

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ATRASO NO DIAGNÓSTICO E OUTROS FATORES PROGNÓSTICOS
DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES TRATADAS NA REDE PÚBLICA DE
ANÁPOLIS - GO**

Rogério Fagundes Vicente
Carolina Franco Gonçalves
José Ricarto Bezerra Netto
Laur Souza Gonçalves Netto
Sérgio Augusto Dutra Da Conceição

Anápolis - Goiás

2023

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

**ATRASO NO DIAGNÓSTICO E OUTROS FATORES PROGNÓSTICOS
DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES TRATADAS NA REDE PÚBLICA DE
ANÁPOLIS - GO**

Trabalho de curso apresentado à Iniciação Científica
do curso de medicina da Universidade Evangélica de
Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^ª.
Esp. Débora Sara de Almeida Cardoso.

Anápolis - Goiás

2023

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof^(a) Orientador Débora Sara de Almeida Cardoso venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Rogério Fagundes Vicente, Carolina Franco Gonçalves, Laurir Souza Gonçalves Netto, Sérgio Augusto Dutra Da Conceição e José Ricarto Bezerra Almeida, estão com a versão final do trabalho intitulado Atraso no Diagnóstico e outros fatores prognósticos do câncer de mama em mulheres tratadas na rede pública de Anápolis-GO pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declaro-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 30 de maio de 2023.



Documento assinado digitalmente

DEBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO PEII

Data: 29/05/2023 17:02:43-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Professor(a) Orientador(a)

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de expressar nosso sincero agradecimento por esta oportunidade de escrever nosso Trabalho de Conclusão sobre o Câncer de Mama. Poder trabalhar com um assunto de tamanha importância na sociedade atual foi extremamente enriquecedor para todos nós.

Nossos agradecimentos especiais vão para a nossa orientadora, Dra. Débora Sara de Almeida Cardoso, cuja orientação e suporte foram fundamentais em cada etapa deste trabalho. Sua dedicação, conhecimento e incentivo nos guiaram de forma admirável, e somos imensamente gratos por sua contribuição.

Também gostaríamos de estender nosso agradecimento aos funcionários da UNICCA ONCOLOGIA HEG, onde desenvolvemos nosso trabalho. Em particular, agradecemos à Thalita e ao Evandro, que nos forneceram todo o suporte necessário e estiveram sempre dispostos a nos ajudar.

Além disso, queremos expressar nossa profunda gratidão a todas as pacientes que generosamente participaram deste estudo. A contribuição delas foi de inestimável valor, e reconhecemos a importância de suas histórias e experiências para a construção de nosso trabalho.

Por fim, agradecemos a todos aqueles que nos apoiaram de alguma forma ao longo dessa jornada acadêmica. Suas palavras de encorajamento, paciência e compreensão foram essenciais para o sucesso deste trabalho.

Este TC não seria possível sem o envolvimento e contribuição de todos os mencionados. Mais uma vez, agradecemos a cada um por sua dedicação e apoio ao nosso projeto.

RESUMO

O câncer tem sido um dos principais problemas nos sistemas de saúde no mundo todo devido à sua prevalência e mortalidade, sendo o câncer de mama, no Brasil, o mais incidente em mulheres de todas as regiões, porém, quando diagnosticado precocemente, possui um bom prognóstico. O objetivo desse trabalho é reconhecer a real situação do atraso no diagnóstico do câncer de mama e a relação com o prognóstico das pacientes no município de Anápolis-GO, bem como outros fatores prognósticos que podem estar relacionados, com enfoque no tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico. Dentre as 69 entrevistas colhidas, a maioria das mulheres obtiveram diagnóstico inicial, com média etária de 56 anos, tempo médio entre primeiro sintoma e primeira consulta de 60 dias com exames sendo majoritariamente realizados em rede privada. O perfil traçado sobre o tumor foi do tipo ductal, estágio inicial, grau histológico II. A precocidade do câncer pode ser relacionada com a menarca e gestação precoce, enquanto a amamentação por mais de um ano é considerada fator de proteção. Foi percebida uma relação entre a idade ao diagnóstico tardio, que apresentava idade média menor que as pacientes de diagnóstico inicial. Conclui-se que há uma necessidade de garantir a realização dos exames pela rede pública, uma vez que quase a totalidade das pacientes realizam exames na rede privada com receio da demora a diagnóstico, além de buscar mais estudos que relacionem idade ao diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama, Prevenção Secundária, Prognóstico, Saúde da Mulher

