventes do câncer de mama, 43% relataram a autodeteção do câncer de mama, sendo 18% por acidente e 25% por meio do autoexame das mamas, resultado inferior quando comparado aos dados do presente estudo, mas que mostra que a maioria das mulheres americanas teve o diagnóstico das alterações mamárias em serviços de saúde, fato que ainda é escasso no Brasil (ROTH, 2011).

A autodeteção da alteração da mama entre as participantes do estudo pode estar relacionada à falta de acesso aos métodos de rastreamento determinados como de excelência pelo Ministério da Saúde, ou seja, a mamografia e o exame clínico das mamas. Fatores associados, como a negligência na execução do ECM por profissionais de saúde da atenção básica, a baixa cobertura mamográfica do SUS em mulheres da faixa etária prioritária e o não uso dos mamógrafos disponibilizados, contribuem para o diagnóstico tardio da neoplasia mamária (BRASIL, 2011b; GONÇALVES et al., 2009; LEE et al., 2012; REZENDE, 2009; SOARES et al., 2012).

A mamografia foi o exame de imagem mais utilizado para confirmar a presença da alteração na mama, no presente estudo, contrastando com o baixo percentual de utilização de rastreamento mamográfico. Mesmo assim, a proporção de mamografia para diagnóstico foi superior ao constatado em estudo retrospectivo realizado no serviço de oncologia do Hospital Estadual Mário Covas, em São Paulo, com mulheres com câncer de mama (83,1%) (TRUFELLI et al., 2008).

Ainda sobre os exames de imagem, a ultrassonografia mamária realizada pelas mulheres após a descoberta da alteração na mama merece atenção. Esse tipo de exame, destinado a auxiliar o controle do câncer de mama, deve ser utilizado para avaliação de lesões palpáveis em mulheres com idade menor que 35 anos e de forma complementar a mamografia em situações específicas da anatomia da mama, como mamas densas e de características do nódulo encontrado. As lesões suspeitas devem ser avaliadas por meio da PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica convencional (BRASIL, 2004a; CARKACI et al., 2011; YOUK; KIM, 2010).

A solicitação da ultrassonografia sem considerar os critérios estabelecidos como, aparentemente, ocorreu nas mulheres sergipanas, possibilita maior atraso na confirmação do diagnóstico. Esse tipo de prática, também, gera maior gasto ao sistema de saúde ou ao usuário, quando este custeia o procedimento.

Os métodos para o diagnóstico da neoplasia mamária utilizados pelas mulheres sergipanas seguiram as recomendações de consensos nacionais e internacionais. A maioria

dos diagnósticos foi obtida por meio de procedimentos ambulatoriais considerados de menor custo, como a PAAF e PAG, quando comparados com a biópsia excisional (BEVERS et al., 2009; BRASIL, 2004a ). Estudo realizado com mulheres do Rio de Janeiro identificou resultado semelhante, uma vez que 38,4% tiveram a confirmação do diagnóstico por meio da PAG e 17,3%, por meio da biópsia a céu aberto (REZENDE et al., 2009).

A cirurgia da mama foi o primeiro tratamento a que as mulheres foram submetidas em sua maioria, sendo a mastectomia o tipo mais utilizado. Esse resultado é compatível com o encontrado em São Paulo (53,6%) e superior aos resultados de pesquisas realizadas no norte de Goiás (40,6%), em 28 centros oncológicos brasileiros (42,6%) e na Itália (36%) (CRISPO et al., 2009; SOARES et al., 2012; SIMON et al., 2009; TRUFELLI et al., 2008). Quando comparado com resultado identificado na Malásia (73,8%), o percentual de mastectomias é inferior (NORSA'ADAH et al., 2011).

A mastectomia é uma cirurgia mutiladora que causa impacto significativo em vários aspectos da vida da mulher. Por isso, deve ser utilizada de forma criteriosa, considerando o diâmetro do nódulo, condições clínicas e idade da paciente (BRASIL, 2004a). No Brasil, o uso da mastectomia é superior em hospitais públicos e filantrópicos, quando comparado com instituições privadas (LEE et al., 2012; SIMON et al., 2009). Essa disparidade pode estar associada ao fato de as mulheres que, majoritariamente, utilizam o sistema público de saúde terem dificuldade de acesso aos métodos de detecção precoce e serem diagnosticadas em estádios mais avançados da doença.

Apesar de contextos sociocultural e econômico diferentes, Downing et al. (2007), em estudo desenvolvido com mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 1998 e 2000, residentes na região norte de Yorkshire, concluíram que o uso da cirurgia, no tratamento do câncer de mama, estava associado ao nível econômico da área de residência, ou seja, mulheres que residiam em áreas mais carentes eram menos propensas a serem submetidas à cirurgia, quando comparadas com as que viviam em áreas mais abastadas, e, quando eram submetidas a uma cirurgia, estavam mais propensas a serem mastectomizadas.

De acordo com dados oficiais do SUS, no período de janeiro de 2012 a março de 2013, foram realizadas 3.265 mastectomias radicais com linfadenectomia, correspondendo a 5,24% das cirurgias de mama pagas pelo SUS. No mesmo período, 17% das cirurgias de mama realizadas em Sergipe foram mastectomia radical (BRASIL, 2013d). Essa modalidade de mastectomia é altamente mutilante e dificulta a reconstrução mamária que, de certa forma, melhora a autoestima e a qualidade de vida das mulheres. Além disso, as modalidades de mastectomia modificada têm resultado similar à radical, possibilitam a reconstrução da mama

e reduzem a morbidade (BRASIL, 2004a; MCLAUGHLIN, 2013; VALLEJO DA SILVA et al., 2012).

Todo o grupo estudado foi submetido à quimioterapia, chamando atenção para o número de mulheres submetidas à quimioterapia neoadjuvante. Estudos realizados na primeira década deste século em São Paulo e em 28 centros oncológicos brasileiros encontraram que 29,9% e 18,8% das mulheres estudadas realizaram quimioterapia neoadjuvante, resultados inferiores aos do presente estudo (SIMON et al., 2009; TRUFELLI et al., 2008). A comparação desses resultados reforça as disparidades existentes entre as regiões brasileiras quanto ao acesso às medidas de detecção precoce, ao atraso na atenção em saúde ao câncer de mama e ao estadió clínico da doença no diagnóstico (LEE et al., 2012).

A quimioterapia neoadjuvante é indicada em estádios avançados da doença, aspecto presente na maior parte das mulheres estudadas que eram oriundas de uma instituição filantrópica (BRASIL, 2004a; NCCN, 2011). A aplicação do tratamento neoadjuvante, em 28 centros oncológicos do Brasil, foi maior em instituições públicas e filantrópicas, quando comparado com instituições privadas (SIMON et al., 2009).

O esquema quimioterápico neoadjuvante e adjuvante, empregado na maioria das mulheres, foi composto pelas drogas doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, estando de acordo com as recomendações do protocolo atual da NCCN (2011). Esse resultado difere do encontrado por Simon et al. (2009), no Projeto Amazona, que identificaram que apenas 29% dos esquemas de quimioterapia neoadjuvante eram compostos por antraciclinas e taxanos. De acordo com Lee et al. (2012), no Brasil, existem diferenças significativas entre instituições públicas e privadas quanto aos esquemas de quimioterapia prescritos, sendo os de primeira geração mais utilizados por pacientes do setor público, quando comparados aos pacientes de instituições privadas, repercutindo em menores índices de sobrevida, cura e qualidade de vida. Pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União -TCU com médicos oncologistas mostra a necessidade de atualização das listas de condutas terapêuticas autorizadas pelo SUS (BRASIL, 2010).

### **6.3 Características do câncer de mama**

O carcinoma ductal é o mais prevalente entre as neoplasias mamárias (CLAGNAN et al., 2008; VIEIRA et al., 2007). A prevalência do carcinoma ductal invasivo no presente

estudo está de acordo com estudos realizados por Shneider e d'Orsi (2009), em Santa Catarina, 77,7%, Guerra et al. (2009), no Rio de Janeiro, 83,5%, Norsa'Adah et al. (2012), na Malásia, 89,3% e pelo Projeto Amazona, 81,6%.

O número de casos de câncer de mama em estádios avançados da doença (III e IV) identificado nas mulheres sergipanas foi inferior aos resultados de estudos realizados em Enugu (78,3%) e Kaduna (74,7%), na Nigéria, e superior aos encontrados em Hong Kong (20%) (EZEOME, 2010; UKWENYA et al.; 2008; YAU et al., 2010). Em relação a estudos nacionais, o resultado encontrado foi superior ao identificado em São Paulo (31,9%), Rio de Janeiro (22,2%), norte de Goiás, 47,6% e em 28 centros oncológicos (30,1%) (LEE et al., 2012; REZENDE et al., 2009; SOARES et al., 2012; TRUFELLI et al., 2008).

No Brasil e no norte de Goiás, respectivamente, o número de casos de câncer de mama em estadio avançado (III e IV) foi maior entre as mulheres atendidas em instituições públicas (37%) (53,6%), quando comparado às atendidas em instituições privadas (16,2%) (34, 8%) (LEE et al., 2012; SOARES et al., 2012). Além disso, é possível existirem diferenças entre as regiões quanto ao estadio da neoplasia na etapa do diagnóstico (LEE et al., 2012).

O diagnóstico do câncer de mama em estádios avançados está associado ao atraso na atenção em saúde para a doença, além de ter associação com o local de residência, principalmente para as mulheres que vivem em áreas carentes (DOWNING et al., 2007; EZEOME, 2010; PIÑEROS et al., 2009). O retardo na confirmação do diagnóstico está associado aos estádios avançados da doença entre mulheres de São Paulo, do Rio de Janeiro e do norte de Goiás (REZENDE et al., 2009; SOARES et al., 2012; TRUFELLI et al., 2008).

A falta de registro de metástases a distância, detectadas na maioria das entrevistadas, destaca-se ante o estadio avançado identificado. Levantamento realizado pelo Projeto Amazona encontrou apenas 6% de metástases a distância registradas nos prontuários. Entre mulheres croatas, identificaram-se 4,4% de metástases a distância no diagnóstico (MILANOVIĆ et al., 2013). A detecção de metástases a distância é de extrema importância para a definição do tratamento, pois essa é a principal causa de morte entre mulheres com câncer de mama (BRASIL, 2004a; MILANOVIĆ et al., 2013; TRUFELLI et al.; 2008). A ausência dessa informação entre as mulheres sergipanas pode estar relacionada à dificuldade de acesso a exames de alto custo como cintilografia óssea, tomografia e ressonância magnética.

#### **6.4 Sinais e/ou sintomas determinantes na procura de assistência à saúde**

Na maior parte do grupo estudado, a busca por atenção em saúde foi motivada pela presença de sinais e/ou sintomas do câncer de mama, sendo o nódulo o de maior referência. Resultados semelhantes foram identificados por Trufelli et al. (2007), 81,3%, Piñeros et al. (2009), 81,3%, Rezende et al. (2009), 51%, Yau et al. (2010), 87%, Norsa'adah et al. (2011), 87,8%.

A presença de sinais e sintomas do câncer, como nódulo, dor, edema, eritema, alteração da pele e retração do mamilo, geralmente, está relacionada à ausência do rastreamento de rotina, ao avanço da doença e ao atraso na confirmação do diagnóstico, refletindo em pior prognóstico, menor sobrevida e qualidade de vida (PIÑEROS et al., 2009; REZENDE et al., 2009; TRUFELLI et al., 2007; YAU et al., 2010). Ramirez et al. (1999), em revisão sistemática, identificaram forte evidência de que a apresentação de outro sinal ou sintoma, além do nódulo, aumenta o risco de atraso na atenção ao câncer de mama.

A busca por atenção em saúde motivada pela presença do nódulo associada ao eritema, ao edema ou à retração do mamilo revela o desconhecimento das entrevistadas sobre a doença. A falta de conhecimento sobre a doença faz com que mulheres e familiares interpretem o nódulo como um sinal benigno ou dão outro significado a essas alterações, minimizando este sinal e não reconhecendo a sua gravidade (NIGENDA, CABALLERO, GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; NORSA'ADAH et al.; 2011; PIÑEROS et al., 2009).

#### **6.5 Fonte pagadora dos procedimentos médicos**

A primeira consulta, após a descoberta da alteração na mama, foi realizada no Sistema Único de Saúde pela maioria das entrevistadas. Tal resultado pode ser justificado pelo aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, em 1998. A presença de uma equipe de saúde na comunidade fundamentada no princípio da adesão, de certa forma, facilita o acesso do usuário à atenção em saúde, uma vez que é a principal porta de entrada do SUS. Em Sergipe, 93% da população é assistida pela Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013d). Entretanto, o pagamento da

primeira consulta por algumas mulheres levanta questionamentos quanto ao acesso e à resolutividade dos serviços públicos de saúde, principalmente, a atenção primária de saúde.

Exames de imagem, realizados após a detecção da alteração na mama e para confirmação do diagnóstico, foram custeados por parte das mulheres sergipanas. De forma semelhante, mulheres do Rio de Janeiro, admitidas no Hospital do Câncer III, realizaram em serviços privados 68% das mamografias, 79,6% das ultrassonografias e 67,6% das biópsias (REZENDE et al., 2009). Esse comportamento pode estar relacionado com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde de média complexidade e ao reconhecimento da gravidade da doença, após consulta médica (REZENDE et al., 2009).

Apesar de não fazer parte dos objetivos do presente estudo, observou-se que a justificativa mais referida pelas mulheres que decidiram custear exames de imagem e diagnóstico foi a percepção de que pelo sistema público de saúde o acesso aos procedimentos seria demorado, atrasando o tratamento. É preciso destacar que essa prática é conflitante com as condições econômicas das mulheres estudadas que, em sua maioria, pertenciam às classes C, D e E e com a Portaria GM/MS 2.439/2005 que preconiza a existência de uma rede de serviços oncológicos estruturada e capaz de garantir atenção integral à população e o acesso a consultas, exames para o diagnóstico e tratamento do câncer (BRASIL, 2005).

Outro resultado que merece destaque é o pagamento da cirurgia da mama por parte do grupo estudado. De acordo com relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica realizado pelo Tribunal de Contas da União em 2010, apenas 27,3% da demanda dirigida ao SUS que precisava de cirurgia oncológica em 2010 foi atendida em Sergipe (BRASIL, 2010). Essa informação ratifica a dificuldade de acesso que as mulheres sergipanas enfrentam na atenção ao câncer de mama e a necessidade de que a Política Nacional de Atenção Oncológica no Estado seja universal, integral e igual.

## **6.6 Atraso na atenção ao câncer de mama**

O tempo entre a descoberta da alteração na mama e a primeira consulta entre as mulheres sergipanas variou bastante, e, apesar de a maioria ter realizado a consulta em menos de um mês, observaram-se intervalos de tempo superiores entre as demais integrantes do grupo.

A primeira fase de atraso da atenção ao câncer de mama entre as mulheres sergipanas teve tempo máximo (Tma), média e mediana superiores ao encontrado por Rezende et al. (2009) (Tma:60 meses; Mediana: 1 mês), em estudo realizado com mulheres do Rio de Janeiro e por Yau et al. (2010) (Tma: 26,1 meses; média: 3,3 meses), com mulheres residentes em Hong Kong, porém inferiores aos resultados de estudo desenvolvido por Trufelli et al. (2007), com pacientes atendidas em serviços de oncologia do Grande ABC (Tma: 582 meses; média: 20,57 meses; mediana: 2 meses) e Norsa'adah et al. (2012), com mulheres com câncer de mama da Costa Leste da Península da Malásia (Tma: 72,2 meses; mediana: 1,7 meses).

Quanto ao percentual de mulheres que realizaram consulta em até um mês, após a detecção de alteração na mama, este foi compatível com achados de Rezende et al. (2009) (<50%), superior ao de Norsa'adah et al. (2011) (33,2%) e inferior ao encontrado por Crispo et al. (2012) (61,5%).

A ocorrência da primeira consulta em menos de um mês, após a identificação da alteração na mama, pode ter sido motivada pela percepção da gravidade dos sinais e sintomas e a necessidade de diagnóstico da doença. A alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sergipe (93%) pode ter facilitado o acesso à primeira consulta, uma vez que a maioria das entrevistadas a realizou pelo SUS (BRASIL, 2013e). Além disso, a ESF possibilita o contato continuado da população com profissionais, principalmente, os agentes comunitários de saúde que intermedeiam e facilitam o acesso do usuário aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família.

