

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**FELIPE DE SOUZA TEIXEIRA
LUCAS ROCHA PEREIRA
MATHEUS RIBEIRO PINTO MONTENEGRO
MATHEUS HENRIQUE DE OLIVEIRA**

**ENTENDENDO A JORNADA DA PACIENTE
PORTADORA DE CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO SUL-
FLUMINENSE: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**VOLTA REDONDA
2023**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**ENTENDENDO A JORNADA DA PACIENTE
PORTADORA DE CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO SUL-
FLUMINENSE: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Projeto de pesquisa acadêmico apresentado à Banca Examinadora da Comissão de TCM, da Universidade Fundação Oswaldo Aranha, como requisito para conclusão do módulo VIII.

Alunos: Felipe de Souza Teixeira, Lucas Rocha Pereira, Matheus Ribeiro Pinto Montenegro, Matheus Henrique de Oliveira

Orientadora: Heloísa Magda Resende

VOLTA REDONDA
2023

RESUMO

A jornada da paciente portadora de câncer tem como objetivo mostrar como é sua trajetória após a primeira alteração na mama, mostrando cada vez mais uma relação dos intervalos com a possibilidade e o sucesso no tratamento; isto posto, também trazemos resultados de características clínicas e sociodemográficas para entender como a doença está distribuída na população. Analisando essas tendências, encontramos alguns resultados restritos e limitados, mostrando atrasos e perda de tempo desnecessária, refletindo a média insatisfatória do país; onde a maioria das pacientes tem atrasos no intervalo do primeiro sintoma e mamografia; e, para uma outra parte relevante delas, no tempo entre mamografia e biopsia sendo ambos com mais de 90 dias. Refletindo negativamente com maiores números em graus histológicos II e III na primeira biopsia, sendo 59 pacientes (55%) e 19 pacientes (18%), respectivamente. Estes mesmos e outros como, o tempo de liberação do resultado da biopsia e a primeira consulta, podem ser transformadas com medidas de reconhecimento precoce dos sintomas, ampliação e capacitação dos serviços de gestão e a criação de clínicas de cuidado único; assim, simplificando e centralizando a jornada da paciente.

Palavras-chave: câncer de mama, diagnóstico precoce, mortalidade.

ABSTRACT

A Journey of cancer patients aims to show their trajectory after the first alteration in the breast, highlighting the relationship between intervals and the possibility and success of treatment. Additionally, it provides results on clinical and sociodemographic characteristics to understand how the disease is distributed in the population. Analyzing these trends, we found some restricted and limited results, indicating delays and unnecessary time loss, reflecting the unsatisfactory average in the country. The majority of patients experience delays between the first symptom and mammography and biopsy, both exceeding 90 days. This negatively reflects in higher number of histological grades II and III, in the initial biopsy, with 59 patients (55%) and 19 patients (18%), respectively. Measures such as early recognition of symptoms, expansion and improvement of management services, and the establishment of specialized care clinics can transform these outcomes. By simplifying and centralizing the patient's journey, the time for biopsy results and the first consultation can be improved.

keywords: breast cancer, early diagnosis, mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico do tempo entre o primeiro sintoma e a mamografia.....	19
Figura 2 – Gráfico do tempo da mamografia até a biópsia.....	19
Figura 3 – Gráfico do tempo entre a liberação da biópsia e a primeira consulta.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Detalhes do sistema TNM.....	13
Tabela 2 - Estágios do câncer.....	15
Tabela 3 - Características demográficas.....	18
Tabela 4 - Avaliação das variáveis: idade, situação empregatícia, escolaridade em relação ao tempo entre primeiro sintoma e mamografia.....	20
Tabela 5 - Características clínicas.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3 METODOLOGIA.....	16
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	23
6 QUESTIONÁRIO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, doenças crônicas não transmissíveis como o câncer, têm superado em causas de óbitos doenças transmissíveis. Ocorre, principalmente, nos países de índice de desenvolvimento humano (IDH) alto e médio, como os da América Latina e Brasil. (WHO [S. I.]). Além da causa de morte, a incidência crescente de neoplasias também representa um desafio, pois essas estão entre as principais causas de adoecimento da população. Essas também estão relacionadas com altas taxas de morbidade e sofrimento. Com isso, é importante ressaltar que os governos devem encontrar estratégias cada vez mais adequadas para o seu fim de minimizar as taxas de mortalidade e os agravos trazidos por essa doença. (GOSS et al., 2013).

Entre as neoplasias malignas, o câncer de mama é o mais incidente na população brasileira, e a principal causa de morte relacionada a neoplasias entre mulheres. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), é esperado um número de 66.280 mil novos casos, a cada ano, durante o período de 2020- 2022. (INCA/ Ministério da saúde, 2020).

Nas últimas três décadas, têm ocorrido uma redução das taxas de mortalidade por câncer de mama em vários países, mas esta redução não é uniforme. As taxas de mortalidade na América Latina são cerca de 20% mais altas em relação aos países de IDH muito alto, como, por exemplo, países da Europa Ocidental. (WOJTYLA et al., 2021) (GOSS et al., 2013). Baixas coberturas de rastreamento, diagnóstico tardio e falta de acesso ao tratamento adequado são os principais motivos apontados para estas taxas mais elevadas de mortalidade. (Rosa et al 2020).

Diagnóstico precoce, através de rastreamento, tem sido apontado como responsável por, aproximadamente, um terço da redução nas taxas de mortalidade por câncer de mama nos países que atingem cobertura de 80% da população alvo. A taxa de rastreamento, no Brasil, foi de apenas 10% da população alvo em 2014 (BLEYER; WELCH, 2012) (COLDMAN et al., 2014) (LIEDKE et al., 2014). Esses dados, associados ao atraso de incorporação de novas drogas, como os imunobiológicos para subgrupos moleculares específicos, como, por exemplo, o medicamento trastuzumab, que foi aprovado em 2005 e somente incorporado ao sistema único de saúde (SUS) em 2013, são corresponsáveis pela diferença de resultados em relação as taxas de mortalidade (RESENDE et al., 2021).