ABSTRACT

Cancer has been one of the main issues in health systems around the world due to its prevalence and mortality, being breast cancer, in Brazil, the most incident in women of all regions. However, when early diagnosed, it has a good prognosis. The objective of this study is to recognize the real situation in the delay of diagnosing breast cancer and the relation between patients' prognosis in Anápolis-GO, as well as other prognostic factors that may be related, focusing on the time between the first exam with suspicious alteration and/or clinical presentation until the diagnosis. Among the 69 interviews realized, most of the women were early diagnosed, with an average age of 56 years old, with an average time between the first symptom and the first doctor appointment of 60 days, with exams mainly made in the private health care system. The profile drawn about the tumor was the ductal type, initial stage, and

histologic grade II. The precociousness of cancer can be related to menarche and early pregnancy while breastfeeding for more than a year is considered a protection factor. A relation between age and late diagnosis was noted, with averaging age smaller than the early-diagnosed patients. Concluding there is a necessity to guarantee exams through the public health care system, once almost all patients realized exams in the private health care system fearing a delay, beside searching for more studies that relate age to late diagnosis.

Keywords: Breast cancer; Secondary prevention; Women's health; Prognosis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1. Conceito e epidemiologia.....	11
2.2. Histopatologia.....	11
2.3. Fisiopatologia.....	12
2.4. Do rastreio ao diagnóstico.....	13
2.5. Estadiamento.....	13
2.6. Fator prognóstico.....	14
2.7. Legislação vigente.....	15
2.8. Expectativa de vida e prognóstico das pacientes diagnosticadas tardiamente.....	16
3. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
9. APÊNDICES.....	36

1. INTRODUÇÃO

O câncer, com o passar dos anos, se tornou um dos principais problemas de saúde no mundo, isso devido a um aumento significativo na sua incidência e também na mortalidade, estando junto às quatro principais causas de mortes antes dos 70 anos (INCA, 2021). O câncer de mama é o tipo mais comum em mulheres. A estimativa é de que em 2020 havia 1,97 milhões de novos diagnósticos dessa neoplasia, sendo que 622.000 mulheres não sobreviverão (FRANZOI *et al.*, 2019). No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, a neoplasia maligna de mama é a mais incidente em todas as regiões, sendo estimados 66.280 novos casos em 2021 (INCA, 2021).

O desenvolvimento de câncer de mama está relacionado a vários fatores de risco, a exemplo disso: idade superior a 50 anos, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais por período prolongado, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, histórico familiar positivo para câncer, alta densidade do tecido mamário, obesidade, urbanização, dentre outros (CONITEC, 2022).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, visando o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade. Tal medida difere das recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza o rastreamento bianual, a partir dos 50 anos, (MIGOWSKI, 2018) excluindo dos programas de rastreamento uma faixa importante da população (mulheres entre 40-49 anos), responsável por cerca de 15-20% dos casos de câncer de mama. Apesar da recomendação, a partir de 29 de abril de 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a assegurar a realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, conforme estabeleceu a lei nº 11.664, de 29 abril de 2008 (REZENDE, 2010).

É importante que se avalie os fatores prognósticos nas pacientes com câncer de mama, com enfoque no tempo para o diagnóstico, de forma a se também identificar as dificuldades ao acesso de serviço de saúde, tendo em vista que o diagnóstico deve ser feito no menor tempo possível visando o início precoce do tratamento, reduzindo tratamentos mais agressivos e mutiladores e atingindo maiores taxas de cura (ALMEIDA *et al.*, 2020). Além dos atrasos para o diagnóstico, a população assistida pelo Sistema Único de Saúde enfrenta atrasos para o início do tratamento. Nesse sentido, a “Lei dos 60 dias”, ou lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, surgiu como uma forma de garantir que o tratamento para qualquer tipo de câncer

para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) deve começar no prazo de 60 dias a partir do diagnóstico definitivo. Contudo, dados coletados em 239 hospitais em todo o Brasil mostraram que quase 40% das pacientes com câncer de mama não conseguiram iniciar o tratamento dentro desse prazo (GOIA, *et al.*, 2019), tendo em vista que um dos critérios para o início do tratamento é se estabelecer o diagnóstico.