Ao comparar o percentual de mulheres sergipanas que realizaram a primeira consulta, a partir de um mês, com outros estudos, observou-se que esse foi inferior ao encontrado entre mulheres e homens nigerianos de Enugu (73,6%) e superior ao identificado entre mulheres colombianas (EZEOME, 2010; PIÑEROS et al., 2009). Essa fase do atraso na atenção ao câncer de mama é nomeada por vários autores como atraso do paciente, sendo complexa a sua análise, uma vez que sofre influência de fatores culturais, sociais, econômicos e geográficos.

Em países em desenvolvimento, a pobreza, um aspecto comum entre eles, caracterizada pela baixa renda, menor nível de escolaridade, residência em área rural e falta de acesso ao sistema de saúde, foi a barreira que mais contribuiu para o atraso na busca por serviços de saúde, após a identificação de alterações na mama. Essa constatação sugere, de certa forma, que nesses países a prevenção e controle do câncer de mama não estão sistematizados e contam com infraestrutura e recursos limitados em quantidade, qualidade e acessibilidade (SHARMA et al., 2012).

Assim como na primeira fase de atraso, a segunda, que compreendeu o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, teve alta variabilidade. A confirmação do diagnóstico prevaleceu em tempo inferior a três meses. O tempo máximo, média ou mediana dessa fase de atraso foi inferior ao identificado em etapas similares de estudos nacionais, Rezende et al., 2009 (Tma: 54 meses; mediana:6,5 meses), Trufelli et al., 2007 (Tma: 59 meses; média: 6,06 meses), e realizados na Malásia (Tma: 16 anos; mediana:5,5 meses) (Tma:95.8 meses;mediana: 5,4 meses) (NORSA'ADAH et al., 2011; NORSA'ADAH et al., 2012). Estudos observacionais nacionais indicam que o tempo mediano entre a primeira consulta e o diagnóstico é de 2,4 a 6,5 meses (REZENDE et al., 2009; TRUFELLI et al., 2008).

O predomínio da confirmação do diagnóstico em menos de três meses, entre as entrevistadas, foi superior ao encontrado na Malásia (27,4%) e inferior ao resultado de estudo desenvolvido na Itália (65,6%) (CRISPO et al., 2009; NORSA'ADAH et al., 2011). Médicos especialistas em câncer de mama, de 12 países da América Latina e Caribe, reportaram que 30% das pacientes esperam mais de três meses para obter a confirmação do diagnóstico, corroborando o resultado encontrado no presente estudo (CAZAP et al., 2010). Ressalta-se que tempo superior a três meses para a confirmação do diagnóstico está associado ao estadio avançado da doença e à menor sobrevida (RICHARDS et al., 1999).

É relevante salientar que a realização de punção de mama (41%) e de biópsia (17%), de forma particular entre as entrevistadas, pode ter abreviado o tempo de aquisição do diagnóstico. Novamente, esse comportamento pode ser justificado pela percepção da seriedade da doença associada à dificuldade de acesso a serviços de saúde, contrastando com os princípios do SUS e os objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica. Por outro lado, essa prática ratifica que o atraso no diagnóstico de câncer de mama, na maior parte das vezes, é de responsabilidade dos serviços de saúde, principalmente, pela morosidade (BARROS, UEMURA, MACEDO, 2012; CAPLAN et al., 1996; REZENDE et al., 2009; TRUFELLI et al., 2008).

Os resultados anteriormente referidos são ratificados pelos achados de pesquisa realizada pelo TCU, para avaliação da atenção oncológica em 2010. De acordo com o referido documento, as associações de apoio a pacientes com câncer (90,9%) e oncologistas (88,1%) consideram que o acesso à atenção oncológica é dificultado sobremaneira pelo atraso na execução dos exames para diagnóstico. De forma semelhante, a maioria dos médicos oncologistas (58,3%) avalia o tempo de espera para a realização da biópsia de mama como demorado ou excessivamente demorado (BRASIL, 2010).

Em relação ao tempo entre o diagnóstico e o tratamento, observou-se que a maioria das mulheres teve acesso ao tratamento conforme preconiza a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, em seu Art. 2º que estabelece o prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do diagnóstico em laudo patológico, para o início do primeiro tratamento no SUS (BRASIL, 2012b). Porém, tempo inferior (76,3 dias) foi encontrado em análise das autorizações de procedimentos de alta complexidade (APAC) realizada pelo TCU (BRASIL, 2010).

Em comparação a estudos nacionais e realizados em país em desenvolvimento o tempo máximo, média e/ou mediana entre as mulheres sergipanas foi inferior aos encontrados por Trufelli et al. (2008) (Tma:19,3 meses; mediana: 1,7 meses), Trufelli et al. (2007) (Tma:12 meses; média: 1,78 meses; mediana: 1 mês); Ukwenya et al. (2008) (média:12 meses), Martínez et al. (2012) (Tma: 45meses; média: 5,8 meses; mediana: 4 meses) e Norsa'adah et al., 2012 (Tma:33,3 meses; mediana:1,2 meses). Já Wright et al. (2010) e Fedewa et al. (2011) identificaram, entre mulheres norte-americanas, média de tempo (1,13 e 1,15 meses, respectivamente), discretamente, inferior ao do presente estudo. A proporção de mulheres que realizaram tratamento após um mês foi inferior ao encontrado por Gorin et al. (2006) entre mulheres norte-americanas (87%). Já a proporção de mulheres que iniciaram tratamento antes de um mês foi maior ao encontrado pelo TCU em 2010 (35,6%) (BRASIL, 2010).

Um aspecto que pode ter facilitado o acesso ao primeiro tratamento entre as mulheres sergipanas e reduzido o tempo dessa fase de atraso foi o pagamento da cirurgia da mama por algumas delas. Essa prática pode ser justificada pela demanda reprimida para cirurgia oncológica no SUS identificada no Estado, confirmando a falta de acessibilidade ao tratamento cirúrgico (BRASIL, 2010).

A demora em iniciar o tratamento é considerada como um dos fatores que dificulta a assistência em oncologia no país. Dentre as modalidades terapêuticas, a cirurgia oncológica teve o acesso considerado como difícil e demorado para a maioria dos oncologistas e das associações de apoio a pacientes com câncer do Brasil (BRASIL, 2010).

A gravidade dos casos estudados, também, pode ter influenciado o intervalo de tempo dessa fase, uma vez que a maioria encontrava-se em estádios avançados, e parte considerável foi submetida à quimioterapia neoadjuvante.

Porém, é importante destacar que, para uma proporção menor de mulheres, o acesso ao tratamento ocorreu em tempo superior a dois meses, possivelmente decorrente da existência de barreiras organizacionais ou do serviço de saúde. Entre mulheres nigerianas e colombianas,

o atraso no acesso ao tratamento teve as barreiras organizacionais entre as principais causas (EZEOME, 2010; MARTÍNEZ et al., 2012).

O tempo total da condução dos casos de câncer de mama entre as mulheres sergipanas ocorre com atraso superior a três meses para a maioria delas, o que pode reduzir o tempo de sobrevida em 7%, devido ao estadio avançado da neoplasia. (RICHARDS et al., 1999).

Quanto ao tempo máximo, média e mediana, dessa fase de atraso, resultados inferiores foram encontrados em mulheres de Kanuda, Nigéria (Tma: 48 meses; mediana: 9 meses) e de Hong Kong (Tma: 39 meses; média: 5,4 meses). Já a proporção de mulheres com atraso superior a três meses foi, discretamente, inferior à identificada em mulheres e homens de Enugu, Nigéria (90%) e superior à encontrada em mulheres residentes nos EUA (74%) e Hong Kong (52%) (EZEOME, 2010; GORIN et al., 2006; UKWENYA et al., 2008; YAU et al., 2010).

É relevante destacar que o maior componente do atraso total na atenção ao câncer de mama entre as entrevistadas foi o atraso do serviço de saúde ou do provedor, considerado como intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento. Resultado oposto foi encontrado por Yau et al. (2010) os quais notaram que o maior componente do atraso total entre as chinesas foi o atraso do paciente.

O atraso total achado entre as sergipanas, associado ao anteriormente discutido, reforça a existência de barreiras organizacionais e indica a deficiência que existe na atenção oncológica no Estado, além da necessidade de estruturação de uma rede de cuidados oncológicos que efetivamente atenda às demandas da população que dela precisa. Sergipe não possui um hospital destinado, exclusivamente, à atenção oncológica, que vem sendo pleiteado pela população, além de não conseguir atender à demanda de usuários do SUS que precisa de radioterapia e cirurgia oncológica (BRASIL, 2010).

Para o Tribunal de Contas da União, a falta de estrutura na atenção oncológica no país ocasiona:

“... atrasos [...] e, ainda mais grave, constituem-se em barreiras para o acesso de parte dos doentes de câncer a essa assistência. Além disso, pode-se identificar, ainda, falta de equidade no acesso aos tratamentos, tendo em vista as realidades diferenciadas vivenciadas pelos diversos estados em termos de estruturação da rede de atenção oncológica...” (Brasil, 2010, p.27)

Ainda referente ao atraso total, tempo superior a três meses, no grupo estudado, ocorreu independentemente de aspectos socioeconômicos das entrevistadas e clínicos da patologia, corroborando resultados encontrados de estudos semelhantes realizados entre

mulheres nigerianas, cariocas e malaias (EZEOME, 2010; NORSA'ADAH et al., 2012; REZENDE et al., 2009). Esse resultado, por outro lado, contradiz os identificados por estudos realizados por outros autores (FEDEWA et al., 2011; PIÑEROS et al., 2009; SAINT-JACQUES et al., 2006;; WRIGHT et al., 2010; YAU et al., 2010).

Revisões sistemáticas identificaram forte associação entre a idade e o atraso total e fatores econômicos e o atraso do paciente em países em desenvolvimento, apesar de destacarem a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que apresentem resultados conclusivos sobre a influência desses fatores no atraso à atenção ao câncer de mama (RAMIREZ et al., 1999; SHARMA et al., 2012).

### **6.7 Barreiras e facilidades no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama**

Os resultados do presente estudo mostram que as mulheres enfrentam barreiras em todas as etapas da atenção em saúde ao câncer de mama. Situação semelhante, apesar dos contextos sociais, econômicos, culturais e de atenção em saúde diferentes, foi relatada em estudos realizados com mulheres e homens nigerianos, mulheres canadenses, mexicanas, malaias e mulheres latinas e negras residentes nos EUA, com diagnósticos de câncer de mama (ANGUS et al., 2007; BAIRATI et al., 2006; EZEOME,2010; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009;; NORSA'ADAH et al., 2012; TEJEDA et al., 2013). Observa-se que barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama ocorrem em contextos diversos, merecendo reconhecimento dos gestores e profissionais envolvidos na atenção em saúde e o desenvolvimento de ações que as minimizem por parte deles.

As barreiras socioculturais, citadas pelas mulheres, foram as que mais influenciaram o adiamento de atenção em saúde ao câncer de mama. Dentre essas, destacam-se a falta de informação e as crenças, medos e tabus referentes à doença. Entre mulheres e homens nigerianos e mulheres malaias, justificativas, para o atraso entre sinais e sintomas e o tratamento, que denotam barreiras socioculturais também foram identificadas, com destaque para aquelas que significavam a falta de informação e o medo relativos ao câncer de mama (EZEOME, 2010; NORSA'ADAH et al., 2012).

Estudo realizado por Tejeda et al. (2013) identificou o medo relacionado à doença como a segunda barreira mais relatada pelas mulheres, no primeiro contato com o serviço.

Mulheres mexicanas, também, retardam a busca por atenção em saúde ao câncer de mama devido à falta de informação e cuidados com a família.

A falta de informação e as crenças, medos e tabus relacionados ao câncer de mama vinculam-se ao diagnóstico tardio da neoplasia mamária e podem ser justificados pela baixa escolaridade de parte das mulheres da amostra, que é um fator relevante para a detecção precoce da neoplasia (ANDERSON et al., 2006;; DIAS-DA-COSTA et al., 2007; MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; RASU et al., 2011; SPRAGUE et al., 2010; WANG et al., 2012).

Percepções vagas sobre a doença, seus fatores de risco e gravidade dos sintomas são consequências da falta de informação. Além disso, essa barreira faz com que sinais e sintomas relevantes como nódulo, eritema e edema sejam ignorados ou minimizados pela mulher, familiares e amigos, retardando a busca por atenção à saúde (ANDERSON et al., 2006; FEKETE, 1992; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; REZENDE et al., 2009).

Os mitos sociais relacionados ao câncer, uma vez estabelecidos, são difíceis de erradicar e demandam atenção, pois resultam da falta de informação. O diagnóstico precoce e a terapêutica podem ser comprometidos pelas crenças, medos e tabus que interferem na decisão de buscar ajuda profissional (EZEOME, 2010; KAWAR, 2013; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; NORSA' ADAH et al., 2011; PIÑEROS et al., 2011).

Ezeome (2010) identificou que o uso de práticas alternativas e do tratamento em casa de oração, por mulheres e homens nigerianos com câncer de mama, aumentou, significativamente, o atraso na busca por atenção em saúde. Também, é comum o uso da medicina alternativa e complementar entre pacientes oncológicos nigerianos e malaios que desejam a cura (EZEOME, 2010; NORSA' ADAH et al., 2012;). Já, Kawar (2013), em estudo realizado com mulheres da Jordânia e da Palestina que residiam em Washington DC, observou o medo do câncer e o uso de ervas medicinais como barreiras na detecção precoce do câncer de mama.

As barreiras organizacionais, relatadas pelas mulheres, dificultaram o acesso à atenção em saúde ao câncer de mama em todas as etapas, destacando-se os exames de imagem e para diagnóstico e o tratamento. Na Nigéria, no México, na Malásia, no Canadá e nos EUA essas barreiras, também, foram relatadas por mulheres e homens com câncer de mama (BAIRATI et al., 2006; EZEOME, 2010; NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; NORSA' ADAH et al., 2012; TEJEDA et al., 2013). As barreiras organizacionais geram atraso

no diagnóstico e na implementação do tratamento (SHARMA et al., 2012; UNGER-SALDAÑA, INFANTE-CASTAÑEDA, 2009), por isso gestores e profissionais de saúde devem considerá-las no planejamento e organização da atenção básica, assim como nos programas de educação permanente.

Entre as barreiras organizacionais, referidas pelas entrevistadas, predominou a lista de espera nas instituições de saúde para agendamento de consultas, exames e tratamento. Essa barreira de acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, também, foi relatada por mulheres que participaram de estudos canadenses, malaios e norte-americanos (ANGUS et al., 2007; BAIRATI et al., 2006; KAWAR, 2013; NORSA'ADAH et al., 2012; TEJEDA et al., 2013).

Norsa'adah et al. (2012) relataram que a lista de espera para agendamento de consultas, testes de diagnóstico e tratamento nos hospitais públicos é uma barreira referida pela maioria dos pacientes oncológicos da Malásia. A excessiva demanda de serviço de emergência nos hospitais do governo é justificativa utilizada para o cancelamento de mastectomia ou tumorectomia, devido à falta de sala de cirurgia disponível.

Atraso na investigação do diagnóstico de câncer de mama, com média de 6,5 meses, pode ser atribuído à morosidade dos serviços de saúde. A forma como serviços e instituições de saúde estão organizados e estruturados para atender à população pode afetar, significativamente, a obtenção do diagnóstico e o acesso ao tratamento (ANDERSON et al., 2006; REZENDE et al., 2009).

De acordo com pesquisa realizada pelo TCU em 2010, no Brasil, a demora tanto para realização de exames e procedimentos diagnósticos como para o início do tratamento, principalmente o cirúrgico, tem-se constituído em barreira de acesso à atenção oncológica (BRASIL, 2010). Do ponto de vista oncológico, é inadequada a demora entre o fim da quimioterapia neoadjuvante e a cirurgia de mama, por favorecer a progressão da doença entre a resposta máxima da terapêutica neoadjuvante e a cirúrgica.

Ainda para esse órgão, um dos fatores que tem contribuído para a dificuldade de acesso à atenção oncológica é o incipiente sistema de regulação de acesso de usuários. Nos Estados visitados, os sistemas de regulação possuem diversas configurações e se encontram em fase de implantação ou consolidação. Gestores em saúde, médicos oncologistas e associações de apoio a pessoas com câncer consideraram que as deficiências organizacionais das centrais de regulação têm dificultado o acesso à atenção oncológica (BRASIL, 2010).

Outro fator que contribui para o atraso no acesso é a inexistência de indicadores confiáveis de tempo na atenção oncológica. A gestão em saúde precisa de informações confiáveis para adotar medidas que solucionem as filas de espera e outras barreiras de acesso

que interferem nas chances de cura e na sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2010). É necessário, também, assegurar qualidade em todas as ações de cuidado ao câncer de mama (ANDERSON et al., 2006; BRASIL, 2011c).