Outro importante obstáculo em países de baixa renda, como o Brasil, ainda a ser vencido, é o tempo que se despende para tratamento do câncer. A espera é longa desde a detecção de um sintoma pela paciente até sua inclusão no sistema de atenção ao câncer, início de seu tratamento, e o diagnóstico em estágios avançados. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021). No Brasil, segundo a legislação atual, lei 12.732/2012, foi definido o limite de 60 dias desde o início dos sintomas até o início do tratamento. (Presidência da república, lei 12732 ART 2, 2012). Porém um estudo de casos observacional de 1998 a 2012, destacou que cerca de 40% das mulheres tiveram início do tratamento após 60 dias do diagnóstico (FERREIRA et al., 2020).

Em relação ao diagnóstico tardio, o Brasil também está em posição de desvantagem sobre países de IDH muito alto. (WALTERS et al., 2013). Para definição de diagnóstico tardio ou precoce, utiliza-se a classificação internacional de estadiamento de acordo com a American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8ª edição, sendo estágio I os tumores localizadas na mama menores ou iguais a 2,0 cm, estágio II os tumores maiores que 2,0 cm ou com acometimentos de até 3 linfonodos na axila homolateral, estágio III tumores maiores que 5,0 cm ou com acometimento de mais de 4 linfonodos na axila homolateral e estágio IV em que há metástases em órgãos a distância independentemente da extensão do tumor na mama e axila. (AMIN et al., 2017)

São considerados estágios precoces os estágios I e II, e estágios avançados os estágios III e IV. De acordo com dados do estudo AMAZONA III, 52% das pacientes no Brasil são diagnosticadas em estágios I e II, um número baixo se comparado aos países de IDH muito alto como Reino Unido em que esse número é de 85,4%. Em relação ao estágio III, 42% das pacientes no Brasil recebem o diagnóstico nesta fase, um número alto se comparado ao Reino Unido em que essa taxa é de 8,2%.

O diagnóstico precoce é defendido como importante estratégia de enfrentamento ao câncer de mama pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e refere-se à possibilidade de fazer mais diagnósticos em estágios I e II, inclusive nas pacientes que percebem sinais e sintomas e procuram as unidades de saúde, indo além do escopo de ação do rastreamento. Assim estariam representadas, principalmente, pacientes com diagnóstico em estágio II que percebem sinais e sintomas na mama, mas encontram barreiras ao acesso ao serviço de saúde, tanto para a confirmação do diagnóstico (envolve realização de exames de imagem em geral ultrassom de mama e biópsia da lesão) como para o início do tratamento. Se o

Brasil conseguisse migrar cerca de 80% dos casos do diagnóstico em estágio III para estágio II, seriam salvas 5.000 vidas a mais, considerando-se os resultados de mortalidade por estágio (BRETAS; RENNA; BINES, 2021). Estes dados demonstram a existência de uma lacuna ou uma necessidade não atendida da paciente brasileira com câncer de mama em relação aos prazos que têm sido praticados nesta jornada, tornando a diminuição destes prazos um objetivo a ser buscado pelos gestores dos serviços de saúde.

A OMS definiu duas estratégias para o enfrentamento do câncer em países de baixa renda: rastreamento, com identificação de doença assintomática em uma população aparentemente saudável, e diagnóstico precoce, que é o reconhecimento do câncer sintomático em um estágio inicial e início precoce do tratamento após o diagnóstico. (WHO. [S. l.]) Como há escassez de dados a respeito dos intervalos de tempo decorridos entre a percepção de sintomas e a realização da biópsia, a realização da biópsia e o início do tratamento, foi desenhado um estudo com o objetivo de descrever estes intervalos de tempo na região sul-fluminense. O estudo atual pretende além de descrever tais prazos, encontrar alternativas para encurtá-los, a fim de melhorar o acesso ao tratamento.

O objetivo central da é coletar dados sobre os intervalos de tempo que ocorrem na região Sul-fluminense desde a percepção de sinais e sintomas que podem estar relacionados ao câncer de mama até o diagnóstico histopatológico e o início do tratamento na Unidade de alta complexidade em oncologia. Além disso, descrever as principais características clínicas e morfológicas destas neoplasias.

Temos como objetivo, também, identificar os intervalos de tempo nas etapas diagnósticas que leva a percepção dos sinais e sintomas que levam a suspeita de câncer de mama até o tratamento cirúrgico.

Existe escassez de dados a respeito das necessidades não atendidas na jornada da paciente brasileira portadora de câncer de mama desde a percepção de sintomas até início do tratamento. O alto percentual de pacientes com diagnóstico em estágio III no Brasil (42% comparado a 8,2% no Reino Unido) levanta a possibilidade de que pacientes cujo diagnóstico se dá através da percepção de sinais e sintomas, estejam enfrentando atrasos nas etapas entre tal percepção e o início do tratamento. O presente trabalho pretende descrever a jornada da paciente tendo como marcos a realização do primeiro exame de imagem, a realização da biópsia, a chegada na

Unidade de atenção a oncologia e o início do tratamento. Através da produção e do conhecimento destes prazos, poderão ser traçadas estratégias para melhorá-los.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer de mama é uma doença multifatorial, causado pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que formam um tumor, na qual, muitas vezes, apresentam potencial maligno, podendo invadir outros órgãos (INCA, CANCER DE MAMA, 2021). Existem algumas formas do câncer de mama se manifestar, em que seus subtipos possuem diferentes perfis moleculares e prognósticos.

Os subtipos mais prevalentes no Brasil são os que possuem receptores de estrogênio, identificados como luminais, divididos em subtipos A e B; o primeiro ocorre formas mais brandas, devido à menor expressão de genes de proliferação; e o segundo, considerado mais severo, pode se associar a fatores de crescimento epidérmicos humanos, como o HER1 e HER2. Os subtipos que não possuem tal receptor são os HER-2 enriquecidos e tipo normal, chamado triplo negativo. Esses últimos possuem piores prognósticos, com elevados níveis de rastreamento em estágios II e III (SERRANO-GÓMEZ; FEJERMAN; ZABALETA, 2018).