Quando diagnosticado e tratado precocemente o câncer de mama possui um relativo bom prognóstico. No Brasil, a sobrevida média após cinco anos do diagnóstico é de aproximadamente 80% (CONITEC, 2022). Os principais parâmetros para se avaliar a sobrevida são: a idade da paciente ao diagnóstico, o tamanho do tumor, o número de linfonodos comprometidos, o grau de diferenciação tumoral, o subtipo molecular e o estadiamento clínico (JUNIOR, *et al.*, 2017). Tendo em vista todos esses fatores, ressalta-se a necessidade em verificar se há relação entre o mau prognóstico e diagnóstico tardio, bem como quais seriam os principais fatores prognósticos em câncer de mama com enfoque temporal decorrido entre o primeiro exame com alteração ou suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico em mulheres tratadas em Anápolis - GO.

Em Anápolis - GO, buscando superar esse problema, a vereadora Elinner Rosa, ao longo de sua gestão, propôs projeto de lei ordinária nº 5 de 2018, que prevê garantir que os exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos solicitados por médicos vinculados ao SUS, para casos de suspeita de qualquer neoplasia maligna, deverão ser executados em um prazo de urgência de até dez dias, que foi aprovado, mas que ainda não se faz pleno diante dos dados obtidos (BRASIL, 2018).

Diante disto, a necessidade de conhecer dados de saúde específicos do câncer de mama nas mulheres atendidas no município de Anápolis-GO suscitou motivação para a realização deste estudo visando o entendimento da assistência e do perfil epidemiológico da população feminina assistida para tratamento dessa doença. Acredita-se que o conhecimento dessa realidade possa fornecer consideráveis informações que poderão contribuir gerando mudanças em políticas públicas para implementação de serviços e ações que prestem assistência à mulher desde a prevenção, diagnóstico e tratamento, impactando assim no prognóstico e na sobrevida das pacientes.

Desta forma, o objetivo desse trabalho é reconhecer a real situação do atraso no diagnóstico do câncer de mama e a relação com o prognóstico das pacientes no município de Anápolis-GO, bem como outros fatores prognósticos que podem estar relacionados, com enfoque no

tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceito e epidemiologia

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020 (IARC, 2020). No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, sendo estimados 66.280 novos casos em 2021 (INCA, 2021). Dentre as suas causas, há um aumento da incidência com a idade, sendo mais acometidas as pacientes com mais de 50 anos (CONITEC, 2022).

Inúmeros outros fatores estão associados com o aumento da incidência de câncer de mama, dentre eles destacam-se os fatores étnicos, com predomínio da raça branca, menor número médio de filhos, gestações iniciadas em idades mais avançadas, maior uso de terapia de reposição hormonal, tabagismo e etilismo (DUGNO et al., 2014). Já a sua prevenção engloba reduzir os fatores de risco com hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma alimentação equilibrada, ingerir bebidas alcoólicas com moderação e manter o peso ideal. Acrescenta-se a isso cuidados em alguns ambientes de trabalho, sobretudo no que diz respeito à exposição à radiação iônica e aos agrotóxicos (INCA, 2021).

Em relação a mortalidade, o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer na população feminina em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa essa posição. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi 11,84 óbitos/100.000 mulheres, em 2020, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 12,64 e 12,79 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (INCA, 2022).

2.2. Histopatologia

Por conseguinte, o câncer de mama é uma doença complexa que apresenta um alto grau de dessemelhança tanto inter quanto intra-tumoral, o que exige um questionamento diferenciado a fim de que se possa alcançar as melhores respostas por meio das mais diversas modalidades de tratamento introduzidas nos pacientes (SOUZA *et al.*, 2019). Assim, é notória a evolução do conhecimento sobre tal neoplasia, uma vez que a estratificação histológica dos cânceres de

mama foi realizada com base principalmente na imunohistoquímica tumoral, ferramenta diagnóstica que analisa a expressão de alguns marcadores, sendo os mais utilizados: receptor de estrogênio (ER), receptor de progesterona (PR) e o oncogene localizado no cromossomo 17 - receptor ERBB2 (HER2) - trazendo extrema relevância para a oncologia além de estabelecer a base para a classificação deste tipo específico de neoplasia (YEO *et al.*, 2017).