A barreira geográfica, apesar de pouco referida, faz parte do cotidiano da maioria das entrevistadas, durante a trajetória de cuidados ao câncer de mama, uma vez que as mulheres residiam fora da capital onde os serviços de maior densidade tecnológica encontram-se centralizados. Esse tipo de barreira pode influenciar o acesso à atenção ao câncer de mama e à adesão ao tratamento oncológico. Estudo realizado na Colômbia, com o objetivo de avaliar a equidade de acesso à biópsia de câncer de mama, identificou que pessoas que vivem em áreas rurais apresentam maior probabilidade de ter de se deslocar para outra cidade para realizar os procedimentos de diagnóstico (DE CHARRY; ROCA; CARRASQUILLA, 2009).

As facilidades, na trajetória de cuidado para o câncer de mama, foram percebidas em todas as etapas pela maioria das entrevistadas. De forma semelhante, 82(68%) mulheres canadenses, participantes de um estudo populacional realizado em Quebec, relataram ter ao menos um evento facilitador durante sua trajetória de cuidado à doença. As facilidades relatadas pelas canadenses ocorreram, em sua maioria, quanto à investigação do diagnóstico e ao tratamento (BAIRATI et al., 2006).

O acesso às etapas da atenção em saúde ao câncer de mama foi facilitado pelo pagamento do serviço, financiado pela mulher, familiares, amigos e/ou comunidade. Este resultado corrobora dados análogos de estudo desenvolvido por Rezende et al. (2009), em que 54 (51,9%) consultas, após a identificação de alterações nas mamas, 66 (68%) exames mamográficos, 39 (79,6%) ultrassonografias e 25 (67,6%) exames histopatológicos das 104 mulheres com câncer de mama que participaram do estudo foram realizados em serviços privados. Norsa'adah et al. (2012) ressaltam que, na Malásia, ante as dificuldades de acesso à atenção ao câncer de mama, pacientes oncológicos custeiam consultas, procedimentos diagnósticos e tratamento para evitar atrasos na assistência.

Considerando os resultados apresentados quanto às barreiras na atenção ao câncer de mama e as fontes pagadoras dos procedimentos, entende-se que o pagamento de consultas, exames de imagem e diagnósticos e tratamento são estratégias utilizadas pelas mulheres para contornar as dificuldades de acesso e evitar atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

O apoio e/ou suporte de familiares e amigos, em todas as etapas da atenção ao câncer de mama, foi a facilidade sociocultural mais referida pelas mulheres. A neoplasia mamária causa impacto à figura feminina, desde o diagnóstico até o tratamento. Os cuidados pós-

operatórios e os efeitos adversos da quimioterapia oncológica, por vezes, são responsáveis pela redução da qualidade de vida, pelo abandono da vida profissional e por limitação de atividades diárias, sendo o apoio e suporte familiares fundamentais para a permanência da mulher na trajetória dos cuidados à doença. (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008; JESUS; LOPES, 2003; SANTOS; GONÇALVES, 2006). Esse apoio é de extrema importância, uma vez que contorna barreiras socioculturais como o medo de abandonar a família e os filhos, devido ao papel exercido pela mulher como gestora de cuidados.

## **7 CONCLUSÕES**

---

---

O estudo possibilitou verificar que:

1. a maioria das mulheres sergipanas entrevistadas tinha, em média, 51,6 anos de idade, residia fora da capital sergipana, vivia com companheiro, era parda, possuía oito anos ou mais de estudo, pertencia às classes sociais consideradas de baixa renda.
2. a neoplasia mamária apresentou-se predominantemente do tipo histopatológico carcinoma ductal invasivo em estádios clínicos avançados, sendo detectada pela palpação acidental do nódulo.
3. o tratamento inicial do câncer de mama foi, em sua maioria, cirúrgico, sendo a mastectomia o tipo de cirurgia mais utilizado. Tanto para o tratamento quimioterápico neoadjuvante quanto para o adjuvante utilizou-se o protocolo que incluía as drogas doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel.
4. a existência de atraso total superior a três meses na atenção ao câncer de mama, para a maioria das mulheres investigadas, porém sem associação com variáveis sociodemográficas e estágio clínico.
5. o maior componente do atraso total estava relacionado ao serviço de saúde.
6. as sergipanas, em sua trajetória de atenção em saúde ao câncer de mama, encontram barreiras em todas as etapas, com destaque para a falta de informação sobre a patologia e predomínio da lista de espera para agendamento de consultas, exames e tratamentos.
7. o pagamento de consultas, exames e tratamento foi a forma que as mulheres recorreram para contornar as barreiras de acesso encontradas nos serviços de saúde.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

---

Ante aos resultados apresentados neste estudo, se reconhecem a importância e a responsabilidade da atenção básica em saúde quanto às ações de controle e detecção precoce do câncer de mama, preconizadas pelo Ministério da Saúde. Destaca-se, ainda, a necessidade de planejar e implantar atividades educativas para sensibilizar as mulheres em relação à patologia, a fim de que o atraso na atenção ao câncer de mama seja reduzido, e a busca dos serviços de saúde seja mais rápida, a partir da detecção das alterações da mama.

Considerando a demora do serviço de saúde, como maior componente do atraso total para o diagnóstico e tratamento, e o predomínio das barreiras organizacionais entre as referidas pelas mulheres, levanta-se a hipótese de que a falta de acesso e resolutividade da atenção ao câncer de mama é de responsabilidade do sistema e dos serviços de saúde. Para rejeição dessa hipótese, precisa-se de estudos que sejam desenvolvidos buscando os indicadores de acesso, acessibilidade e resolutividade, a fim de que os resultados possam ser aproveitados pelos gestores em saúde, e a atual realidade da atenção oncológica, como bem relata o TCU, seja revertida com a redução das taxas de mortalidade, maior sobrevida, melhor qualidade de vida e redução dos custos para o SUS e a sociedade.

Embora os resultados apresentados não possam ser generalizados, eles retratam, mesmo que parcialmente, o panorama da atenção oncológica ao câncer de mama no Nordeste e no Brasil quanto ao atraso e às barreiras de acesso à atenção em saúde e corroboram resultados de outros estudos. Diante dessa limitação, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática abordada com objetivo de aprofundar o conhecimento existente sobre o fenômeno estudado.

É importante ressaltar que os resultados deste estudo oferecem subsídios consideráveis para o entendimento dos obstáculos e das consequências desses na atenção em saúde ao câncer de mama, sendo útil para os gestores e profissionais de saúde, principalmente, para a enfermagem, devido ao seu envolvimento na atenção ao câncer de mama, desde a detecção precoce até o tratamento de alta complexidade. Além disso, até a finalização deste estudo não foram encontradas outras pesquisas com a mesma temática e metodologia na região Nordeste do Brasil.

## **REFERÊNCIAS**

---

---

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p.208–220,1974.

AHMED, N.U. et al. Breast cancer knowledge and barriers to mammography in a low-income managed care population. **Journal of Cancer Education**, New York, v.24, n.4, p.261-6, 2009.

AKINYEMIJU, T. F. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 11, p. e48834, 2012. ISSN 1932-6203.

ALCARAZ, M. et al . Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000300006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 13 mar. 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts e figures 2013. Atlanta. American Cancer Society; 2013. Disponível em:<<http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf>>. Acesso em: 18 de jun 2013.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2623-2632, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001100017&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100017&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2013.

ANDERSON, B. et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sistemas de atención de salud y políticas públicas. **The Breast Journal**, v.13,Suppl 1, p.62-S82, 2006.

ANGUS, J. et al. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis.v.16, n. 4, p.591-598, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:12 mar. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072007000400002

ANSELL, D. et al. A community effort to reduce the black/white breast cancer mortality disparity in Chicago.**Cancer Causes Control**, v.20, n. 9, p.1681-8, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10552-009-9419-7>>. Acesso em:12 mar. 2013.

ARNDT, V. et al. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population-based study. **British Journal of Cancer**. v. 86, n. 7, p. 1034-1040,2002. ISSN 0007-0920

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. São Paulo (SP): ABEP; 2007. Disponível em: < <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 03 mar. 20011.

AZAIZA, F. et al. Factors associated with low screening for breast cancer in the Palestinian Authority: relations of availability, environmental barriers, and cancer-related fatalism. **Cancer**, v.116, n.19, p.4646-55, 2010. ISSN 0008-543X

BAÑUELOS-BARRERA, P.; BAÑUELOS-BARRERA, Y.; ESQUIVEL-RODRÍGUEZ, M.; MORENO-ÁVILA, V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v.15, n.3, p.129-134, 2007.

BAIRATI, I. et al. Women's perceptions of events impeding or facilitating the detection, investigation and treatment of breast cancer. **European Journal of Cancer Care (Engl)**, v. 15, n. 2, p. 183-93, May 2006. ISSN 0961-5423 (Print) 0961-5423.

BAIRATI, I. et al. Determinants of delay for breast cancer diagnosis. **Cancer Detection and Prevention**, v. 31, n. 4, p. 323-31, 2007. ISSN 0361-090X.

BAIROS, F. S. D. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2364-2372, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001200008&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200008&nrm=iso)>. Acesso em:15 mar. 2011.

BARROS, Â. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. D. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 31-36 p. 2012.

BASÍLIO, D.V.; MATTOS, I. E. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 – 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 204-214, 2008.

BEVERS, T. B. et al. Breast Cancer Screening and Diagnosis. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 7, n. 10, p.1060-1096, 2009. Disponível em: < <http://www.jnccn.org/content/7/10/1060.short>>. Acesso em:15 mar. 2011.

BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; BOING, A. C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 4, ago. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 29 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n° 196/96**. 1996. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva mulher, Câncer de colo de útero**: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2002. 78p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle do câncer e mama: documento de consenso**. Revista Brasileira de Cancerologia. v 50, n. 2, p. 77-90, 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 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. 2005. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 09 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2007.94p.

BRASIL. Atos do poder legislativo. Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 de abril 2008. Disponível em <<http://www.imprensanacional.gov.br>> Acesso em: 26 jun.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. **Câncer de mama**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28 de junho 2009.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. **Relatório de auditoria operacional na política nacional de atenção oncológica**. Brasília, DF, p.115, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 - 2011 conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010**. Brasília, DF, fevereiro de 2011a. Disponível em <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo\\_Indicadores\\_2011.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **SUS tem mamógrafos suficientes, mas concentração regional e baixa produtividade são entraves**. 22 jun. 2011b. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12810](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12810)>. Acesso em: 23 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. **Estimativa 2012**. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>> Acesso em: 01 jun. 2012a.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. 2012b. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm)>. Acesso em: 09 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. **Deteção precoce do câncer de mama**. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=1932](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1932)>. Acesso em: 14 out. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. **Prevenção do câncer de mama**. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>> Acesso em: 14 out. 2013b.

BRASIL. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Consulta. Mapas. **Índice de desenvolvimento humano**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/imprimir\\_mapa/](http://atlasbrasil.org.br/2013/imprimir_mapa/)>. Acesso em: 14 out. 2013c.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. **Procedimentos hospitalares do SUS** - por local de internação – Brasil. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 14 out. 2013d.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica** - Cadastramento Familiar – Sergipe. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFse.def>> Acesso em: 14 out. 2013e.

CABA, F.; ALVARADO, S.; CÁCERES, D. D. Caracterización epidemiológica y evolución del cáncer de mama en Arica y Parinacota, Chile 1997-2007. **Revista de Salud Pública**, Chile, v. 13, p. 398-409, 2011. ISSN 0124-0064. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000300003&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000300003&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jun. 2009.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. de O. **O ex-sistir feminino num rosto sem moldura**: uma análise compreensiva. Rio de Janeiro, 1998. 69 p.

CAPLAN, L.S.; HELZLSOUER, K.J. Delay in breast cancer: a review of the literature. **Public Health Reviews**, France, v. 20, p.187–214, 1993.

CAPLAN, L. S. et al. Reasons for Delay in Breast Cancer Diagnosis. **Preventive Medicine**, v. 25, n. 2, p. 218-224, April 1996. ISSN 0091-7435. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743596900493> >. Acesso em: 29 jun. 2013.

CARKACI, S. et al. Screening for Breast Cancer with Sonography. **Seminars in Roentgenology**, v. 46, n. 4, p. 285-291, Oct. 2011. ISSN 0037-198X. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0037198X11000368> >. Acesso em: 29 jun. 2013.

CAZAP, E. et al. Breast cancer in Latin America: Experts perceptions compared with medical care standards. **The Breast**, v. 19, n. 1, p. 50-54, Fev. 2010. ISSN 0960-9776. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977609001490> >. Acesso em: 29 jun. 2013.

CLAGNAN, W. S. et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 67-74, 2008. ISSN 0100-7203. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-720320080002000004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-720320080002000004&nrm=iso) >. Acesso em: 03 jun. 2012.

COATES, A. S. Breast cancer: delays, dilemmas and delusions. **Lancet**, v. 353, n. 9158, p. 1112- 1113, abril 1999.

COCHRAN, W. G. **Técnicas de amostragem**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura; 1965.

COELI, C. M.; FAERSTEIN, E. Estudos de coorte. In: MEDRONHO, R. A.(Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 161-174.

CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. M. Cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 26-31, jan/mar. 2008.

CRISPO, A. et al. Association between mode of breast cancer detection and diagnosis delay. **The Breast**, v. 18, n. 6, p. 382-386, Dec. 2009. ISSN 0960-9776. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977609001179> >. Acesso em: 03 jun. 2012.

DE ARAÚJO, E. M. et al. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). **Saúde Coletiva [On-line]**, v. 40, n. 7, p. 116-21, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215105005>> . Acesso em: 04 set. 2013.

DE CHARRY, L. C.; ROCA, S.; CARRASQUILLA, G. **Using biopsy for breast cancer diagnosis: an equity issue?** 2009. ISBN 1657-9534. Disponível em: < <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/547/938> >. Acesso em: 04 set. 2013.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1603-1612, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000700011&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700011&nrm=iso) >. Acesso em: 03 jun. 2012.

DEFINO, H. L. A. et al. Estudo da correlação entre o estadiamento clínico e as alterações esqueléticas das metástases ósseas do câncer da mama. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, v. 9, n. 1, mar. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care**. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973.

DOWNING, A. et al. Socioeconomic background in relation to stage at diagnosis, treatment and survival in women with breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 96, n. 5, p. 836-840, Fev. 2007. ISSN 0007-0920. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6603622> >. Acesso em: 04 set. 2013.

EZEOME, E. R. Delays in presentation and treatment of breast cancer in Enugu, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, Nigéria, v. 13, n. 3, p. 311-6, Sep 2010. ISSN 1119-3077.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: jonh wiley & Sons, Inc; 2000.

FEDEWA, S. A. et al. Race and ethnicity are associated with delays in breast cancer treatment (2003-2006). **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 22, n. 1, p. 128-41, Feb. 2011. ISSN 1049-2089.

FEKETE, M.C. **Texto de Apoio da unidade I: Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde**. Minas Gerais, 1992.

FELIX, J. D. et al. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p.159-66, 2011.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Baurueri, SP: Manole, 2005, p. 380.

FREITAS-JUNIOR, R. et al. Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 128, p. 81-84, 2010. ISSN 1516-3180. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802010000200007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000200007&nrm=iso) >. Acesso em: 04 set. 2013.

FRENK, J.; WHITE, K. L. El concepto y la medicion de accesibilidad; The concept and measurement of accessibility. **OPS. Publicación Científica**, n. 534, p. 929-943, 1992.

GEBRIM, L. H., QUADROS, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 28, n. 6, p. 319-323, 2006.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo , v. 37, n. 2, Abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842004000200006>.

GONCALVES, A. T. C. et al . Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Avaliação da prática do exame clínico pélvico e de mamas realizados por enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 238-246, Abr-Jun. 2009.

GOREY, K. et al. Wait times for surgical and adjuvant radiation treatment of breast cancer in Canada and the United States: greater socioeconomic inequity in América. **Clinical & Investigative Medicine**, v. 32, n. 3, p. E239-49, 2009(a).

GOREY, K. et al. Increased racial differences on breast cancer care and survival in America: historical evidence consistent with a health insurance hypothesis, 1975–2001. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 113, n. 3, p. 595-600, Febr. 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-008-9960-1> >. Acesso em: 04 set. 2013(b).

GORIN, S. S. et al. Delays in breast cancer diagnosis and treatment by racial/ethnic group. In: (Ed.). **Archives of Internal Medicine**. United States, v.166, p.2244-2252 , 2006. ISBN 0003-9926.