Desse modo, os subtipos, as características do tumor, status nodal, grau do tumor, receptor de estrogênio, bem como o status HER2 são elementos essenciais à investigação e no direcionamento de tratamentos específicos. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021)

Estudos observacionais demonstram que a sua progressão lenta e assintomática poderia no cenário ideal, ser diagnosticada por meio de rastreamento. Porém, esses são mais comumente identificados após os sintomas serem notados pela paciente, tendo um tempo médio entre a etapa sintomática e o diagnóstico, variando de 72-185 dias, e a porcentagem de mulheres com mais de 90 dias da apresentação ao diagnóstico em torno de até 68%. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021). No entanto, atrasos na detecção e rastreamento, por mais de 12 semanas, afetam significativamente o estágio do câncer e, conseqüentemente, os resultados e a sobrevivência das pacientes (LEE et al., 2012)

No Brasil, segundo a lei 12.732/2012, foi definido o limite de 60 dias desde o diagnóstico até o início do tratamento. Uma análise de casos de 1998 a 2012 demonstrou que pacientes de raça não branca, acima de 50 anos, baixa escolaridade, com diagnóstico de estágio I ou II realizado no sistema público de saúde, esperaram mais tempo que o recomendado para o início do tratamento. Resultados evidenciaram, também, que o tempo de espera foi significativamente desigual entre as diversas regiões do país. (FERREIRA et al., 2020).

A alta mortalidade por câncer de mama no Brasil está associada a uma dependência sobre sistema público de saúde que em sua maioria, está sobrecarregado e indisponível, por diversos fatores, como problemas de gestão e insumos. Com isso, nesse sistema, a maioria das pacientes são diagnosticadas tardiamente em estágios avançados, reduzindo sua chance de cura e de aumento de sobrevida. Os resultados obtidos no sistema privado são mais promissores, evidenciados pelas taxas de diagnósticos precoce no estágio 0 e I (62,7%) e 1,3% no estágio IV (CALEFFI, M. et al).

O aumento da disponibilidade dos tratamentos tanto medicamentos como quimioterápicos mais eficientes tem como intuito aumentar e melhorar a sobrevida do paciente. (FRASSON et al., 2020) (RESENDE et al., 2021). Uns dos de maiores impactos, hoje, é medicamento trastuzumabe, que é anticorpo monoclonal contra HER2. Entretanto, pelo difícil acesso no sistema público, por seu alto valor, apenas uma pequena parcela da população tem sua disponibilidade. Isto posto, estudos apontam os biossimilares, que têm as mesmas vantagens dos medicamentos de referências e, ainda que aprovados pelos órgãos responsáveis, têm uma dificuldade de inclusão pelos médicos nos tratamentos. Muitas vezes não são utilizados pela falta de informação, causando um receio em prescrever o biossimilar devido a fatores de segurança, qualidade e eficácia para seus pacientes, que são inverdades. (RESENDE et al., 2021).

Contrariando os biossimilares, na quimioterapia neoadjuvante (NAC), a adesão dos médicos foi favorável, se beneficiando com a redução dos tumores tornando-o operáveis, e conservando a mama da mulher em outras operações não sendo necessária a mastectomia, compactuando com a qualidade de vida das pacientes, mas ainda é um nicho onde há muito potencial para se explorar e conseguir resultados ainda mais eficazes. (FRASSON et al., 2020).

De acordo com estudo Amazona III, que analisou e descreveu diversas características em relação as pacientes diagnosticadas com câncer de mama no país, apontou que a idade média ao diagnóstico foi de 54 anos, e os subtipos mais comuns são foram o luminal A-like (48,0%), seguido por luminal B-HER2-like (17,0%) e triplo-negativo (15,6%), sendo que 55,6% foram tratados com mastectomia e 96,2% receberam tratamento adjuvante (FRANZOI et al., 2019) (ROSA et al., 2020).

O número de diagnósticos realizados no sistema público é inferior ao privado, além de ser realizado tardiamente e em estágios mais avançados (estágio clínico II-III) (LIEDKE et al., 2014) (ROSA et al., 2020).

É explícito que melhorias foram realizadas entre os 15 anos que se sucederam os estudos AMAZONA I (de 2001 a 2006) para o AMAZONA III (de 2016 a 2018), refletindo um decréscimo de 8% nos diagnósticos de estágios II e III de câncer de mama. Provavelmente, essa queda ocorreu em decorrência de três fatores: maior conscientização das mulheres, aumento do número de mamografias de rastreamento e melhora nas políticas públicas de saúde (ROSA et al., 2020). Entretanto, algumas barreiras precisam ser ultrapassadas. A primeira seria aumentar o contato das pacientes com o serviço de saúde, além de reduzir a alta rotatividade dos profissionais da atenção básica. A segunda seria promover padronização no encaminhamento, reduzindo a transferência frequente de pacientes para diversos setores. E a última, aumentar a cooperação entre os serviços de saúde municipais e estaduais (WHO, 2017).

A recomendação da OMS é de rastrear mais de 70% da população-alvo, sendo meta do INCA, rastrear 60%. Em 2012, no país, apenas 30–35% das mulheres com idades entre 50–69 anos receberam o rastreio adequado e cerca de 80% das mulheres relataram que a principal barreira para o rastreio era não ter um encaminhamento médico. (LEE et al., 2012).

É necessário, portanto, analisar e seguir estratégias que possam contribuir com o aumento de resultados satisfatórios, reduzindo os intervalos entre sintomas e diagnóstico e diagnóstico até tratamento. Para que haja a melhora dos resultados, podemos utilizar de procedimentos como aprimoramento do exame clínico da mama, biópsia da mama e patologia precisa, bem como vigilância do câncer de mama e telessaúde (BRETAS; RENNA; BINES, 2021).