Para fins de análise laboratorial, as variáveis histopatológicas são utilizadas no diagnóstico do câncer de mama, classificação quanto à morfologia e avaliação da evolução clínica. Já em relação à definição do subtipo molecular e indicação terapêutica, o exame de imunohistoquímica é essencial, uma vez que o mesmo é utilizado para avaliação de fatores preditivos e prognósticos, pesquisa de células metastáticas em linfonodos sentinela, diagnóstico molecular e diferencial além da determinação de possível origem de neoplasias metastáticas (INCA, 2021).

2.3. Fisiopatologia

Embora a avaliação histológica seja uma das ferramentas mais amplamente utilizadas atualmente, houve uma modernização e surgimento de novas tecnologias na oncologia, que evidenciaram carência na precisão, novas necessidades e complexidade diagnóstica, uma vez que é possível observar novos subtipos moleculares (ROSSONI *et al.*, 2020). Reforçando que, apesar da ascensão tecnológica, o câncer de mama ainda apresenta particularidades prognósticas e subtipos que corroboram para que haja sempre novas demandas de novos parâmetros para potencializar o tratamento dessa doença no futuro (YEO *et al.*, 2017).

De acordo com Souza *et al.* (2019), a predisposição genética das mulheres é bastante associada ao câncer de mama, uma vez que os fatores hereditários são responsáveis por cerca de 5 a 10% dos casos, sendo que esse percentual é aumentado quanto maior for a relação de parentesco, amplificando assim a probabilidade de desenvolver a doença. A causa genética mais comum está relacionada às mutações nos genes humanos pertencentes a classe de genes supressores de tumor: *Breast Cancer Type 1* e *Breast Cancer Type 2* (BRCA1 e BRCA2), responsáveis pela ativação e regulação do processo de transcrição, reparo de lesões no Ácido Desoxirribonucleico (DNA), regulação do ciclo celular e produção de proteínas de mesmo nome, uma vez que, quando esses genes são inativados, podendo levar ao desenvolvimento de neoplasia mamária, e inclusive avançar ao estágio de significativo estágio histológico. Além disso, sabe-se que, fisiologicamente, determinada concentração do hormônio estrogênio - via

adeno-hipófise -, possui extrema relevância no que tange a indução do crescimento das células mamárias, o que aumenta a probabilidade de mutações nas suas mais diversas nuances e a consequente proliferação do processo mitótico neoplásico.

2.4. Do rastreio ao diagnóstico

A detecção e tratamento precoces são geralmente considerados os meios mais efetivos para a redução da mortalidade por câncer de mama (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Dessa forma, no Brasil é instituída a mamografia de rastreio que se trata de um exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama de recomendação anual para mulheres a partir dos 40 anos (VIEIRA *et al.*, 2017). O rastreamento é importante pois pode identificar cânceres indolentes, que não possuem a capacidade de ameaçar a vida da mulher e que acabam sendo tratados. Além disso, de acordo com a diretriz de rastreamento do câncer de mama, não é recomendado o autoexame e exame clínico das mamas como técnica de rastreio, além de ser contra a ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, termografia e tomossíntese também para essa finalidade (SILVA, 2017).

Após feito o diagnóstico, a portaria número 874, de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, garante que o tratamento do câncer será feito em estabelecimento de saúde habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Tais redes atuam além do tratamento, também no diagnóstico e na realização do estadiamento, contando com uma equipe especializada para isso (BRASIL, 2013).

Além disso, é notória no SUS a importância de ações como exemplo do outubro Rosa, em que se promove uma rotina anual de acompanhamento das mulheres a fim de também se realizar o rastreio do câncer de mama. Além dos exames, são realizadas atividades de educação em saúde, com o intuito de levar informação sobre os fatores de risco e a importância do diagnóstico de neoplasias o mais precocemente possível (MARTINS, 2017).