GUERRA, M. R et al . Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009001100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 fev. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100015.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian journal of rheumatology**, London, v. 24, n. 2, p. 61-3, 1995. ISSN 0300-9742.

GURGEL, M. M. S. **Câncer de mama: estágio no momento do diagnóstico em mulheres residentes do recife-pernambuco**. 2011. 40f. (especialista em saúde coletiva). Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=1R&uf=00>> Acesso em: 14 jun. 2013.

JESUS, L.L.C.; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 208-11, maio/ago. 2003.

KAWAR, L. N. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. **European Journal of Oncology Nurse**, v. 17, n. 1, p. 88-94, Feb 2013. ISSN 1462-3889.

KLASSEN, A. C.; SMITH, K. C. The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden: A review of the literature. **Cancer Epidemiology**, v. 35, n. 3, p. 217-234, Jun. 2011. ISSN 1877-7821. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782111000348> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

KOBETZ, E et al. Barriers to breast cancer screening among Haitian immigrant women in Little Haiti, Miami. **Journal of Immigrant and Minority Health**. v.12, n.4, p.520-6, 2010.

LANNIN, D. R. et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. **JAMA**, v. 279, n. 22, p. 1801-1807, 1998. ISSN 22.

LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. D.; CUNHA, C. B. D. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 100-107, 2005. ISSN 0034-8910. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&nrm=iso) >. Acesso em: 28 jun. 2013.

LEE, B. L. et al. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 3, p. e95-e102, Mar. 2012. ISSN 1470-2045. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204511703230> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 211-217, 2012. ISSN 0103-2100. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000200009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200009&nrm=iso) >. Acesso em: 28 jun. 2013.

LIAN, M.; JEFFE, D. B.; SCHOOTMAN, M. Racial and geographic differences in mammography screening in St. Louis City: a multilevel study. **Journal of Urban Health**, v. 85, n. 5, p. 677-92, Sep 2008. ISSN 1099-3460.

MALY, R. C. et al. What influences diagnostic delay in low-income women with breast cancer? **Journal of Womens Health (Larchmt)**, v. 20, n. 7, p. 1017-23, Jul 2011. ISSN 1540-9996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7 ed, São Paulo: Atlas, 2010, p.315.

MARTINS, E. et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 219-223, 2009. ISSN 0100-7203. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000500003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000500003&nrm=iso) >. Acesso em: 28 jun. 2013.

MARTÍNEZ, R. et al. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel. 2005-2009. **Revista Facultad Nacional de Salud Publica [online]**,v.30, n.2. 2012. ISSN 0120-386X.

MCLAUGHLIN, S. A. Surgical Management of the Breast: Breast Conservation Therapy and Mastectomy. **Surgical Clinics of North America**, v. 93, n. 2, p. 411-428, 4// 2013. ISSN 0039-6109. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610912002599> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. Breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. **British Medical Journal**, v. 321, n. 7261, p. 624-628, Set.2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118507/> >. Acesso em: 8 ago. 2013.

MESQUITA-MELO, E. et al. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. **Enfermería Global**, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em:< <http://www.um.es/ojs/eglobal/article/viewFile/237/228> >. Acesso em: 8 ago. 2013.

MILANOVIC, R. et al. Clinical and patohistological factors affecting the 5 year survival rate in a population of Croatian women with invasive ductal breast carcinoma. **Collegium Antropologicum**, v. 37, n. 2, p. 459-64, Jun 2013. ISSN 0350-6134 (Print)0350-6134.

MOJICA, C. M. et al. Latinas with Abnormal Breast Findings: Patient Predictors of Timely Diagnostic Resolution. **Journal of Women's Health**, v. 16, n. 10, p. 1468-1477, 2007.

MOLINA, L.; DALBEN, I; DE LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, Jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000200039](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039) &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000200039>.

NATIONAL COMPREHENSIVE CÂNCER NETWORK –NCCN. **Clinical Practice Guidelines in Oncology: breast cancer**. Philadelphia: NCCN.org. fev. 2011.148p.

NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZALEZ-ROBLEDO, L. M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800016&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800016&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 16 nov. 2011.

NORSA'ADAH, B. et al. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. **BioMed Central cancer**, v. 11, p. 141, 2011. ISSN 1471-2407.

NORSA'ADAH, B. et al. Understanding barriers to Malaysian women with breast cancer seeking help. **Asia Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 13, n. 8, p. 3723-30, 2012. ISSN 1513-7368.

OLIVEIRA, E. X. G. D. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 317-326, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013&nrm=iso)>. Acesso em: 8 ago. 2013.

OLIVOTTO, I. A. et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. **Cancer**, v. 94, n. 8, p. 2143-2150, April 2002.

ORTEGA, D. Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En: Salud reproductiva temas y debates. Bronfman M, Denman C, ed. Cuernavaca: **Instituto Nacional Salud Publica**, 2003.

PARKIN, M. D. et al. Gobar cancer statistics, 2002. **Cancer Journal Clinic**, v.55, p.74-10, 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ. Vozes, 2003.

PASSOS, A. D. C., RUFFINO-NETTO, A. estudos de coorte. In: FRANCO, L. J., PASSOS, A. D. C. (Org.). **Fundamentos da epidemiologia**. Barueri,-SP: Manole, 2005, p.225-240.

PEREIRA, C. A. R. et al. Early detection of breast cancer: influencing factors in treatment. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 5, n. 10, p. 2337-43, 2011.

PIÑEROS, M. et al. Patient delay among Colombian women with breast cancer. **Salud Pública de México**, v. 51, p. 372-380, 2009. ISSN 0036-3634. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000500004&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000500004&nrm=iso) >. Acesso em: 8 ago. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMIREZ, A. J. et al. Factores predicting delayd presentation of symptomatic breast câncer: a systematic review. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1127-1131, April 1999.

RICHARDS, M. A. et al. Inffence of delay on survival in patients with breast cancer; a systemaqtic review. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1119-1126, april 1999.

RASU, R. S. et al. Effect of Educational Level on Knowledge and Use of Breast Cancer Screening Practices in Bangladeshi Women. **Health Care for Women International**, v. 32, n. 3, p. 177-189, 2011. ISSN 3. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2010.529213> >. Acesso em: 8 ago. 2013.

REZENDE, M. C. R. et al. 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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, fev. 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000200005&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: 16 jun. 2010.

ROTH, M. Y. et al. Self-detection remains a key method of breast cancer detection for U.S. women. **Journal Womens Health (Larchmt)**, v. 20, n. 8, p. 1135-9, Aug 2011. ISSN 1540-9996.

SAINT-JACQUES, N. et al. Wait times for breast cancer care. **British Journal Cancer**, v. 96, n. 1, p. 162-168, Dec. 2006. ISSN 0007-0920. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6603523> >. Acesso em: 16 jun. 2013.

SANTOS, G. C.; GONÇALVES, L. L. C. Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 239-44, abr/jun 2006.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000600011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 fev. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600011.

SHARMA, K. et al. A Systematic Review of Barriers to Breast Cancer Care in Developing Countries Resulting in Delayed Patient Presentation. **Journal of Oncology**, v. 2012, Article ID 121873, 8 pages, 2012. Disponível em: < <http://www.hindawi.com/journals/jo/2012/121873/>>. Acesso em 07 fev. 2013. doi:10.1155/2012/121873

SILVA, O. E.; ZURRIDA, S. **Câncer de Mama: um guia para médicos**. São Paulo: Atlântica, 2000. 330p.

SIMON, S.D.; BINES, J.; BARRIOS, C.H. et al. Clinical characteristics and outcome of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions: the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM). **Cancer Research**, v. 69, n. 24, Suppl. 3, Abstract nr 3082, Dec. 2009. Disponível em: < [http://cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/abstract/69/24\\_MeetingAbstracts/3082](http://cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/abstract/69/24_MeetingAbstracts/3082)>. Acesso em: 15 out.2013.doi: 10.1158/0008-5472.SABCS-09-3082

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 595-604, 2012. ISSN 1415-790X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&nrm=iso) >. Acesso em 07 fev. 2013.

SOUZA, E. C. F. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&nrm=iso) >. Acesso em 07 set. 2013.

SPRAGUE, B. L. et al. Socioeconomic status and survival after an invasive breast cancer diagnosis. **Cancer**, v. 117, n. 7, p. 1542-51, Apr.2011. ISSN 0008-543X.

STARFIEL, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 72p.

STROHL, R. A. Diagnóstico e estadiamento: implicações para os objetivos e estratégias de tratamento. In: CLARK, Jane C.; MCGEE, Rose F. **Enfermagem Oncológica: um curriculum básico**. 2 ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1997, 586p., p. 301-305.

TARONE, R. E. Breast Cancer Trends Among Young Women in the United States. **Epidemiology**, v. 17, n. 5, p. 588-590 10.1097/01.ede.0000229195.98786.ee, 2006. ISSN 1044-3983. Disponível em: < [http://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2006/09000/Breast\\_Cancer\\_Trends\\_Among\\_Young\\_Women\\_in\\_the.19.aspx](http://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2006/09000/Breast_Cancer_Trends_Among_Young_Women_in_the.19.aspx) >. Acesso em 10 ago. 2013.

TEJEDA, S. et al. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. In: (Ed.). **Social Science e Medicine**. England, v.68, p.832-9, 2009. ISBN 0277-9536

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

THULER, L. C. S.; MENDONCA, G. A.. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 213-215, 2009. ISSN 0100-7203. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000500001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000500001&nrm=iso)>. Acesso em 07 fev. 2013.

TORRES-ARREOLA, L.; VLADISLAVOVNA-DOUBOVA, S. Câncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. **Revista médica del Instituto Mexicano de Seguro Social**. V.45, n.2, p.157-166, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2011.

TRUFELLI, D. C. et al . Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000100024>.

TRUFELLI, D. C. 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. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 17, n. 1, p. 14-18, 2007.

UKWENYA, A. Y. et al. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: the experience from Kaduna, Nigeria. **South African Journal of Surgery**, v. 46, n. 4, p. 106-10, Nov. 2008. ISSN 0038-2361.

UNGER-SALDAÑA, K.; INFANTE-CASTAÑEDA, C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. **Salud Publica de México**, v. 51, p. s270-s285, 2009. ISSN 0036-3634. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800018&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800018&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2011.

VALLEJO DA SILVA, A. et al. Mastectomy in the era of implant-based reconstruction: Should we be removing the pectoralis fascia? **The Breast**, v. 21, n. 6, p. 779-780, Dec. 2012. ISSN 0960-9776. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977612001622> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

WANG, Q. et al. Breast cancer stage at diagnosis and area-based socioeconomic status: a multicenter 10-year retrospective clinical epidemiological study in China. **BioMed Central Cancer**, v. 12, n. 1, p. 122, 2012. ISSN 1471-2407. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/12/122> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

WIESNER C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. **Revista Colombiana de Cancerología**, v.11, n.1, p.13-22, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Fact sheet n° 297. Feb 2006. Geneva. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297>>. Acesso em: 18 de jun 2012.

WRIGHT, G. P. et al. Time from diagnosis to surgical treatment of breast cancer: factors influencing delays in initiating treatment. **The American Surgeon**, United States, v. 76, n. 10, p. 1119-1122, 2010. ISSN 0003-1348. Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21105624&lang=pt-br&site=ehost-live> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

WU, T. Y.; HSIEH H. F.; WEST, B.T. Demographics and perceptions of barriers toward breast cancer screening among Asian-American women. **Women Health**, v.48, n. 3,; p.261-81, 2008.

YAU, T. et al. Delay presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer centre. **Hong kong Medical Journal**, v. 16, n. 5, p. 373-77, 2010.

YOUK, J. H.; KIM, E.-K. Supplementary Screening Sonography in Mammographically Dense Breast: Pros and Cons. **Korean Journal of Radiology**, v. 11, n. 6, p. 589-593, Dec. 2010. ISSN 1229-6929. Disponível em: < <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3348/kjr.2010.11.6.589> >. Acesso em: 28 jun. 2013.

**APÊNDICES**

---

---

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**NOME DA PESQUISA:** Trajetória de mulheres sergipanas com câncer de mama nos serviços de saúde: dos sinais e sintomas ao tratamento.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Leila Luíza Conceição Gonçalves (Telefone para contato: 79/3255-0344)

Rua: Urbano Neto, nº 573, casa 05, Residencial J. Inácio – Coroa do Meio – Aracaju – Sergipe. CEP: 49.035-190

leilaluiza@usp.br

**ORIENTADORA:** Profa.Dra. Ana Maria de Almeida (Telefone para contato: 16/3602-3432)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida Bandeirantes 3900 – Campus USP Ribeirão Preto – CEP 14040-902

amalmeid@eer.usp.br

A senhora está sendo convidada para participar de uma pesquisa denominada “Trajetória de mulheres sergipanas com câncer de mama nos serviços de saúde: dos sinais e sintomas ao tratamento”. Esta pesquisa pretende analisar a atenção em saúde ao câncer de mama no estado. A Sra. foi selecionada como uma das 200 entrevistadas a participar deste estudo, porque a Sra. tem idade maior que 18 anos, tem diagnóstico de câncer de mama, mora em Sergipe e está fazendo quimioterapia nos serviços incluídos nesta pesquisa. A coleta de dados será realizada no serviço que a senhora faz quimioterapia, durante uma das sessões, portanto você não terá nenhum custo para participar.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, a Sra. decidirá pela sua participação ou não neste estudo. Se a Sra. concordar em participar deste estudo, lhe será solicitado que a Sra. conte sua história desde quando descobriu a doença até chegar ao serviço onde está realizando o tratamento, responda a um questionário contendo perguntas sobre informações gerais de sua vida como idade, estado civil, escolaridade, utensílios de sua casa e questões relacionadas ao câncer de mama e permissão para consultar o seu prontuário para obtermos informações sobre o câncer de mama, assim como para gravar a entrevista. Caso não se sinta confortável para responder a alguma das questões da entrevista e/ou que seu prontuário seja consultado, isso será respeitado porque sabemos que algumas questões do questionário podem causar desconforto e que as informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e são sigilosas. A entrevista terá uma duração de aproximadamente 20 minutos e será gravada, caso a Sra. autorize. A senhora não terá nenhum benefício direto pela sua participação no estudo, mas os resultados desta pesquisa poderão contribuir para organização dos serviços de assistência à saúde da mulher, de forma a melhorar o atendimento em busca de aumentar o número de casos de câncer de mama com possibilidade de cura.

Se a Sra. concordar em participar, terá o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, retirando seu consentimento a qualquer momento. Caso a senhora desista ou não deseje participar da pesquisa, não haverá prejuízos no seu tratamento. Nenhum tipo remuneração será oferecido pela sua participação. A Sra. poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa da qual participará, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando deste estudo. A Sra. não será identificada em momento algum e seu nome será mantido em total sigredo e receberá uma cópia deste termo assinado pelo pesquisador responsável.

Salientamos que as informações fornecidas pela Sra. poderão ser utilizadas para apresentação de trabalhos em congresso e publicação de artigos.