Tabela 1- Detalhes do sistema TNM

Tumor primário	
TX	O tumor não pode ser avaliado
TO	Sem evidências de tumor diâmetro
Tis	Carcinoma in situ
T1	O tumor tem até 2 cm de diâmetro

T2	O tumor tem entre 2 cm e 5 cm de diâmetro
T3	O tumor tem mais de 5 cm de diâmetro
T4 (inclui T4a, T4b, T4c e T4d).	O tumor tem qualquer tamanho e invadiu o tórax ou a pele. Isso inclui câncer de mama inflamatório.
Linfonodos regionais (N)	
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Os linfonodos próximos estão livres
N0(i+)	A área de disseminação da doença contém menos de 200 células e é menor do que 0,2 mm. A abreviatura "i +" significa que uma pequena porcentagem de células cancerígenas, denominadas células tumorais isoladas, são observadas no exame imunohistoquímico.
N0 (mol +)	As células cancerígenas não podem ser vistas nos linfonodos das axilas, mas traços das mesmas foram detectadas usando a técnica RT-PCR.
N1	O tumor se disseminou para 1 ou 3 linfonodos axilares e/ou linfonodos mamários internos.
N1mi	Micrometástases nos linfonodos sob o braço. As áreas de disseminação do tumor nos linfonodos são de 2 mm ou menos.
N1a	O tumor se disseminou para 1 a 3 linfonodos no braço com pelo menos uma área de doença disseminada com mais de 2 mm de diâmetro.
N1b	O tumor se disseminou para os linfonodos mamários internos, mas essa disseminação só pode ser diagnosticada na biópsia do linfonodo sentinela.
N1c	Se aplicam N1a e N1b.
N2	O tumor se disseminou para 4 ou 9 linfonodos axilares ou para os linfonodos mamários internos.
N2a	O tumor se disseminou para 4 a 9 linfonodos axilares, com pelo menos uma área maior que 2 mm.
N2b	O tumor se disseminou para um ou mais linfonodos mamários internos, aumentando seu tamanho.
N3	Qualquer um dos seguintes:
N3a	O tumor se disseminou para 10 ou mais linfonodos axilares, com pelo menos uma área de câncer disseminada maior que 2mm; ou, o tumor se disseminou para os linfonodos infraclaviculares com pelo menos uma área de câncer maior que 2mm.
N3b	O tumor é encontrado em pelo menos um linfonodo axilar com pelo menos uma área de disseminação de câncer maior que 2 mm e aumentou os linfonodos mamários internos; ou, o tumor se disseminou para 4 ou mais linfonodos axilares com pelo menos uma área de disseminação maior que 2 mm e pequenas quantidades de são encontradas nos linfonodos mamários internos na biópsia do linfonodo sentinela.

N3c	O tumor se disseminou para os linfonodos claviculares, com pelo menos uma área maior do que 2 mm.
Metástase à distância (M)	
MX	A disseminação não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástases à distância.
cM0 (i +)	Pequenas quantidades de células cancerígenas são encontradas no sangue ou na medula óssea ou pequenas áreas de disseminação do câncer (não maior que 0,2 mm) são encontradas nos linfonodos, clavícula ou áreas mamárias.
M1	Metástases à distância.

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Tabela 2 - Estágios do câncer

Estágio 0	Tis		NO		MO	
Estágio IA	Ti		NO		MO	
Estágio IB	T0 ou T1		N1mi		MO	
Estágio IIA	T0 ou T1		NO	N1 (mas, não N1mi)	MO	T2
Estágio IIIA	T0 a T2	N2	MO	T3	N1 ou N2	MO
Estágio IIIB	T4		NO a N2		MO	
Estágio IIIC	Qualquer T		N3		MO	
Estágio IV	Qualquer T		Qualquer N		M1	

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo transversal, com base na coleta de dados em prontuários de pacientes portadoras de câncer de mama em tratamento na Unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON) na região Sul-Fluminense. O levantamento foi feito entre o período de fevereiro de 2022 à outubro de 2022.

Primeiramente as pacientes foram submetidas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), com o CAAE 64290621.8.0000.5237. O levantamento foi feito entre o período de fevereiro de 2022 à outubro de 2022, sendo avaliados os prontuários das pacientes que tiveram sido admitidas no período de janeiro de 2021 a outubro de 2022.

A coleta de dados foi feita à partir de um questionário ou ficha de coleta de dados (anexo) contendo perguntas descritas nos objetivos específicos. Para o desenvolvimento do questionário foi utilizada a plataforma Microsoft Office Excel 2010 para a extração e análise de dados com a utilização de percentuais de acordo com as respostas formuladas, permitindo descrever as principais características clínicas e morfológicas bem como os prazos que têm sido praticados na região Sul-Fluminense. Como não há um objetivo de comparação, tratando-se de estudo qualitativo, não foi feito um cálculo formal de amostra, encontrando 143 pacientes que chegaram para o tratamento e foram submetidos ao questionário.

4 RESULTADOS

Foram coletados dados de acordo com a ficha de coleta de dados em anexo de 143 pacientes, atendidas no Hospital HINJA no período de 01/09/21 a 30/09/22. Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística exploratória que permitiram uma melhor visualização das características gerais dos dados.

Os dados foram descritos em sua frequência (números absolutos e suas respectivas porcentagens). Foram realizados cruzamentos de dados entre as variáveis demográficas e os intervalos analisados no estudo buscando-se encontrar fatores preditivos para tais intervalos, utilizando-se para análise de significância estatística o valor de p.

As variáveis categóricas foram comparadas pelos Teste Qui-quadrado e quando apresentaram frequências esperadas menores que 5, foi utilizado o teste de Fisher e a simulação de Monte Carlo (MMC) para mais de duas categorias de resposta.

Em todos os testes, o nível de significância adotado foi 5%, portanto foram consideradas significativas comparações cujo valor p foi inferior ou igual a 5%.

O software utilizado para as análises foi o SPSS versão 25.0.

A mediana de idade foi 58 anos, com um desvio padrão de 13 anos para mais ou para menos; sendo a idade mínima de 31 anos e a máxima de 85 anos. As características demográficas (Tabela 1) apresentadas mostram que a prevalência de não fumantes foi de 87 pacientes (65%), sendo, consideravelmente maior que a de fumantes e ex-fumantes mesmo que juntas, que foram 21(16%) e 25(19%) respectivamente.