2.6. Estadiamento

Existe a necessidade de se classificar os casos de câncer quanto ao grau de disseminação, logo, tal classificação é chamada de estadiamento. A importância desse processo está

diretamente relacionada à constatação de que as taxas de sobrevida e o prognóstico dos pacientes são diferentes para cada grau de disseminação, e à medida em que o estadiamento é feito de maneira mais tardia há piora do prognóstico (AYALA *et al.*, 2017; FAYER *et al.*, 2016).

O modelo de estadiamento mais utilizado é preconizado pelo sistema TNM do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* e *Union for International Cancer Control (UICC)*, em que “T” avalia as características do tumor primário como tamanho e extensão, “N” relaciona se houve comprometimento dos linfonodos linfáticos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor está localizado, enquanto “M” aponta a presença ou ausência de metástases à distância (AJCC, 2018).

Ademais, é de suma importância especificar que existem diferentes tipos de estadiamento e que além do clínico, há também o patológico que se baseia nos achados cirúrgicos histológicos da peça operatória durante o exame anatomopatológico. Neste caso, são avaliados os mesmos parâmetros do sistema “TNM” de forma microscópica, sendo estabelecido após tratamento cirúrgico, garantindo uma maior precisão da extensão da doença e, conseqüentemente, separação de grupos por prognóstico patológico (HORTOBAGYI *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019).

É extremamente relevante citar também que o estadiamento é feito de maneira completa e inclui não somente a avaliação anatômica do tumor, mas também fatores biológicos do próprio tumor. Os critérios biológicos podem ser avaliados se o tumor é receptor de estrogênio (ER), se é receptor de progesterona (PR), se possui a proteína HER2, além de avaliar o grau de semelhança das células cancerígenas para com as células normais (G). Todas essas padronizações facilitaram a avaliação do impacto dos avanços no diagnóstico precoce e tratamento de pacientes com câncer de mama (MITTENDORF *et al.*, 2018; WU *et al.*, 2020).

2.7. Fator prognóstico

O fator prognóstico é qualquer característica do paciente ou do tumor que pode ser usada para se prever a história natural da neoplasia, naquele paciente, em termos de qualquer resultado previamente escolhido (BUITRGO; UEMURA; SENA, 2011; SOARES *et al.*, 2012). A palavra prognóstico tem como seu significado linguístico: "apreciação da intensidade, da gravidade e da evolução de um estado patológico, incluindo o seu término" (SILVA; SILVA; VIANA, 2011). A importância de sua existência se deve a inúmeras razões, assim

como a capacidade de predição da evolução da doença ou a possibilidade de ajustamento na elegibilidade ou estratificação de pacientes incluídos em estudos clínicos (TRALDI *et al.*, 2017).

Em relação aos cânceres de mama, o diagnóstico precoce e a definição do prognóstico se apresentam de extrema importância devido à elevada mortalidade dessa neoplasia no Brasil (TRALDI *et al.*, 2017). No meio médico, detêm uma ampla importância e seu uso é feito constantemente, uma vez que os profissionais de saúde têm que determinar o curso de uma doença (principalmente neoplasias) e de que forma a sua evolução pode causar danos maiores aos pacientes enfermos.

Entretanto, o prognóstico não é resultante de produtos aleatórios, uma vez que depende de outros fatores prognósticos que relatam evidência científica (BUIRGO; UEMURA; SENA, 2011; SOARES *et al.*, 2012). Contudo, um bom direcionamento de um prognóstico não depende somente dos fatores prognósticos, mas também de elementos e/ou características que possam influenciar no resultado da doença. Essas pequenas variáveis são chamadas de covariáveis e podem ser classificadas em quantitativas (discretas ou contínuas) e qualitativas (ordinais ou nominais). Em conjunto, esses marcadores estão associados à sobrevida global e permitem indicar como se desenvolverá, probabilisticamente, o curso clínico do paciente (STAFIN *et al.*, 2012).

Nos pacientes com câncer de mama, a definição de atraso no diagnóstico pode ser compreendida tendo por base o tempo decorrido entre os primeiros sintomas até a primeira consulta médica, o período entre a primeira consulta até o primeiro acesso ao serviço de referência especializado e também o tempo da primeira avaliação no serviço especializado até o tratamento específico. Neste contexto, a morosidade no diagnóstico é de extrema relevância para o prognóstico do câncer, em especial o câncer de mama (MEDEIROS *et al.*, 2015).