Agradecemos sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável (Leila L. C. Gonçalves): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
 PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM  
 DOUTORADO: LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO GONÇALVES  
 ORIENTADORA: PROFa.DRa.ANA MARIA DE ALMEIDA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Coletador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Prezado entrevistador, inicie a entrevista fazendo a seguinte solicitação à mulher:

- Conte-me sua história desde quando a senhora descobriu o seu problema de saúde (câncer de mama) até chegar a esse serviço:

<b>FILTRO:</b>		<b>[1] ENTREVISTA N.º</b> __ __ __	
[2] Idade _____ (em anos completos de quando a mulher descobriu a alteração na mama) anos			
[3] serviço de oncologia:			
<input type="checkbox"/> [1] Onco Hematos/Hospital Cirurgia <input type="checkbox"/> [2] Centro de Oncologia Oswaldo Leite/HUSE			
[4] N.º do registro ou prontuário: _____			
<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>			
[5] Nome _____			
[6] Data de Nascimento (dd/mm/aa): __/__/____			
[7] Telefone: _____			<input type="text"/>
[8] Cidade onde residia quando descobriu os sinais e sintomas: _____			
[1]Aracaju; [2]Nossa Senhora do Socorro; [3] Lagarto; [4]Itabaiana; [5] São Cristóvão; [6]Estância; [7]Tobias Barreto; [8]Itabaianinha; [9]Simão Dias; [10]Nossa Senhora da Glória; [11]Poço Redondo; [12]Capela; [13]Itaporanga d'Ajuda; [14] Propriá; [15]Porto da Folha; [16]Laranjeiras; [17]Boquim; [18]Barra dos Coqueiros; [19]Canindé de São Francisco; [20]Nossa Senhora das Dores; [21]Umbaúba; [22]Poço Verde; [23]Aquidabã; [24]Carira; [25]Riachão do Dantas [26]Salgado; [27]Neópolis; [28]Ribeirópolis; [29]Areia Branca; [30]Japarutuba; [31]Campo do Brito; [32]Cristinápolis; [33]Maruim; [34]Indiaroba; [35]Santa Luzia do Itanhý; [36]Frei Paulo; [37]Monte Alegre de Sergipe; [38]Carmópolis; [39]Pacatuba; [40]Japoatã; [41]Tomar do Geru; [42]Malhador; [43]Gararu; [44]Santo Amaro das Brotas; [45]Moita Bonita; [46]São Domingos; [47]Araúá; [48]Riachuelo; [49]Rosário do Catete; [50]Pedrinhas; [51]Nossa Senhora Aparecida; [52]Pirambu; [53]Ilha das Flores; [54]Siriri; [55]Brejo Grande; [56]Muribeca; [57] Santana do São Francisco; [58]Macambira; [59]Nossa Senhora de Lourdes; [60]Pinhão; [61]Graccho Cardoso; [62]Cedro de São João; [63]Feira Nova; [64]Itabi; [65]Divina Pastora; [66]Canhoba; [67]Cumbe; [68]Santa Rosa de Lima; [69]São Miguel do Aleixo; [70]Malhada dos Bois; [71]São Francisco; [72]Pedra Mole; [73]Telha; [74]General Maynard [75]Amparo de São Francisco			
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS:</b>			
[9] Qual a sua cor? <b>(ler as alternativas)</b>		[10] Situação Marital:	
<input type="checkbox"/> [1]branca <input type="checkbox"/> [2]parda <input type="checkbox"/> [3]preta <input type="checkbox"/> [4]oriental <input type="checkbox"/> [5]indígena		<input type="checkbox"/> [1] com companheiro <input type="checkbox"/> [2] sem companheiro	
[11] Até que ano da escola a Sra. estudou?		E até que ano da escola o chefe da família estudou?	
Escolaridade da <input type="text"/>		<input type="text"/>	

Entrevistada	<b>[12] Anos completos de estudo da entrevistada: _____ anos</b>	<u>Escolaridade do Chefe da família</u>	
[1] Analfabeto/		Analfabeto/	0
[2] até 3a Série Fundamental		até 3a Série Fundamental	0
[3] 4a. Série Fundamental		4a. Série Fundamental	1
[4] Fundamental completo		Fundamental completo	2
[5] Médio completo		Médio completo	4
[6] Superior completo	Superior completo	8	

Você possui algum desses itens na sua casa?

Itens de conforto	Não tem	Tem (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

**[13] CCEB Total de pontos:**

\_\_\_\_\_

<p><b>[14] Classe social:</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Classe E ( 0 a 7 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Classe D (8 a 13 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> [3] Classe C2 (14 a 17 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> [4] Classe C1 (18 a 22 pontos)</p>	<p>[5] Classe B2 (23 a 28 pontos)</p> <p>[6] Classe B1 (29 a 34 pontos)</p> <p>[7] Classe A2 (35 a 41 pontos)</p> <p>[8] Classe A1 (42 a 46 pontos)</p>	<p><b>[15] Renda familiar de acordo com Anexo 1:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>
---	---	--

**[16] Ocupação:** \_\_\_\_\_

[99] não sabe informar

**ASPECTOS RELATIVOS À DESCOBERTA E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA:**

**[17] Quando descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama (dd/mm/aa)?** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**[18] Como a senhora descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama?**

[1] autoexame das mamas

[2] Exame clínico das mamas

[3] Ultrassonografia

[4] Mamografia

[5] Palpação acidental

[6] OUTRO: \_\_\_\_\_

**[19] O que a senhora percebeu ou sentiu na mama que fez com que procurasse assistência em saúde?**

	SIM	NÃO					
[1] nódulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> </div>				
[2] dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
[3] descarga papilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
[4] úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

[5] edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[6] eritema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[7] prurido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[8] retração do mamilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[9] outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>		
[99] Não se aplica	<input type="checkbox"/>		
<b>[20] Quando a senhora fez a 1ª consulta após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama? (dd/mm/aa)?</b> ____/____/____.			
<b>[21] Com qual profissional a senhora realizou a 1ª consulta?</b>		<b>[22] Quem pagou por essa consulta?</b>	
<input type="checkbox"/> [1] Médico clínico <input type="checkbox"/> [2] Médico PSF <input type="checkbox"/> [3] Ginecologista <input type="checkbox"/> [4] Mastologista <input type="checkbox"/> [5] Enfermeiro <input type="checkbox"/> [6] Enfermeiro PSF <input type="checkbox"/> [7] Oncologista <input type="checkbox"/> [8] Não sabe informar <input type="checkbox"/> [9] outro: _____		<input type="checkbox"/> [1]SUS <input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde <input type="checkbox"/> [3]Particular <input type="checkbox"/> [88] Não soube informar <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica	
<b>[23] Fez mamografia após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama?</b>		<b>[24] Quem pagou por esse procedimento?</b>	
<input type="checkbox"/> [1] Sim. → <input type="checkbox"/> [2] Não. <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica		<input type="checkbox"/> [1]SUS <input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde <input type="checkbox"/> [3]Particular <input type="checkbox"/> [88] Não soube informar <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica	
<b>[25] Fez ultrassonografia da mama após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama?</b>		<b>[26] Quem pagou por esse procedimento?</b>	
<input type="checkbox"/> [1] Sim. → <input type="checkbox"/> [2] Não. <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica		<input type="checkbox"/> [1]SUS <input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde <input type="checkbox"/> [3]Particular <input type="checkbox"/> [88] Não soube informar <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica	
<b>[27] A senhora realizou punção na mama?</b>		<b>[28] Quem pagou por esse procedimento?</b>	
<input type="checkbox"/> [1] Sim → <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [88] Não soube informar		<input type="checkbox"/> [1]SUS <input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde <input type="checkbox"/> [3]Particular <input type="checkbox"/> [88] Não soube informar <input type="checkbox"/> [99] Não se aplica	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Quando?</b> ____/____/____            OBS: caso a mulher não saiba informar a data colocar 09/09/9999         </div>			

<p><b>[29] A senhora realizou biópsia incisional?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Quando? ___/___/___ OBS: caso a mulher não saiba informar a data colocar 09/09/9999</span> →</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>[30] Quem pagou por esse procedimento?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1]SUS <span style="float: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> [3]Particular</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p> <p><input type="checkbox"/> [99] Não se aplica</p>
---	---

**ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

<p><b>[31]A senhora realizou algum tipo de cirurgia na mama?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Quando? ___/___/___ OBS: caso a mulher não saiba informar a data colocar 09/09/9999</span> →</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p> <p><input type="checkbox"/> [88] não soube informar</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>[32] Quem pagou por esse procedimento?</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> [1]SUS</p> <p><input type="checkbox"/> [2]Plano de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> [3]Particular</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p> <p><input type="checkbox"/> [99] Não se aplica</p>	<p><b>[33] Qual?</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Mastectomia.</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Quadrantectomia.</p> <p><input type="checkbox"/> [3]Nodulectomia</p> <p><input type="checkbox"/> [4]Outra: _____</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p> <p><input type="checkbox"/> [99] Não se aplica</p>
--	--	---

<p><b>[34] A senhora fez ou está fazendo quimioterapia antes da cirurgia?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim →</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Quando começou? ___/___/___ Terminou? ___/___/___</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Em curso</p> </div> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
---	---

<p><b>[35] A senhora está fazendo quimioterapia após a cirurgia?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim →</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Quando começou? ___/___/___ Terminou? ___/___/___</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Em curso</p> </div> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
--	---

<p><b>[36] A senhora fez ou está fazendo radioterapia?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim →</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p> <p><input type="checkbox"/> [88] Não soube informar</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Quando começou? ___/___/___ Terminou? ___/___/___</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Em curso</p> </div> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
--	---

**BARREIRAS E AS FACILIDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

<p><b>[37] Durante a sua trajetória de saúde, a Sra. adiou ou cancelou consultas médicas, exames ou tratamentos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Preencher questões 38, 39 e 40.</span></p> <p><input type="checkbox"/> [2] Não</p>	<p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
--	---

<p><b>[38] Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?</b></p>	<p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

[39] Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:

---



---



---



---



---



---



---



---

[40] Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?

---



---



---



---

[41] Durante a sua trajetória de tratamento do câncer, aconteceu alguma situação ou alguma coisa ou pessoa que contribuíram para a demora na obtenção de consultas médicas, exames ou tratamentos?

[1] Sim → Preencher questões 42, 43 e 44

[2] Não

[42] Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?

---



---



---



---



---



---



---



---

[43] Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:

---



---



---



---



---



---



---



---

[44] Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?

---



---



---



---

[45] Durante a sua trajetória de tratamento do câncer, aconteceu alguma situação ou alguma coisa ou pessoa que contribuíram para a obtenção de consultas médicas, exames ou tratamentos, mais rapidamente?

[1] Sim → Preencher questões 46, 47 e 48.

[2] Não

<b>[46] Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?</b>	<input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>[47] Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>[48] Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?</b> <hr/> <hr/> <hr/>	

Data do preenchimento: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
 PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM  
 DOUTORADO: LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO GONÇALVES  
 ORIENTADORA: PROFa. DRa. ANA MARIA DE ALMEIDA  
 FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

Coletador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

<b>FILTRO:</b>		<b>[1] ENTREVISTA N.º</b> ___ ___ ___
<b>[2] serviço de oncologia:</b> <input type="checkbox"/> [1] Onco Hematos/Hospital Cirurgia <input type="checkbox"/> [2] Centro de Oncologia Oswaldo leite/HUSE		
<b>[4] N.º do registro ou prontuário:</b> _____		
<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>		
<b>[5] Nome</b> _____		
<b>[6] Data de Nascimento (dd/mm/aa):</b> ___/___/___		
<b>ASPECTOS RELATIVOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA:</b>		
<b>[49] Fez a punção na mama após a descoberta do nódulo?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <input type="checkbox"/> [88] Não realizou o procedimento <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<b>[50] tipo de punção realizada: →</b> <input type="checkbox"/> [1] PAAF <input type="checkbox"/> [2] PAG <input type="checkbox"/> [3] PAAF e PAG	<b>Quando (dd/mm/aa)?</b> <input type="checkbox"/> [51] (data de entrada do material): ___/___/___ <input type="checkbox"/> [52] (data do laudo): ___/___/___
<b>[53] Fez a biópsia incisional após a descoberta do nódulo?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <input type="checkbox"/> [88] Não realizou o procedimento <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<b>Quando (dd/mm/aa)?</b> <input type="checkbox"/> [54] (data de entrada da peça cirúrgica): ___/___/___ <input type="checkbox"/> [55] (data do laudo): ___/___/___	
<b>[56] Fez o anatomopatológico da cirurgia após a descoberta do nódulo?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <input type="checkbox"/> [88] Não realizou o procedimento <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<b>Quando (dd/mm/aa)?</b> <input type="checkbox"/> [57] (data de entrada da peça cirúrgica): ___/___/___ <input type="checkbox"/> [58] (data do laudo): ___/___/___	
<b>[59] Realizou a imuno-histoquímica?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<b>Quando (dd/mm/aa)?</b> <input type="checkbox"/> [60] (data de entrada da peça): ___/___/___ <input type="checkbox"/> [61] (data do laudo): ___/___/___	
<b>ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA</b>		
<b>[62] Realizou algum tipo de cirurgia na mama?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Preencher questões: 63,64 e 65.</span> <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<b>[63] Data da cirurgia (dd/mm/aa)?</b> ___/___/___	
<b>[64] Tipo de Cirurgia:</b> <input type="checkbox"/> [1] Mastectomia.	<input type="checkbox"/> [1] Radical tipo Hasteld	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> [2] Quadrantectomia. <input type="checkbox"/> [3] Nodulectomia <input type="checkbox"/> [4] Outra: _____ <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<input type="checkbox"/> [2] Radical tipo Patey <input type="checkbox"/> [3] Radical tipo Madden <input type="checkbox"/> [4] Outra: _____ <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	
<b>[66] Tipo histopatológico predominante/mais agressivo:</b>		
<input type="checkbox"/> [1] Carcinoma Ductal Invasivo <input type="checkbox"/> [2] Carcinoma Ductal "in situ" <input type="checkbox"/> [3] Carcinoma Lobular Invasivo <input type="checkbox"/> [4] Carcinoma Lobular "in situ"	<input type="checkbox"/> [5] Carcinoma Medular <input type="checkbox"/> [6] Outro: _____ <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	
<b>[67] Dissecção axilar completa?</b>	<b>[68] Número de linfonodos avaliados:</b> _____	<b>[69] Número de linfonodos Positivos:</b> _____
<input type="checkbox"/> [1] Sim → Ir para 68 e 69 <input type="checkbox"/> [2] Não → Ir para 70 <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] não disponível	<input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível
<b>[70] Realizou Linfonodo Sentinela?</b>	<b>[71] Resultado do LS</b>	
<input type="checkbox"/> [1] Sim → Ir para 71 <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	<input type="checkbox"/> [1] Positivo <input type="checkbox"/> [2] Negativo <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	
<b>[72] Tamanho do tumor:</b> _____ <input type="checkbox"/> [99] Não disponível		
<b>[73] Metástase:</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [99] Não disponível		
↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Preencher a questão 74</div>		
<b>[74] Local da metástase:</b>		
<input type="checkbox"/> [1] Cérebro <input type="checkbox"/> [4] Fígado <input type="checkbox"/> [2] Pulmão <input type="checkbox"/> [5] Osso <input type="checkbox"/> [3] Medula óssea <input type="checkbox"/> [6] Pele <input type="checkbox"/> [88] Não se aplica		
<b>[75] Estádio clínico:</b> _____ <input type="checkbox"/> [99] Não disponível		
<input type="checkbox"/> <b>TX</b> -Tumor primário não pode ser avaliado <input type="checkbox"/> <b>T0</b> - Ausência de evidência de tumor primário <input type="checkbox"/> <b>Tis (DCIS)</b> - Ductal Carcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> <b>Tis (LCIS)</b> - Lobular Carcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> <b>Tis (Doença De Paget)</b> - A doença de Paget do Níppel não associados ○ com carcinoma invasivo e / ou carcinoma <i>in situ</i> no parênquima mamário subjacente. <b>T</b> <input type="checkbox"/> <b>T1mi</b> –microinvasão < 0,1 cm em sua maior dimensão; <input type="checkbox"/> <b>T1a</b> - > 0,1 cm e < ou igual 0,5 cm em sua maior dimensão; <input type="checkbox"/> <b>T1b</b> - > 0,5 cm e < ou igual 1 cm em sua maior dimensão; <input type="checkbox"/> <b>T1c</b> - > 1 cm e < ou igual 2 cm em sua maior dimensão <input type="checkbox"/> <b>T2</b> -> 2 cm e < ou igual 5 cm em sua maior dimensão <input type="checkbox"/> <b>T3</b> -> 5 cm em sua maior dimensão <input type="checkbox"/> <b>T4a</b> -qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica; <input type="checkbox"/> <b>T4b</b> -qualquer tamanho envolve comprometimento de pele da mama;		