Foram coletados os dados: Estado civil, escolaridade e situação empregatícia, sendo 68 mulheres casadas (48%), metade delas apenas com Ensino fundamental 65 (51%), e do lar são 60 (47%). Em sua maioria, são de Volta Redonda, 72 pacientes (50%).

Tabela 3 - Características demográficas.

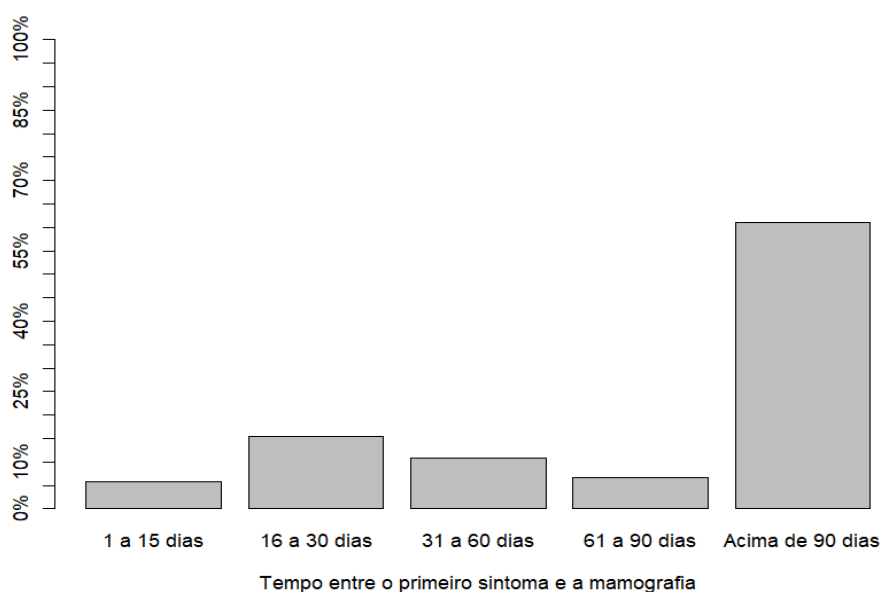
IDADE		
Média:	57,59	
Mediana	58	
Desvio padrão	12,693	
Mínimo	31	
Máximo	85	
ESTADO CIVIL:		
Solteira	33	23%
Casada	68	48%
Viúva	25	18%
Divorciada	12	8%
União estável	4	3%
Total	142	100%
Sem informações: 1*		
FUMA:		
Não	87	65%
Sim	21	16%
Ex fumante	25	19%
Total	133	100%
Sem informações: 10*		
BEBIDA ALCOOLICA:		
Sim	105	79%
Não	28	21%
Total	133	100%
Sem informações: 10*		
ESCOLARIDADE:		
Analfabeto	16	13%
Ensino fundamental	65	51%
Ensino médio	36	28%
Esino superior	11	9%
Total	128	100%
Sem informações: 15*		
SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA:		
Ativa	26	20%
Autônoma	13	10%
Inativa	6	5%
Do lar	60	47%
Aposentada	25	19%
Total	129	100%
Sem informações: 14*		

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

O tempo de percepção entre o primeiro sintoma e a mamografia (Gráfico 1) foi superior a 90 dias para 44 pacientes (34%), seguido de 16 a 30 dias para 28 pacientes (22%) e 1 a 15 dias para 21 pacientes (16%). O tempo entre a mamografia e a biópsia (Gráfico 2) demonstrou que entre 1 a 15 dias foram 24 pacientes (18%) e entre 16 a 30 dias foram 41 pacientes (31%); o intervalo de espera de mais de 90 dias até conseguir a biópsia também foi alto, 30 pacientes (23%). O tempo de liberação do resultado da biópsia, em sua maioria, foi no primeiro mês, de 1 a 15 dias para 81

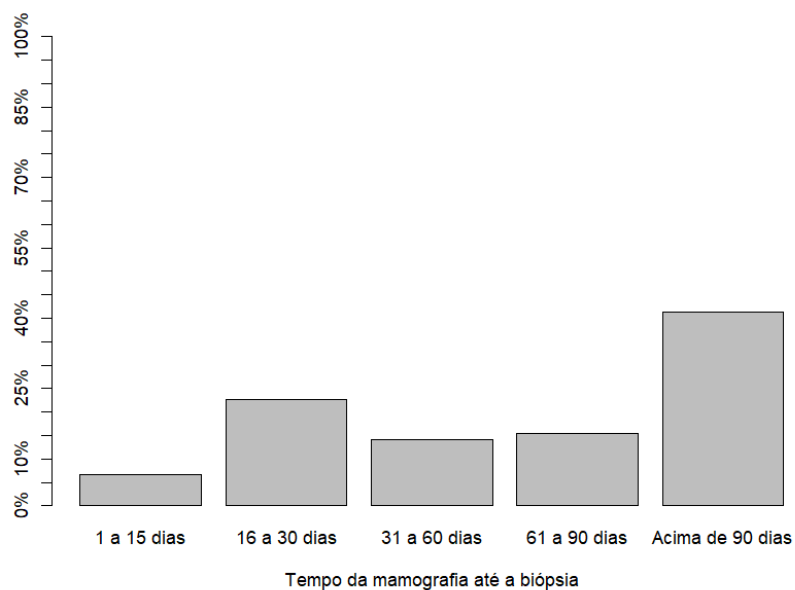
pacientes (61%) e 16 a 30 dias para mais 30 pacientes (23%) que obtiveram resultados. Podemos evidenciar, também, que o intervalo entre a liberação da biópsia e a primeira consulta (Gráfico 3) foram: de 1 a 15 dias, 16 a 30 dias e 31 a 60 dias, com proporções de 30 pacientes (22%), 49 pacientes (36%) e 36 (26%) em cada um dos intervalos citados.

Figura 1 – Gráfico do tempo entre o primeiro sintoma e a mamografia.

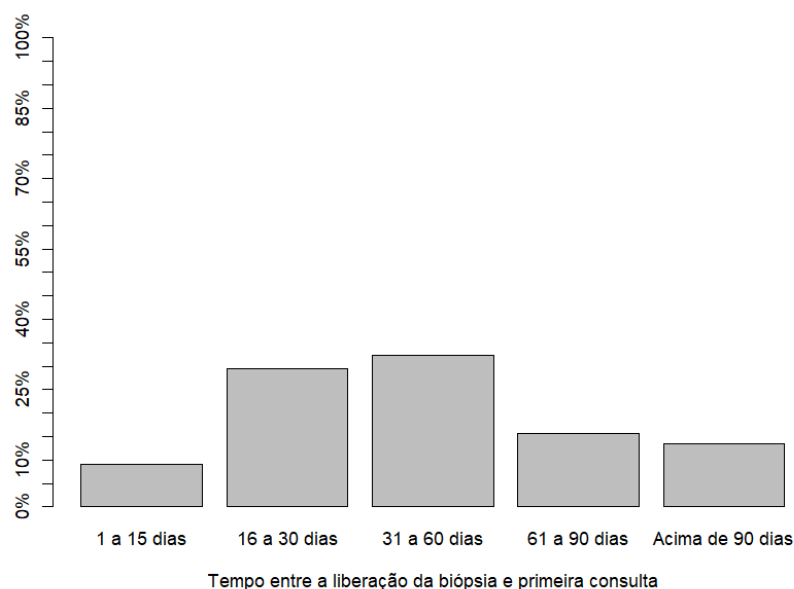


Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 2 – Gráfico do tempo da mamografia até a biópsia.



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Figura 3 – Gráfico do tempo entre a liberação da biópsia e a primeira consulta.

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Realizados cruzamentos entre variáveis demográficas e tempo desde o primeiro sintoma até a realização da mamografia, apenas a situação empregatícia mostrou-se associada ao tempo entre primeiro sintoma e mamografia, $p = 0,043$; pacientes do Lar estão em maior proporção para menos de 30 dias e mulheres com situação ativa apresentaram maior percentual na categoria mais de 30 dias (Tabela 2).

Tabela 4 – Avaliação das variáveis: idade, situação empregatícia, escolaridade em relação ao tempo entre primeiro sintoma e mamografia

Variáveis	Tempo entre primeiro sintoma e mamografia		Valor p
	Até 30 dias (n= 47)	Mais de 30 dias (n = 61)	
Idade	58,53 (14,06)	56,82 (12,72)	0,514 ^t
Situação empregatícia			0,043 ^p
Ativa	5 (10,6%)	18 (29,5%)	
Autônoma	2 (4,3%)	7 (11,5%)	
Inativa	2 (4,3%)	2 (3,3%)	
Do Lar	27 (57,4%)	20 (32,8%)	0,970 ^f
Aposentada	11 (23,4%)	14 (23,0%)	
Escolaridade			
Analfabeto + Ensino Fundamental	29 (61,7%)	39 (63,9%)	
Ensino Médio + Ensino Superior	18 (38,3%)	22 (36,1%)	

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Foram analisadas características clínicas como lateralidade de tumor, tipo histológico, grau histológico da primeira biópsia, estágio clínico e o tratamento iniciado (Tabela 3). O tumor de mama possui equivalência entre as mamas direita e a esquerda. Há uma discreta tendência para a mama esquerda com 68 (50%) dos resultados contra 64 (47%) da mama direita e bilaterais com apenas 4 (3%). Demonstrada a maior prevalência tipo histológico ductal com 92 pacientes (75%), um grau histológico em primeira biópsia maior para o grau II 59 pacientes (55%), seguido pelo grau III 19 pacientes (18%). O estágio clínico mostra mais pacientes no estágio IIA, 42 (36%), seguido pelo estágio III com 31 pacientes (27%) e estágio I com 19 pacientes (17%). O percentual estágio desconhecido também foi frequente representado 10 pacientes (9%) e representa aquelas pacientes que não trazem os exames necessários para a definição do estágio clínico à primeira consulta. Abordagem cirúrgica, foi o tratamento mais preconizado com 72 pacientes (62%) e precedendo a quimioterapia 44 (38%).

Tabela 5 – Características clínicas

TUMOR DE MAMA		
Direita	64	47%
Esquerda	68	50%
Bilateral	4	3%
Total	136	100%
Sem informações: 7*		
TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR		
Ductal	92	75%
Lobular	15	12%
Tubular	3	2%
In situ	8	7%
Desconhecido	3	2%
Outro	2	2%
Total	123	100%
Sem informações: 20*		
GRAU HISTOLÓGICO PRIMEIRA BIÓPSIA		
I	10	9%
II	59	55%
III	19	18%
Desconhecido	19	18%
Total	107	100%
Sem informações: 36*		
ESTADÍO CLÍNICO		
In situ	2	2%
IA	18	16%
IB	1	1%
IIA	42	36%

IIB	7	6%
IIIA	14	12%
IIIB	17	15%
IIIC	1	1%
IV	4	3%
Desconhecido	10	9%
Total	116	100%
TRATAMENTO INICIADO		
Cirúrgico	72	62%
Quimioterapia	44	38%
Hormonioterapia	1	1%
Total	117	100%
Sem informação: 26*		

Fonte: Arquivo pessoal (2022).

5 DISCUSSÃO

Os dados do estudo foram obtidos pelo levantamento de prontuários de pacientes portadoras de câncer de mama, da região sul fluminense, contidos na base de dados da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), do Hospital HINJA. Essas unidades, são consideradas de alta complexidade, por compreenderem instalações físicas, condições técnicas e operacionais, que viabilizem desde o diagnóstico definitivo até a melhor proposta terapêutica dos tipos de cânceres mais prevalentes no território brasileiro. (BRASIL, 2005).

Elas, por sua vez, podem englobar de cirurgia oncológica, oncologia clínica, serviços radioterápicos, de hematologia e oncologia pediátrica, sendo os dois primeiros obrigatórios para que uma instituição hospitalar seja credenciada como UNACON. (BRASIL, 2005). Uma vez indisponível algum destes outros serviços de não obrigatoriedade, essas unidades são responsáveis pelo referenciamento desses pacientes. (SBCO, 2021).