	<input type="checkbox"/> <b>T4c</b> -qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica e envolvendo <ul style="list-style-type: none"> <li>o a pele;</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>T4d</b> – câncer inflamatório;
<b>N</b>	<input type="checkbox"/> <b>NX</b> - Linfonodos regionais não foram avaliados <input type="checkbox"/> <b>N0</b> - sem metástase regional <input type="checkbox"/> <b>N1</b> - Metástase para linfonodos axilares ipsilaterais móveis <input type="checkbox"/> <b>N2a</b> - metástase para linfonodos axilares ipsilaterais fixos entre eles e outras estruturas <input type="checkbox"/> <b>N2b</b> -metástase clinicamente aparente apenas em linfonodos da cadeia mamária interna na ausência de metástase clinicamente aparente na cadeia axilar <input type="checkbox"/> <b>N3a</b> - metástases para linfonodos da cadeia infraclavicular ipsilateral com ou sem envolvimento da cadeia axilar <input type="checkbox"/> <b>N3b</b> - metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna ipsilateral, na presença de metástase clinicamente positiva na região axilar; <input type="checkbox"/> <b>N3c</b> - metástase para cadeia linfática ipsilateral supraclavicular, com ou sem envolvimento da cadeia axilar ou mamária interna
<b>M</b>	<input type="checkbox"/> <b>M0</b> - Ausência de evidência clínica ou radiológica de metástase a distância <input type="checkbox"/> <b>cM0(I+)</b> - Ausência de evidência clínica ou radiológica de metástase a distância, mais depósitos de moléculas ou células tumorais microscópicas foram detectadas na circulação sanguínea, medula óssea ou ou outro tecido nodal extra-regionais que não são maiores do que 0,2 mm em um paciente sem sintomas ou sinais de metástase <input type="checkbox"/> <b>M1</b> - Metástase a distância detectada clinicamente ou histologicamente ou por radiologia.
<b>[76] Estádio patológico:</b> _____ <input type="checkbox"/> [99] Não disponível	
<b>[77] Realizou ou está realizando algum tipo de tratamento antes da cirurgia?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ir para 78</span> <input type="checkbox"/> [2] Não <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></span> <input type="checkbox"/> [99] não disponível	<b>[78] Datas, Número de ciclos e drogas utilizadas</b> <input type="checkbox"/> [1] Quimioterapia. Data de início (dd/mm/aa): ___/___/___ Data de Término(dd/mm/aa): ___/___/___; Nº de ciclos: _____; Esquema: _____ ( ) em curso  <input type="checkbox"/> [2]Radioterapia. Data de início (dd/mm/aa): ___/___/___ Data de Término(dd/mm/aa): ___/___/___; Nº de sessões: _____; ( ) em curso
<b>[79] Realizou ou está realizando algum tipo de tratamento após a cirurgia?</b> <input type="checkbox"/> [1] Sim → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ir para 80</span> <input type="checkbox"/> [2] Não <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></span> <input type="checkbox"/> [99] não disponível	<b>[80] Datas, número de ciclos e drogas utilizadas</b> <input type="checkbox"/> [1]Quimioterapia. Data de início (dd/mm/aa): ___/___/___ Data de Término(dd/mm/aa): ___/___/___; Nº de ciclos: _____; Esquema: _____ _____ ( ) em curso  <input type="checkbox"/> [2]Radioterapia. Data de início (dd/mm/aa): ___/___/___ Data de Término(dd/mm/aa): ___/___/___; Nº de sessões: _____; ( ) em curso

Data do preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – MANUAL DO COLETADOR**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO: LEILA LUÍZA CONCEIÇÃO GONÇALVES  
ORIENTADORA: PROFa. DRa. ANA MARIA DE ALMEIDA**

**INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA E COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO**

**MANUAL DO COLETADOR**

## INTRODUÇÃO

O presente manual foi desenvolvido com objetivo de fornecer as instruções básicas a serem seguidas pelos coletadores para a execução correta do levantamento das informações, a fim de realizar uma coleta de dados de qualidade. O manual contém as formas de abordagem, como iniciar um contato para realizar a entrevista, como utilizar e preencher o roteiro de entrevista e o formulário de coleta de dados em prontuário.

Os procedimentos descritos neste manual visam a padronizar a forma de realização das entrevistas e do levantamento das informações do prontuário e servirão como guia para solução de problemas e/ou dúvidas que possam ocorrer, durante a coleta dos dados.

## O ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal que pretende obter informações sobre a atenção em saúde ao câncer de mama em Sergipe, tendo como fonte as mulheres diagnosticadas com essa neoplasia que iniciaram tratamento quimioterápico no período de 01/08/2011 a 31/12/2012, com a intenção de contribuir no esclarecimento da atenção em saúde ao câncer de mama, subsidiando ações para a implementação de programa de saúde voltado ao controle e assistência a essa neoplasia.

## OBJETIVOS DO ESTUDO

**Geral:** Analisar a trajetória de mulheres sergipanas com câncer de mama em serviços públicos de saúde.

### Específicos:

1. Verificar métodos diagnósticos e tratamento utilizados para o câncer de mama;
2. Determinar o câncer de mama por estágio nos grupos em estudo;
3. Identificar o sinal ou sintoma determinante na procura de assistência em saúde;
4. Identificar os intervalos de tempo na condução dos casos de câncer de mama dessas mulheres, desde os sinais e sintomas ao diagnóstico e o início do tratamento;
5. Identificar as barreiras e as facilidades no acesso dos serviços públicos desde a identificação de sinais e sintomas até o início do tratamento.

## CRONOGRAMA E ORGANIZAÇÃO PARA TRABALHO DE CAMPO

- ✓ Data prevista para o início do levantamento das informações: 10/2011
- ✓ Data prevista para o término do levantamento das informações: 09/2012
- ✓ O levantamento das informações ocorrerá nas instituições sedadoras da pesquisa.
- ✓ Cada coletador realizará em média 67 entrevistas e revisará 67 prontuários das mulheres que entrevistou.
- ✓ Os instrumentos de coleta de dados deverão ser entregues semanalmente, durante os encontros.

- ✓ Uma vez por semana será realizado encontro para serem discutidos os problemas, dúvidas e intercorrências e para entrega dos instrumentos.
- ✓ Serão checados 10% do total de mulheres entrevistadas e prontuários utilizados, por cada coletador, sorteados aleatoriamente como forma de verificar a qualidade das informações coletadas.
- ✓ O pagamento pelas entrevistas ocorrerá somente ao final de cada mês. Caso a entrevistadora abandone a pesquisa antes de completar as entrevistas, serão pagas apenas aquelas que foram realizadas.

### **PÚBLICO-ALVO**

O nosso público serão mulheres diagnosticadas com câncer de mama cadastradas nos referidos centros entre 1º/08/2011 a 31/12/2012 e que aceitarem voluntariamente participar da pesquisa.

### **O PAPEL DO COLETADOR DE DADOS**

O trabalho do coletador de dados é fundamental para o estudo, e a qualidade do seu trabalho determinará em grande parte a qualidade do estudo. É importante que você leia cuidadosamente todas as instruções apresentadas neste manual junto com o formulário e anote qualquer dúvida que apresentar para esclarecimento.

São qualidades fundamentais de um bom coletador de dados:

- ✓ Sensibilidade
- ✓ Atenção
- ✓ Interesse
- ✓ Inciativa
- ✓ Estabelecer bom relacionamento
- ✓ Postura neutra
- ✓ Linguagem clara
- ✓ Letra legível
- ✓ Precisão ao registrar as respostas
- ✓ Deixar o entrevistado satisfeito

### **TREINAMENTO DO COLETADOR DE DADOS**

Seu treinamento como coletador é muito importante para o êxito da pesquisa e consistirá de aulas teóricas e práticas. Serão feitas simulação de entrevista e de coleta de dados em prontuário, nos quais você assistirá a uma entrevista e a uma revisão de prontuário, previamente preparadas. Durante o treinamento, serão discutidas as seções do roteiro de entrevista e do formulário de coleta de dados em prontuário e cada uma das perguntas e suas instruções. O treinamento também incluirá prática de campo, e você terá de fazer entrevistas e coletar dados em prontuário e revisar os instrumentos preenchidos por seus colegas do mesmo modo como será feito com os seus.

### **A ENTREVISTA**

***Esta é uma etapa importante da pesquisa, devendo ser realizada com cuidado e atenção. Você deverá tentar estabelecer uma relação empática com a mulher para desenvolver a entrevista e***

**obter as informações necessárias. Seja paciente e esteja aberto a esclarecer dúvidas ao final da entrevista.**

- A seguir apresentaremos informações gerais sobre como abordar a mulher e entrevistar:
- ✓ Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não utilizar acessórios grandes, coloridos ou que chamem atenção. Não coma ou beba durante a entrevista.
  - ✓ Use sempre o crachá de identificação. Se necessário mostre a carta de apresentação. Lembre à pessoa, que ela tem o telefone da pesquisadora responsável no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Forneça-a novamente se esta lhe solicitar.
  - ✓ Trate as entrevistadas por Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pedir para ser tratada de outra forma.
  - ✓ No primeiro contato, deixe logo claro que você faz parte de uma pesquisa da Universidade de Federal de Sergipe em parceria com a Universidade de São Paulo, e que quer apenas conversar, ressaltando que você não quer vender nada.
  - ✓ Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de aceitar participar da pesquisa e nem de lhe dar atenção.
  - ✓ Explique a importância da participação da entrevistada.
  - ✓ Quando houver recusa, falar da importância da pesquisa e sobre o sigilo das informações coletadas, conforme consta no TCLE.
  - ✓ Em caso de recusa, sinalizar na lista de pacientes, e passe a informação para seu supervisor.
  - ✓ Diga o tempo de duração da entrevista.
  - ✓ Lembre-se de que a participação é voluntária e recusas devem ser respeitadas.
  - ✓ Caso a mulher deseje participar da pesquisa, mas não se encontra em condições no momento, agende um horário com ela, preferencialmente, quando ela retornar ao serviço para consulta ou tratamento.
  - ✓ Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
  - ✓ Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Cuidado para não manifestar expressões como “Nossa!!!”, “Foi Mesmo!!!”, “QUE ABSURDO”, dentre outras e com a expressão facial. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e

não transmitir ensinamentos ou influenciar na resposta. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas.

- ✓ Leia as perguntas para a entrevistada. Inicialmente, não tente melhorar a forma de perguntar e repita a questão, se necessário. Só depois disto você deve explicar o que quer saber com aquela pergunta.
- ✓ **ENTRE EM CONTATO COM O SUPERVISOR OU COM A PESQUISADORA RESPONSÁVEL SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.**
- ✓ Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- ✓ Procure realizar a entrevista em local seguro e restrito, longe de outras pessoas que possam influenciar nas respostas.
- ✓ Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- ✓ Mantenha à mão o seu Manual de Instruções e o consulte se necessário, durante a entrevista.

**O acompanhante que esteve junto à mulher durante toda a sua trajetória de assistência ao câncer de mama é uma boa fonte de informações. Caso ele ou ela deseje participar da entrevista, você deverá solicitar que ele também assine o TCLE.**

#### **TÉCNICAS DE ENTREVISTA**

Durante as entrevistas, alguns pontos devem ser considerados:

- ✓ Leia claramente as questões do roteiro e tom audível e compreensível.
- ✓ Fazer as perguntas exatamente como estão escritas e na ordem do roteiro, evitando acrescentar suas palavras.
- ✓ Preserve a integridade e higiene dos instrumentos de coleta de dados. Usar sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- ✓ Mantenha-se diante da entrevistada de modo que ela não possa ler o roteiro e nem o que está sendo anotado.
- ✓ As letras e números devem ser escritos de maneira legível, sem deixar margem para dúvidas.
- ✓ Nunca deixar nenhuma resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no formulário.

***Lembre-se de que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar à instituição e entrar em contato, pessoalmente, com a entrevista.***

- ✓ Não usar abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.

- ✓ Nunca passar para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta.

**Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.**

- ✓ Esteja atento para não pular nenhuma pergunta. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- ✓ Nunca confiar em sua memória, não deixar para registrar a informação depois da entrevista.
- ✓ Não encerrar a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher. Quando você tiver dúvida sobre a resposta, tentar esclarecer com a entrevistada.
- ✓ Escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor, estas anotações são muito importantes.
- ✓ As instruções no roteiro servem apenas para lhe orientar na condução da entrevista, não devendo ser lidas para a entrevistada.
- ✓ Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras da informante.

#### **CODIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

- ✓ As respostas devem ser registradas no corpo do Roteiro de entrevista e do Formulário de coleta de dados em prontuário. Não assinale na coluna da esquerda, pois este espaço, é de uso exclusivo para codificação. Assinale a alternativa no espaço reservado.
- ✓ No final do dia ou turno de trabalho, revisar os instrumentos aplicados e codificá-los. Para tal, utilize o espaço reservado para colocação dos códigos. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com o supervisor.
- ✓ Em respostas de idade e escolaridade considere os anos completos. Exemplo: Se a entrevistada responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.
- ✓ Para codificar o questionário, olhe o exemplo abaixo. Na questão 09, por exemplo, o participante respondeu “sim” e isto significa que o código desta alternativa, que é “1”, deve ser colocado no espaço à direita de codificação.
- ✓ Lembre-se de que as datas devem ser preenchidas de forma completa com dia, mês e ano. Caso a mulher não saiba informar a data exata, registre a data aproximada informada pela mulher, considerando eventos importantes da vida, como aniversários, feriados e datas comemorativas que poderão ajudá-la a recordar as datas em relação aos cuidados oncológicos.

**[9] Situação Marital**[1] com companheiro [2] sem companheiro 

1

**O FIM DO LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES**

- ✓ Examinar todas as folhas dos instrumentos e certificar-se de que todas as questões foram preenchidas.
- ✓ Agradecer pela participação e pelo tempo que a entrevistada lhe dedicou e reforçar sobre o sigilo da pesquisa.
- ✓ Devolver o prontuário ao local de origem ou ao profissional que forneceu, agradecendo pela colaboração.
- ✓ Caso a instituição tenha cedido espaço reservado para a realização da entrevista e/ou coleta de dados em prontuário, deixar o espaço organizado da mesma forma que encontrou e desligar ar-condicionado e as lâmpadas.

**INSTRUÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS**

- ✓ É imprescindível que sua letra seja legível, sem deixar margem para dúvidas.
- ✓ Para preencher os instrumentos use sempre caneta preta. As respostas devem ser anotadas diretamente no instrumento, na hora em que forem obtidas. Não confie na sua memória!
- ✓ Para preencher o instrumento, faça um “X” sobre o quadradinho correto. No caso de errar ao marcar o quadradinho, faça um traço único na resposta errada e marque com um X o quadradinho certo, coloque suas iniciais e a data da modificação ao lado do item rasurado.
- ✓ **NÃO UTILIZE LÍQUIDO CORRETOR OU TENDE APAGAR AS INFORMAÇÕES COM BORRACHA.**
- ✓ Nas questões “outro”, faça um “X” e escreva textualmente a resposta nos espaços correspondentes. Se errar ao anotar a resposta, passe um traço único sobre o que estiver errado, escreva a resposta correta e coloque suas iniciais e a data da modificação ao lado do item rasurado.
- ✓ Se em alguma pergunta a entrevistada não se lembrar de algum dado, peça para ela estimar a informação, e anote que **DADO ESTIMADO**. Se a mulher se negar a responder uma pergunta, escreva **RECUSA** frente à questão.
- ✓ Leia as informações registradas no prontuário com atenção e analise o prontuário de forma minuciosa. Leia todos os registros
- ✓ Ao iniciar a entrevista, escreva seu nome em letra de forma e hora da entrevista.
- ✓ Ao finalizar o preenchimento do Roteiro de Entrevista e do Formulário de coleta de dados em Prontuário, coloque a data e assine seu nome completo.

**ASPECTOS ESPECÍFICOS SOBRE O ROTEIRO DE ENTREVISTA**

O roteiro é composto por seis partes:

**PARTE I**

Antes de iniciar o preenchimento do roteiro de entrevista faça a seguinte solicitação para a mulher:

- ✓ **Conte-me sua história desde quando a senhora descobriu o seu problema de saúde (câncer de mama) até chegar a esse serviço**

O objetivo dessa questão é fazer com que a mulher conte a sua trajetória de vida e saúde, desde a descoberta do câncer de mama até o tratamento. O entrevistador deve estimular a fala da mulher, principalmente, quando ela mencionar aspectos e situações que poderão ser caracterizados como barreiras ou facilidades de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, o entrevistador não deverá fazer perguntas que induzam a resposta, ex.: A Sra. considera essa situação uma facilidade ou uma dificuldade?

O entrevistador deverá realizar questões que motivem a mulher a contar de forma detalhada a situação mencionada, Ex.: Quais foram os motivos que levaram a senhora a fazer isso? A Sra. informou que mora no município..., como a Sra. faz para chegar até aqui ao serviço e fazer o tratamento? Por quais motivos a senhora pagou pelos exames? Como a senhora faz para realizar as tarefas domésticas e os cuidados com a família?

## **PARTE II- FILTRO**

Antes de iniciar a entrevista, preencha a parte denominada de filtro, com os dados solicitados nela.

**Idade da paciente em anos completos quando ela descobriu a alteração na mama.** Assinale em qual serviço a mulher está cadastrada, que deve ser o mesmo local onde você deve estar realizando a entrevista. Por fim, anote o número de registro ou do prontuário da mulher no serviço, tendo como fontes o cartão do serviço ou o prontuário dela.

## **PARTE III e IV – IDENTIFICAÇÃO e INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Inicie a entrevista explicando à mulher que você deseja saber dela alguns dados pessoais como nome completo, data de nascimento, cidade onde mora, telefone, cor da pele, estado civil, escolaridade e outros. Assegure que as informações fornecidas por ela são confidenciais.

A seguir, estão as instruções para cada pergunta

### **Qual é o seu nome?**

Anotar o nome completo da entrevistada, sem abreviações.

### **Qual a data do seu nascimento?**

Anote dia, mês e ano de nascimento da mulher. Caso ela não se lembre copie de algum documento, ou cópia de documento anexada ao prontuário. Se não for possível obter a informação escreva “NÃO LEMBRA”.

### **Possui telefone residencial fixo ou celular para contato caso seja necessário?**

Pergunte à entrevistada se ela possui uma linha telefônica fixa em sua residência. De preferência ao número fixo. Caso ela não tenha, pergunte se ela tem algum celular. Anote o número.

### **Qual a sua cor?**

Questione a cor da pele da entrevistada e marque uma das opções.

### **Qual seu estado marital?**

Marque a resposta da entrevistada, lendo todas as alternativas.

**Até que ano da escola a senhora estudou? E o chefe da família?**

Leia as alternativas para a entrevistada e marque a resposta. Em seguida pergunte até que ano o chefe da família estudou, leia as alternativas e marque a resposta.

**Atenção: entende-se como chefe da família o indivíduo que é o principal gerador de renda da família.**

**Anos completos de estudo**

Devem ser contados a partir da 1ª série do 1º grau e são contados apenas os anos completos.

**A senhora possui algum desses itens em sua casa? Quantos?**

Leia todos os itens e marque na tabela os itens que a entrevistada não tem, e os que ela tem e quantos destes itens ela possui.

**Qual a sua ocupação?**

Pergunte a mulher qual trabalho ela exerce e registre no espaço determinado do formulário.

**PARTE V – ASPECTOS RELATIVOS À DESCOBERTA E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA**

Quando entrar nesta parte do formulário, pergunte a mulher se ela sabe a causa de ela estar ali e para que ela esteja sendo tratada. Caso ela saiba que é para câncer de mama, diga: Agora vamos falar sobre algumas questões relacionadas à descoberta do câncer de mama. Caso ela não saiba, diga: Agora vamos falar sobre algumas questões relacionadas à descoberta da doença da senhora. O propósito destas perguntas sobre a descoberta do câncer de mama é investigar como a descoberta da neoplasia ocorreu, quais atitudes a mulher tomou diante da descoberta de alteração na mama, os passos percorridos pela mulher na busca de atenção em saúde e que eventos facilitaram ou dificultaram o acesso da mulher aos serviços. Estas perguntas podem fazer com que a mulher recorde de momentos delicados que ela vivenciou, gerando desconforto, choro, angústia em algumas mulheres. Você deve manter uma postura séria e respeitosa, promovendo pausas para a mulher continuar com a entrevista caso ela deseje ou até mesmo suspender a entrevista, caso ela não tenha condições de continuar. Tente agendar para outro dia, caso a mulher deseje continuar fazendo parte da pesquisa.

**Quando descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama?**

- ✓ Nesta questão, devemos perguntar a data (**dia, mês e ano**) que a mulher identificou sinais e sintomas de alteração na mama. Caso a mulher não saiba informar a data exata, registre a data aproximada informada pela mulher, considerando eventos importantes da vida, como aniversários, feriados e datas comemorativas, que poderão ajudá-la a recordar a informação solicitada. Registre a resposta que ela referir.

**LEMBRE-SE DE QUE A DATA SOLICITADA É AQUELA QUE A MULHER PERCEBEU ALGO DIFERENTE EM SUA MAMA E NÃO A DATA QUE ELA RECEBEU O DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CÂNCER DE MAMA.**

**Como a Sra. descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber a forma de detecção dos sinais e sintomas de alteração na mama. Avalie a resposta da mulher e assinale a alternativa correspondente.

**O que a senhora percebeu ou sentiu na mama que fez com que procurasse assistência em saúde?**

- ✓ Nesta questão queremos saber qual sinal ou sintoma de alteração na mama levou a mulher à busca de assistência em saúde. Avalie a resposta da mulher e assinale a alternativa correspondente.

**Quando fez a 1ª consulta após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama?**

- ✓ Nesta questão, devemos perguntar a data (**dia, mês e ano**) que a mulher realizou a primeira consulta, após ter identificado sinais e sintomas de alteração na mama. Caso a mulher não saiba informar a data exata, registre a data aproximada informada pela mulher, considerando eventos importantes da vida, como aniversários, feriados e datas comemorativas, que poderão ajudá-la a recordar a informação solicitada. Registre a resposta que ela referir.

**Com qual profissional realizou a consulta?**

- ✓ Nesta questão queremos saber qual foi o profissional de saúde que realizou a primeira consulta à mulher após ela ter identificado sinais e sintomas de alteração na mama e buscado atenção em saúde. Leia as alternativas e assinale a que a entrevistada responder.

**A senhora fez mamografia após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou mamografia após ter identificado sinais e sintomas de alteração na mama e realizado a primeira consulta com profissional de saúde. Assinale o que a entrevistada referir.

**A senhora fez ultrassonografia da mama após a descoberta dos sinais e sintomas de alteração na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou ultrassonografia da mama após ter identificado sinais e sintomas de alteração na mama e realizado a primeira consulta com profissional de saúde. Assinale o que a entrevistada referir.

**A senhora fez punção na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou por agulha grossa (PAG) ou core biopsy da mama. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos, você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, os procedimentos referidos na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**A senhora fez biópsia incisional da mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou biópsia incisional da mama. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos, você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, o procedimento referido na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**Quem pagou por essa consulta ou procedimento?**

- ✓ Nesta questão queremos saber quem custeou a consulta ou o procedimento (mamografia, ultrassonografia, biópsia, cirurgia), ou seja, se a mulher realizou aquela ação através do sistema único de saúde, ou do Plano de saúde, ou particular.

**O entrevistador deverá ter bastante atenção a esse questionamento, pois o mesmo aparece várias vezes no formulário.**

**PARTE VI – ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

Quando entrar nesta parte do formulário diga: Agora eu vou fazer perguntas sobre o tratamento para o câncer de mama ou a doença da senhora. O tratamento para o câncer de mama consiste, geralmente, em associar cirurgia da mama, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia para aumentar as chances de cura da paciente. Caso a mulher não compreenda o que você falou sobre as formas de tratamento, explique utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, os procedimentos de tratamento referidos.

**A senhora realizou algum tipo de cirurgia na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou algum tipo de cirurgia na mama (mastectomia, quadractomia ou nodulectomia) para a remoção da neoplasia mamária. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, o procedimento referido na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**Quando a senhora realizou a cirurgia na mama?**

- ✓ Nesta questão, devemos perguntar a data (**dia, mês e ano**) que a mulher realizou a cirurgia da mama. Caso a mulher não saiba informar a data exata, registre a data aproximada informada pela mulher, considerando eventos importantes da vida, como aniversários, feriados e datas comemorativas, que poderão ajudá-la a recordar a informação solicitada. Registre a resposta que ela referir.

**Que tipo de cirurgia?**

- ✓ Nesta questão queremos saber o tipo de cirurgia da mama a paciente realizou (mastectomia, quadractomia, nodulectomia) para a remoção da neoplasia mamária.

**A senhora realizou ou está realizando quimioterapia antes da cirurgia?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou quimioterapia ou está realizando neoadjuvante como parte do tratamento para a neoplasia mamária. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos, você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, o procedimento referido na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**A senhora está fazendo quimioterapia após a cirurgia?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada está realizando quimioterapia adjuvante como parte do tratamento para a neoplasia mamária. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos, você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevistada, o procedimento referido na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**A senhora fez ou está fazendo radioterapia?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a entrevistada realizou radioterapia neoadjuvante ou está sendo submetida à radioterapia adjuvante como parte do tratamento para a neoplasia mamária. Caso a mulher não compreenda os termos técnicos, você deverá explicar utilizando linguagem simples, considerando a capacidade de compreensão da entrevista, o procedimento referido na questão. Assinale o que a entrevistada referir.

**PARTE VII – BARREIRAS E AS FACILIDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE****Durante a sua trajetória de saúde, a Sra. adiou ou cancelou consultas médicas, exames ou tratamentos?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber se a entrevistada adiou ou cancelou consultas médicas, exames ou tratamentos por motivos pessoais. Caso a entrevistada afirme que cancelou, passe para as questões 38, 39 e 40.

**É importante salientar que a falta de conhecimento sobre a doença, crenças ou tabus e medos podem ser expressos pela mulher como fatores que atrasam a busca por assistência em saúde. Por isso, é pertinente registrar essas informações caso a mulher expresse situações do tipo: “Não busquei ajuda, por achar que não era nada de mais”, “Como o nódulo não doía, achei que não era nada”, “Tive medo de ser câncer, medo de morrer”, etc.**

**Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber qual etapa da trajetória foi cancelada ou adiada. Caso a mulher não compreenda a questão, você deverá repeti-la, utilizando linguagem simples.

**Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:**

- ✓ Nesta questão desejamos conhecer os motivos ou razões para o cancelamento ou adiamento. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte o que aconteceu para ela adiar ou cancelar o(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

**Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?**

- ✓ Nesta questão desejamos conhecer se alguém contribuiu ou participou da decisão tomada pela mulher os motivos ou razões para o cancelamento ou adiamento. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte o que aconteceu para ela adiar ou cancelar o(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

**Durante a sua trajetória de tratamento do câncer, aconteceu alguma situação ou alguma coisa ou pessoa que contribuíram para a demora na obtenção de consultas médicas, exames ou tratamentos?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber se algum evento ou pessoa fez com que o processo de assistência ao câncer de mama ocorresse de forma lenta ou demorada. Caso a mulher não compreenda a questão, você deverá repeti-la, utilizando linguagem simples. Caso a entrevistada afirme que teve ou tem dificuldades, passe para as questões 42, 43 e 44.

**Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber qual etapa da trajetória foi demorada ou lenta, ou seja, a mulher teve ou tem dificuldade em realizar. Caso a mulher não compreenda a questão você deverá repeti-la utilizando linguagem simples.

**Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:**

- ✓ Nesta questão desejamos conhecer os motivos ou razões para a demora ou lentidão na assistência. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte o que aconteceu para ela considerar que houve demora ou lentidão ou dificuldade no(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

**Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?**

- ✓ Nesta questão desejamos conhecer se alguém contribuiu ou participou para a demora ou lentidão na assistência, ou seja, quem ou o que dificultou. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte o quem contribuiu ou foi o responsável pela demora ou lentidão no(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

**Durante a sua trajetória de tratamento do câncer, aconteceu alguma situação ou alguma coisa ou pessoa que contribuíram para a obtenção de consultas médicas, exames ou tratamentos, mais rapidamente?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber se algum evento ou pessoa fez com que o processo de assistência ao câncer de mama ocorresse de forma rápida ou ágil. Caso a mulher não compreenda a questão, você deverá repeti-la utilizando linguagem simples. Caso a entrevistada afirme que teve ou tem facilidades na assistência ao câncer de mama, passe para as questões 46, 47 e 48.

**Em que tipo de exame, consulta ou tratamento esse fato aconteceu?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber qual etapa da trajetória foi rápida, ou seja, a mulher teve ou tem facilidade em realizar. Caso a mulher não compreenda a questão, você deverá repeti-la utilizando linguagem simples.

**Qual o motivo ou razão desse fato ter acontecido? Conte-me o que aconteceu:**

- ✓ Nesta questão desejamos conhecer os motivos ou razões para a rapidez ou agilidade na assistência. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte o que aconteceu para ela considerar que houve rapidez ou facilidade no(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

**Que pessoa contribuiu para isso acontecer? Quem foi o responsável?**

- ✓ Nesta questão desejamos saber se alguém contribuiu ou participou para a rapidez ou agilidade na assistência, ou seja, quem ou o que facilitou. Você deverá solicitar que a mulher lhe conte quem contribuiu ou foi o responsável pela rapidez ou facilidade no(s) procedimento(s) anteriormente(s) referido(s).

***Finalize agradecendo pela participação e pelo tempo que a entrevistada lhe dedicou e reforce sobre o sigilo da pesquisa.***

**ASPECTOS ESPECÍFICOS SOBRE O FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO**

O formulário de coleta de dados em prontuário é composto por quatro partes:

**PARTE I- FILTRO**

Ao iniciar o preenchimento do formulário, registre os dados solicitados na parte denominada de filtro. Esses dados servirão para confirmar os dados anotados no roteiro de entrevista e facilitar a associação dos dados à entrevistada.

Assinale em qual serviço a mulher está cadastrada, que deve ser o mesmo local onde você deve ter realizado a entrevista. Por fim, anote o número de registro ou do prontuário da mulher no serviço.

**PARTE II - IDENTIFICAÇÃO**

Anote no espaço reservado do formulário o nome completo da paciente, sem abreviações, em letra de forma, como consta no prontuário. Você pode ter como fonte a folha de admissão da mulher no serviço e/ou cópias de documentos como RG e CPF anexas ao prontuário.

Registre, também, o dia, mês e ano de nascimento da mulher. Copie de cópias de documentos anexados ao prontuário.

**PARTE III - ASPECTOS RELATIVOS AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA****Quando fez a punção na mama após a descoberta do nódulo caso tenha realizado?**

- ✓ Neste item queremos identificar o tipo de punção que foi realizado, punção aspirativa por agulha fina (**PAAF**) ou por agulha grossa (**PAG**) ou corebiopsy da mama, caso a mulher tenha sido submetida a esse procedimento e saber a data em dia, mês e ano que a paciente realizou. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo desses exames e neste localizar a data do recebimento do material pelo laboratório anatomopatológico. É importante salientar que a PAAF é uma citologia de células aspiradas da mama e a PAG é um estudo histopatológico de pequenos fragmentos de tecidos da mama. Caso a paciente tenha sido submetida e não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO

DISPONÍVEL”. Caso a paciente não tenha sido submetida à punção da mama, assinale a alternativa “NÃO REALIZOU O PROCEDIMENTO”.

**CASO A PACIENTE TENHA SIDO SUBMETIDA AOS DOIS TIPOS DE PUNÇÃO ANOTE AS DATAS SOLICITADAS PARA AS DUAS, SINALIZANDO AS DATAS DE CADA UMA.**

**Quando fez a biópsia?**

- ✓ Neste item queremos saber a data em dia, mês e ano que a paciente realizou a biópsia incisional da mama para o diagnóstico de câncer de mama. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo desse exame e neste localizar a data do recebimento do material pelo laboratório anatomopatológico. Caso a paciente tenha sido submetida ao procedimento e não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”. Caso a paciente não tenha sido submetida à biópsia da mama, assinale a alternativa “NÃO REALIZOU O PROCEDIMENTO”

**Quando fez o anatomopatológico da peça cirúrgica?**

- ✓ Neste item queremos saber as datas, em dia, mês e ano, que a peça cirúrgica da mama deu entrada no laboratório anatomopatológico e da emissão do laudo do exame. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo desse exame e neste localizar as datas solicitadas. Caso a paciente tenha sido submetida ao procedimento e não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”. Caso a paciente não tenha sido submetida à cirurgia da mama, assinale a alternativa “NÃO REALIZOU O PROCEDIMENTO”

**Quando realizou a imuno-histoquímica?**

- ✓ Neste item queremos saber as datas, em dia, mês e ano, que a peça cirúrgica da mama deu entrada no laboratório anatomopatológico e da emissão do laudo do exame. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo desse exame e neste localizar as datas solicitadas. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**PARTE IV - ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

**Realizou algum tipo de cirurgia na mama?**

- ✓ Nesta questão queremos saber se a paciente realizou algum tipo de cirurgia na mama (mastectomia, quadractomia, nodulectomia ou outra) para a remoção da neoplasia mamária. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Em caso de outra, anote em letra de forma a informação. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**Data da cirurgia?**

- ✓ Neste item queremos saber a data, em dia, mês e ano que a paciente realizou a cirurgia da mama, após o diagnóstico de câncer de mama. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo do anatomopatológico da cirurgia e nesse localizar a data do recebimento do material pelo laboratório ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia caso faça parte do prontuário da instituição. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**Tipo de cirurgia?**

- ✓ Nesta questão queremos saber o tipo de cirurgia da mama a paciente realizou (mastectomia, quadractomia, nodulectomia) para a remoção da neoplasia mamária. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia caso faça parte do prontuário da instituição. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Em caso de outra, anote em letra de forma a informação. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**EM CASO DE DÚVIDA SOBRE O TIPO DE CIRURGIA QUE A MULHER FOI SUBMETIDA  
CONSULTE O ANEXO 2 DO FORMULÁRIO**

**Tipo de mastectomia?**

- ✓ Esse item somente deve ser preenchido caso a paciente tenha realizado mastectomia e queremos saber o tipo de mastectomia que a paciente realizou (radical tipo Hasteld; radical tipo Patey; radical tipo Madden) para a remoção da neoplasia mamária. Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia caso faça parte do prontuário da instituição. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**EM CASO DE DÚVIDA SOBRE O TIPO DE CIRURGIA E MASTECTOMIA A QUE A MULHER FOI  
SUBMETIDA CONSULTE O ANEXO 2 DO FORMULÁRIO. SE AINDA ASSIM A DÚVIDA PERSISTIR  
COPIE A PARTE DO LAUDO QUE DESCREVE O MATERIAL ENVIADO PARA ANÁLISE NO  
LABORATÓRIO.**

**Tipo histopatológico predominante/mais agressivo?**

- ✓ Nesse item queremos saber o tipo de histopatológico do câncer de mama diagnosticado na paciente (Carcinoma Ductal Invasivo, Carcinoma Ductal "in situ Carcinoma Lobular Invasivo; Carcinoma Lobular "in situ"; Carcinoma Medular). Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da biópsia ou da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia, caso faça parte do prontuário da instituição. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Em caso de OUTRO, anote em letra de forma a informação. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**Dissecção axilar completa?**

- ✓ Nesse item queremos saber se a paciente foi submetida à dissecção axilar completa (DAC). Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia, caso faça parte do prontuário da instituição. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Caso a paciente tenha realizado a DAC, você deverá registrar o **Número de linfonodos**

**avaliados**, item nº 64 e **Número de gânglios Positivos**, item nº 65. Lembre-se de que estas informações possivelmente estão presentes no laudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Após localizar as informações solicitadas, registre no espaço reservado no formulário. Caso não conste no prontuário informação se a paciente realizou DAC ou não, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL” e passe para o item nº 66.