A Lei n. 12.732, instaurada em novembro de 2012, dispõe sobre o início do tratamento do paciente após diagnóstico definitivo de neoplasia maligna. Esta, por sua vez, abrange não somente o tratamento gratuito desse paciente no Sistema Único de Saúde (SUS), mas também o direito de submissão ao início do tratamento, no máximo, em até 60 dias após o seu diagnóstico. (BRASIL, 2012).

Posto isso, através de um estudo transversal, será analisado o tempo de espera das pacientes frente as peculiares fases do sistema, sendo elas a percepção de alterações do tecido mamário até a realização de exame de imagem pertinente; da realização do exame até a biópsia mamária; e, do resultado da biópsia até a primeira consulta no UNACON.

A partir de então, foram realizados comparativos com estudos prévios, de forma a discorrer sobre possíveis causas do tempo acima do descrito em lei.

A média de idade obtida neste levantamento, equivale a 57,59, com um desvio padrão de 13 anos para mais ou para menos. Resultado este, encontrado de forma semelhante no estudo de Ferreira *et al* (2020) e Amazona III. (FRANZOI *et al*, 2019).

O que mais se destaca nessa avaliação é o tempo decorrido entre a percepção do primeiro sintoma e a realização do exame mamográfico, sendo o tempo superior a 90 encontrado em 34% das pacientes. Outros dados encontrados foram tempo entre mamografia e realização de biópsia superior a 90 dias para 40% das pacientes e tempo entre 30 e 60 dias para um terço delas entre biópsia e primeira consulta. Em

relação ao estágio clínico, mantem-se o maior percentual no grau II (36%), seguido do III (27%), e I (17%). Distribuição por estágio em percentuais semelhantes foi observada no estudo Amazona III, sendo esta distribuição com grande percentual em estágios avançados (III) um dado preocupante, pois o ideal seria maior percentual nos estágios I e II, em que os resultados do tratamento são mais efetivos, refletindo-se em maiores taxas de sobrevida (FRANZOI *et al*, 2019).

Portanto, através das análises realizadas, é possível descrever longos períodos de espera pelos procedimentos de diagnóstico e início do tratamento para este grupo de pacientes. A lentidão na realização destes procedimentos é explicada em parte pelo sistema de referência e contrarreferência no SUS, que gera a necessidade de as pacientes transitarem por algumas unidades de saúde. Outro fator importante é a falta de uma estratégia direcionada especialmente a paciente que refere anormalidades mamárias, idealmente uma estratégia diferente da estratégia de rastreamento em pacientes assintomáticas. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021).

Dessa forma, a implantação de um protocolo de direcionamento não somente em âmbito de gestão, mas também no clínico, seria uma das formas de oferecer um diagnóstico mais precoce a partir do profissional médico e da educação em saúde proporcionando que a própria paciente identifique alterações da estrutura mamária. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021).

Ainda dentro desse grupo de avaliação, a condição empregatícia apresenta o valor de $p = 0,043$, sendo de significância estatística. De acordo com Miola e Miot (p. 01, 2021), o valor de p de um teste estatístico “retorna à probabilidade teórica de que valores mais extremos do que os encontrados sejam frutos do acaso, desde que os grupos testados sejam realmente iguais.”

Dentro desse agrupamento é possível notar que as pacientes que se ocupam de atividades do lar, apresentaram maior porcentagem tanto no tempo maior do que 30 dias, quanto no menor. Entretanto, maior percentual de pacientes ativas (29,5% levaram mais de 30 dias para conseguir mamografia, o que talvez seja explicado pela menor disponibilidade de tempo em sua rotina para a realização do exame.

Bretas, Renna e Brines (2021), trazem informações que enfatizam o atraso que ocorre entre a fase de consulta médica e realização de exame de imagem, no Brasil.

Uma das hipóteses que pode explicar esse cenário, é o sistema de referenciamento do paciente no SUS. A paciente acaba por ser atendida no sistema primário de saúde (unidade básica de saúde), de onde, a partir de uma suspeição de

câncer, ela é encaminhada para uma unidade de média complexidade, para confirmação diagnóstica. A partir de sua positividade, ocorre o direcionamento para uma unidade especializada. (BRETAS; RENNA; BINES, 2021).

Em relação ao tempo compreendido entre o diagnóstico da neoplasia maligna e início do tratamento, observam-se duas variáveis mensuradas no estudo, o tempo de liberação do resultado da biópsia e o tempo para realização da primeira consulta após diagnóstico confirmado. Os resultados das biópsias foram obtidos em 61% das pacientes no período de 1 a 15 dias. O que ocorreu foi a variação no tempo entre o resultado e a realização da primeira consulta, sendo a demora de 16 a 30 dias mais prevalente em sua porcentagem com 49 pacientes (36%), seguido do tempo de 31 a 60 dias para 36 pacientes (26%).

Contudo, acreditamos que descrever esses intervalos de tempo de espera por procedimentos, nesse cenário em que há autoidentificação de sinais e sintomas, é de suma importância de forma a se obter um diagnóstico e início precoce do tratamento. Ocorrerá, dessa forma, impacto nos resultados de sobrevida, auxiliando na definição de melhores políticas públicas e desenvolvendo estratégias direcionadas a esta paciente na região sul-fluminense.

Todavia, algumas limitações foram encontradas no desenvolvimento deste estudo, sendo o tamanho da amostra, as medidas dos intervalos de espera pelos procedimentos em faixas categóricas ao invés de variável contínua (mediana de dias), ausência do dado de tempo de espera desde a percepção do primeiro sintoma até o início do tratamento. Tratou-se da primeira análise de resultados coletados no estudo, com duração de 4 anos. Para estudos posteriores ao ano de 2022, houve modificação da ficha de coleta de dados, visando obter mediana de dias já descritas e mensuradas novamente e maior duração do estudo, gerando maior e mais representativa amostra.