#### **Realizou Linfonodo Sentinela (LNS)?**

- ✓ Nesse item queremos saber se a paciente foi submetida à técnica de linfonodo sentinela (LNS). Você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica e neste localizar a informação solicitada ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia, caso faça parte do prontuário da instituição. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Caso a paciente tenha realizado a LNS, você deverá registrar o **Resultado do LNS**, item nº 67. Lembre-se de que estas informações, possivelmente, estão presentes no laudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Após localizar as informações solicitadas, assinale a alternativa correspondente no formulário. Caso não conste no prontuário informação se a paciente realizou LNS ou não, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

#### **Tamanho do tumor:**

- ✓ Nesse item queremos registrar a maior dimensão do tumor primário. Para tanto, você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da biópsia e da peça cirúrgica ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia, caso faça parte do prontuário da instituição, e localizar a informação solicitada.

#### **Classificação TNM da neoplasia:**

- ✓ Nesse item queremos fazer a **Classificação TNM da neoplasia mamária** que a paciente apresentou. Para tanto, você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da biópsia e da peça cirúrgica ou na folha de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia caso faça parte do prontuário da instituição e nestes localizar a informações solicitadas, como **T** = extensão do tumor primário, **N** = metástase em linfonodo regional, **M** = metástase a distância. Para a identificação de metástase a distância, você deverá consultar as evoluções médicas, verificando os registros em relação aos resultados de USG de abdome total, cintilografia óssea, RX do pulmão ou tomografia. Caso a mulher apresente metástase, você deverá assinalar o órgão afetado conforme o registro médico. Após localizar as informações, preencha os itens da classificação de tumores malignos do formulário, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Caso não conste no prontuário informação, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

#### **Estadio Clínico:**

- ✓ Nesse item queremos saber ou fazer a **Estádio Clínico da neoplasia mamária** que a paciente apresentou, após a obtenção ou realização da classificação TNM. Para tanto, você deverá utilizar as informações da classificação **T** = extensão do tumor primário, **N** = metástase em linfonodo regional, **M** = metástase a distância e o Manual TNM: classificação de tumores malignos, fornecido no treinamento. Caso não conste no prontuário informação, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**ATENÇÃO: APÓS ANOTAR ESSAS INFORMAÇÕES CONSULTE O ANEXO 1 DO FORMULÁRIO PARA ENCONTRAR O ESTADIMENTO.**

**Estadio patológico:**

Nesse item queremos saber ou fazer a **Estádio patológico da neoplasia mamária** que a paciente apresentou, após a obtenção ou realização da classificação TNM. Para tanto, você deverá procurar no prontuário cópia do laudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Caso no laudo conste o estadiamento patológico, copie exatamente como fornecido ou utilize as informações da classificação **T** = extensão do tumor primário, **N** = metástase em linfonodo regional, **M** = metástase a distância e o Manual TNM: classificação de tumores malignos, fornecido no treinamento. Caso não conste no prontuário informação, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**Realizou ou está realizando algum tipo de tratamento antes da cirurgia (Tratamento neoadjuvante)?**

- ✓ Neste item queremos saber se a paciente realizou algum tipo de tratamento neoadjuvante (Quimioterapia), ou seja, antes de realizar a cirurgia, como parte do tratamento para a neoplasia mamária. Você deverá procurar no prontuário essa informação nas folhas de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia e de prescrição médica. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Você deverá anotar a data de início e de término, caso a paciente já tenha concluído o tratamento, caso contrário assinale o item “em curso”. Anote o número de ciclos, ou seja, por quantas vezes a paciente tomará as drogas e o esquema de tratamento, ou seja, conjunto de drogas que compõe a quimioterapia. Caso a paciente tenha realizado tratamento neoadjuvante, passe para o item recomendado pelo instrumento, assinalando o tipo de terapêutica aplicada, datas de início e término do tratamento, em dia, mês e ano, número de ciclos e drogas, quando solicitado. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

**Realizou algum tipo de tratamento após a cirurgia (Tratamento adjuvante)?**

- ✓ Neste item queremos saber se a paciente realizou ou está realizando algum tipo de tratamento adjuvante (Quimioterapia ou Radioterapia), ou seja, após ter realizado a cirurgia, como parte do tratamento para a neoplasia mamária. Você deverá procurar no prontuário essa informação nas folhas de evolução médica ou de enfermagem ou de fisioterapia e de prescrição médica. Assinale a alternativa correspondente à informação, somente após ter analisado o prontuário de forma minuciosa. Você deverá anotar a data de início e de término, caso a paciente já tenha concluído o tratamento, caso contrário assinale o item “em curso”. Anote o número de ciclos, ou seja, por quantas vezes a paciente tomará as drogas e o esquema de tratamento, ou seja, conjunto de drogas que compõe a quimioterapia. Caso a paciente tenha realizado tratamento adjuvante, passe para o item recomendado pelo instrumento, assinalando o tipo de terapêutica aplicada, datas (dia, mês e ano) de início e término do tratamento, número de ciclos, sessões e drogas, quando for o caso. Assinale a alternativa “EM CURSO” quando o tratamento ainda não tiver terminado. Caso não conste essa informação no prontuário, assinale a alternativa “NÃO DISPONÍVEL”.

***Ao finalizar o preenchimento do formulário, devolva o prontuário ao local de origem ou ao profissional que forneceu, agradecendo pela colaboração.***

## APÊNDICE E- TABELAS COMPLEMENTARES

**Tabela 1.1** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo a cidade onde residiam quando descobriram os sinais e sintomas do câncer de mama. Aracaju-SE, ago 2011/dez 2012.

<b>Cidade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Aracaju	32	32.0	32.0
Nossa Senhora Do Socorro	9	9.0	41.0
Lagarto	3	3.0	44.0
Itabaiana	5	5.0	49.0
São Cristóvão	6	6.0	55.0
Estância	3	3.0	58.0
Tobias Barreto	3	3.0	61.0
Itabaianinha	3	3.0	64.0
Nossa Senhora Da Glória	2	2.0	66.0
Itaporanga Dajuda	1	1.0	67.0
Propriá	2	2.0	69.0
Porto Da Folha	3	3.0	72.0
Laranjeiras	1	1.0	73.0
Boquim	1	1.0	74.0
Nossa Senhora Das Dores	1	1.0	75.0
Umbaúba	1	1.0	76.0
Aquidabã	1	1.0	77.0
Carira	2	2.0	79.0
Riachão Do Dantas	1	1.0	80.0
Salgado	3	3.0	83.0
Ribeirópolis	2	2.0	85.0
Areia Branca	1	1.0	86.0
Japaratuba	1	1.0	87.0
Campo do Brito	1	1.0	88.0
Cristinápolis	1	1.0	89.0
Indiaroba	1	1.0	90.0
Frei Paulo	4	4.0	94.0
Arauá	1	1.0	95.0
Riachuelo	1	1.0	96.0
Rosário do Catete	1	1.0	97.0
Nossa Senhora Aparecida	1	1.0	98.0
Pirambu	1	1.0	99.0
São Francisco	1	1.0	100.0

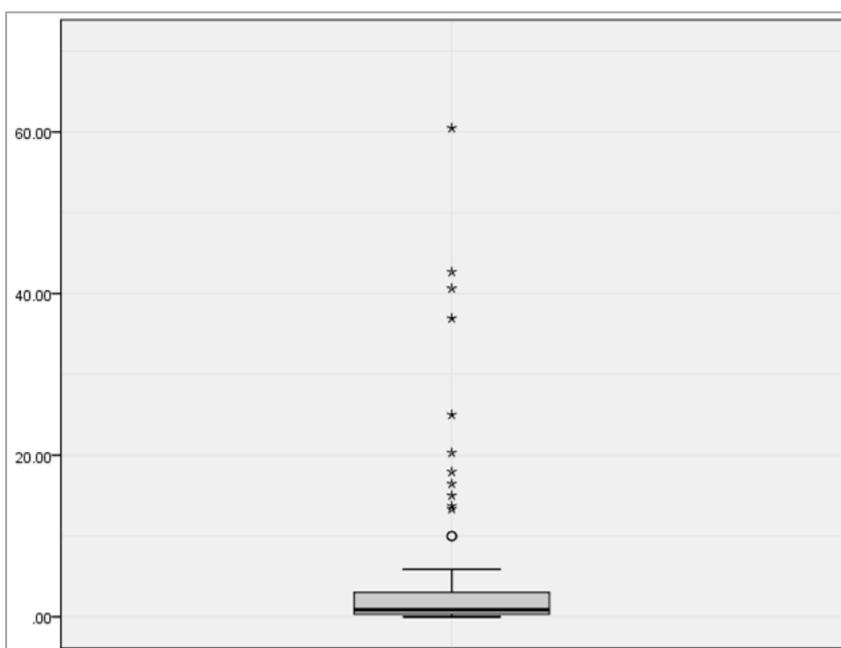
Fonte: dados da pesquisa

**Tabela 3.1** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o estadio clínico. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.

Estadio clínico†††	Frequência Absoluta	% ou Média	IC 95%	
			Inferior	Superior
I - A	6	6.0	2.0	11.0
I - B	2	2.0	0.0	5.0
II - A	18	18.0	11.0	26.0
II - B	21	21.0	13.0	29.0
III - A	23	23.0	15.0	32.0
III - B	18	18.0	11.0	26.0
III - C	3	3.0	0.0	7.0
IV	8	8.0	3.0	13.0
Não se aplica	1	1.0	0.0	3.0
Total	100	100.0		

Fonte: dados da pesquisa

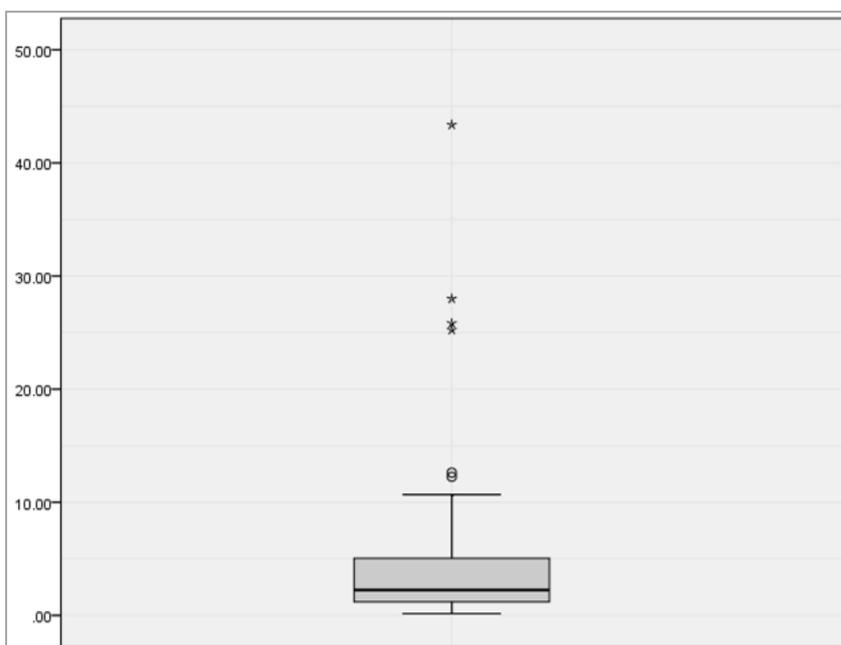
## APÊNDICE F – FIGURAS COMPLEMENTARES



Tempo em meses

Fonte: dados da pesquisa

**Figura 2** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e a primeira consulta médica. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.



Tempo em meses

Fonte: dados da pesquisa

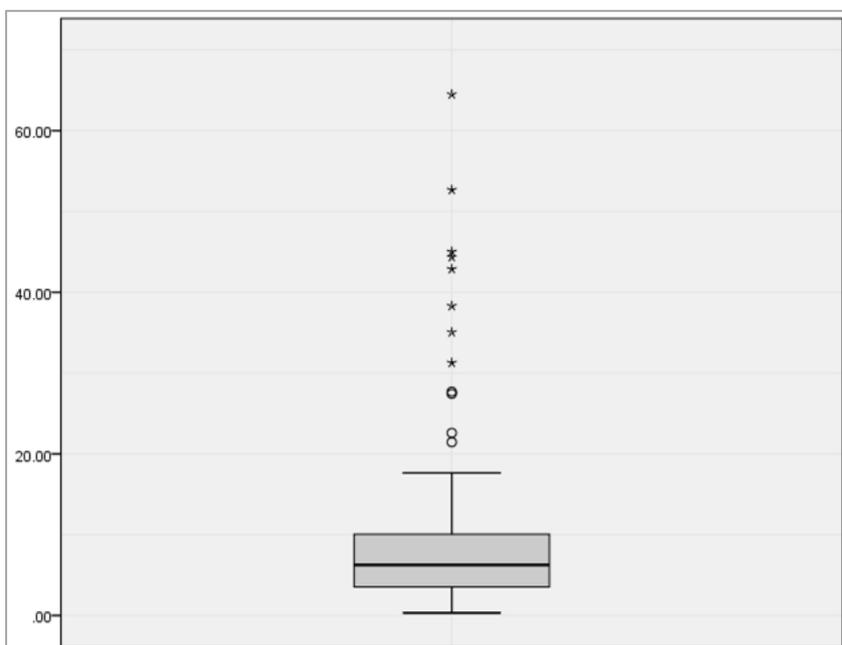
**Figura 3** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo decorrido entre a primeira consulta médica e o diagnóstico da neoplasia. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.



Tempo em meses

Fonte: dados da pesquisa

**Figura 4** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo entre a descoberta o diagnóstico da neoplasia e o início do tratamento. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.



Tempo em meses

Fonte: dados da pesquisa

**Figura 5** - Distribuição de mulheres sergipanas, portadoras de câncer de mama, atendidas em um Centro de Oncologia segundo o intervalo de tempo entre a descoberta do primeiro sinal e/ou sintoma e o início do tratamento. Aracaju-SE, ago 2011/ dez 2012.



**ANEXOS**

---

---

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR.  
Rua Cláudio Batista S/N- Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro Sanatório  
CEP: 49060-100 Aracaju -SE | Fone:(79) 2105-1805  
E-mail: [cephu@ufs.br](mailto:cephu@ufs.br)

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o Protocolo de Pesquisa intitulado: **“MULHERES SERGIPANAS COM CÂNCER DE MAMA: TRAJETÓRIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA”** – Nº CAAE –0196.0.107.000-11, sob orientação da pesquisadora **Prof. Drª Cristiane Franca Lisboa Gois**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- CEP/UFS em reunião realizada dia **15/07/2011**.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa ( Res. CNS 196/96).

Aracaju, 27 de julho de 2011.

*Anita Herminia Oliveira Souza*  
Prof. Ms. Anita Herminia Oliveira Souza  
Coordenadora do CEP/UFS