6 QUESTIONÁRIO

1) IDENTIFICAÇÃO	
1.1) Número do prontuário:	
1.2) Nome:	1.3) Iniciais:
1.4) Data de nascimento:	1.5) Idade do diagnóstico:
1.6) Estado civil: ()Solteira ()Casada ()Viúva ()Divorciada ()União Estável	
1.7) Fuma: ()Não ()Sim ()Ex-fumante	1.8) Consome bebida alcoólica? ()Não ()Sim
1.9) Escolaridade: ()1º grau ()2º grau ()Nível superior	
1.10) Situação empregatícia: ()Ativa ()Autônoma ()Inativa ()Do lar ()Aposentada	
2) DIAGNOSTICO	
2.1) Tempo entre a percepção do 1º sintoma e a mamografia (ou 1º exame de imagem): ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.2) Tempo entre a mamografia (ou 1º exame de imagem) e a biópsia: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.3) Tempo de liberação para o resultado da biópsia: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.4) Tempo entre a liberação da biópsia e a 1ª consulta: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.5) Data da primeira consulta no serviço de oncologia:	
2.6) Tumor de mama: ()direita ()esquerda ()bilateral	2.7) Trouxe bloco de parafina? () Sim () Não
2.8) Tempo entre a primeira consulta e entrega do bloco de parafina: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.9) Tempo entre a entrega do bloco de parafina e o resultado da imunohistoquímica: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.10) Tempo entre a 1ª consulta e o 1º tratamento no serviço: ()1 a 15 dias ()16 a 30 dias ()31 a 60 dias ()61 a 90 dias ()>90 dias ()Não se aplica	
2.11) Tipo histológico do tumor: ()Ductal ()Lobular ()Tubular ()Medular ()Papilar ()In situ ()Desconhecido ()Outro:	
2.12) Grau histológico primeira biópsia: ()I ()II ()III ()desconhecido	
2.13) Estado clínico: ()IA ()IB ()IIA ()IIB ()IIIA ()IIIB ()IIIC ()IV ()Desconhecido	

2.14) Estado patológico: ()IA ()IB ()IIA ()IIB ()IIIA ()IIIB ()IIIC ()IV ()Desconhecido		
3) TRATAMENTO		
3.1) Tratamento inicial indicado: () Cirúrgico ()Quimioterapia ()Hormonioterapia ()Radioterapia		
4) SINAIS VITAIS		
a. Primeiro registro de peso da paciente em prontuário: _____		
b. Data da primeira pesagem: _____		
c. Último registro de peso da paciente em prontuário: _____		
d. Data da última pesagem registrada em prontuário: _____		
5) IMUNOHISTOQUIMICA		
5.1) HER2: 0() 1+() 2+() 3+()		5.2)R. estrogênio: ()positivo ()negativo
5.3)R. progesterona: ()positivo ()negativo	5.4)KI:_%	5.5) Paciente realizou FISH?()Sim, Resultado: () Não

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIN, M. B. et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 67, n. 2, p. 93–99, mar. 2017.

BLEYER, A.; WELCH, H. G. Effect of three decades of screening mammography on breast- cancer incidence. **The New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 21, p. 1998–2005, 22 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 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**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm#>. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. **Portaria n. 741, de 19 de dezembro de 2005**. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 22 maio 2023.

BRETAS, G.; RENNA, N. L.; BINES, J. Practical considerations for expediting breast cancer treatment in Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 2, oct. 2021. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00020-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00020-X/fulltext). Access in: 19 maio 2023.

BRETAS, G.; RENNA, N. L.; BINES, J. Practical considerations for expediting breast cancer treatment in Brazil. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 2, p. 100028, 1 out. 2021.

CALEFFI, M. et al. Breast cancer survival in Brazil: How much health care access impact on cancer outcomes? **Breast (Edinburgh, Scotland)**, v. 54, p. 155–159, dez. 2020.

COLDMAN, A. et al. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 106, n. 11, p. dju261, nov. 2014.

FERREIRA, N. A. S. *et al.* Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: An Analysis of Cases from 1998 to 2012. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4030, jan. 2020.

FERREIRA, N. A. S. *et al.* Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: An Analysis of Cases from 1998 to 2012. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4030, jan. 2020.

FRANZOI, M. A. et al. Advanced Stage at Diagnosis and Worse Clinicopathologic Features in Young Women with Breast Cancer in Brazil: A Subanalysis of the AMAZONA III Study (GBECAM 0115). **Journal of Global Oncology**, v. 5, p. 1–10, nov. 2019.

FRASSON, A. L. et al. Axillary management for patients with breast cancer after neoadjuvant chemotherapy: Results of a survey among Brazilian breast surgeons. **Journal of Surgical Oncology**, v. 122, n. 6, p. 1247–1251, nov. 2020.

GOSS, P. E. et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. **The Lancet. Oncology**, v. 14, n. 5, p. 391–436, abr. 2013.

INCA. **Câncer de mama**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 20 out. 2021.

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.

LIEDKE, P. E. R. et al. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, v. 23, n. 1, p. 126–133, jan. 2014.

RESENDE, H. M. et al. Biosimilar Use in Breast Cancer Treatment: A National Survey of Brazilian Oncologists' Opinions, Practices, and Concerns. **JCO global oncology**, v. 7, p. 1316–1324, ago. 2021.

ROSA, D. D. et al. The impact of sociodemographic factors and health insurance coverage in the diagnosis and clinicopathological characteristics of breast cancer in Brazil: AMAZONA III study (GBECAM 0115). **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 183, n. 3, p. 749–757, out. 2020.

SBCO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. **Diferenças entre CACON x UNACON**. 27 maio 2021. Disponível em: <https://sbco.org.br/atualizacoes-cientificas/diferencas-entre-cacon-x-unacon/>. Acesso em: 22 maio 2023.

SCREENING and early detection. *In: World health organization*. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/screening-and-early-detection#>. Acesso em: 29 out. 2021.

SERRANO-GÓMEZ, S. J.; FEJERMAN, L.; ZABALETA, J. Breast Cancer in Latinas: A Focus on Intrinsic Subtypes Distribution. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, v. 27, n. 1, 2018.

WALTERS, S. et al. Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000-2007: a population-based study. **British Journal of Cancer**, v. 108, n. 5, p. 1195–1208, 19 mar. 2013.

WOJTYLA, C. et al. European trends in breast cancer mortality, 1980-2017 and predictions to 2025. **European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)**, v. 152, p. 4–17, jul. 2021.