2.8. Legislação vigente

A legislação brasileira, por meio da Lei 13.896, de 30 de outubro 2019, estabelece a obrigatoriedade de que, a partir do momento em que um paciente tem como a principal hipótese diagnóstica uma neoplasia maligna, dentro do prazo de 30 dias sejam realizados todos os exames para a comprovação do diagnóstico, por meio da solicitação do profissional da saúde responsável pelo caso, sendo acompanhado no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis - GO - Goiás, por meio do Sistema de Regulação (Sisreg) e das instituições parceiras da rede de atenção oncológica, deverá garantir que os exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos solicitados por médicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), para casos de suspeita de qualquer neoplasia maligna, deverão ser executados em caráter de urgência, não podendo ultrapassar o prazo de dez dias. Em Anápolis - GO, no ano de 2018, foi sancionado o projeto de lei da vereadora Elinner Rosa (MDB) que busca dar garantia de prioridade para a realização de exames necessários ao diagnóstico das neoplasias malignas, desde que haja suspeita médica específica, tendo em vista que o problema no município, na maioria dos casos, não se dá no início do tratamento e sim na demora do efetivo diagnóstico da doença (BRASIL, 2018).

Destarte, podemos afirmar que a Lei 13.896, é de alta notoriedade, já que sua implementação reduz o tempo de diagnóstico para os cânceres de mama, de em média 4 meses, para no máximo um mês. Assim, os pacientes diagnosticados com esta neoplasia terão chances de melhores prognósticos e maiores sobrevidas, com menor possibilidade de recidiva da doença e morte (SILVA, 2021).

2.9. Expectativa de vida e prognóstico das pacientes diagnosticadas tardiamente

Dentre os vários fatores prognósticos relacionados ao câncer de mama, o estadiamento avançado está ligeiramente associado à piora da sobrevida em 10 anos, sendo relatado em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul uma baixíssima taxa de sobrevida quando diagnosticado no estágio IV (AYALA *et al.*, 2017). No Brasil, o diagnóstico tardio do câncer de mama (estágios III e IV) tem contribuído de forma negativa tanto para o aumento da mortalidade, quanto da impossibilidade de realizar cada vez com maior frequência os tratamentos cirúrgicos conservadores, uma vez que a neoplasia apresenta chances de cura quando diagnosticada e tratada precocemente (BUITRGO; UEMURA; SENA, 2011; SOARES *et al.*, 2012).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os fatores prognósticos nas pacientes com câncer de mama, tratadas na Unidade de Combate ao Câncer de Anápolis – GO, com enfoque no tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes com câncer de mama que estão em tratamento ou em acompanhamento na Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis-GO Fanstone e Rosa (UNICCA ONCOLOGIA HEG).
- Estimar o tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica e o diagnóstico e sua relação com o estadiamento clínico das pacientes.
- Identificar o estadiamento clínico das pacientes no momento do diagnóstico.
- Identificar o perfil imunohistoquímico tumoral, a prevalência de cada subtipo de neoplasia maligna e sua relação com prognóstico.
- Identificar os fatores de dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa.

4.2 População e amostra

A pesquisa foi realizada na Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis-GO do Hospital Evangélico Fanstone e Rosa (UNICCA ONCOLOGIA HEG). Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de câncer de mama em tratamento ou seguimento na referida instituição e que tiveram o diagnóstico de câncer de mama nos últimos 5 anos. A fim de que se mostre efetiva a intenção da pesquisa, não foram contabilizadas as pacientes com comprometimento na função mental, cognitiva ou ainda aquelas cujos prontuários estavam incompletos ou com informações faltosas.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com as participantes que preencheram os critérios de inclusão, totalizando 69 sujeitos. A abordagem inicial foi realizada pela médica responsável do serviço, desta forma, as pacientes foram convidadas a participarem da pesquisa, deixando claro todos os aspectos éticos envolvidos. Além disso, as pacientes que optaram por participar, estavam cientes da possível coleta de dados em seus prontuários para análise de informações relacionadas ao seu caso clínico que fossem pertinentes ao estudo.

Quanto à entrevista (apêndice A), esta abordou informações sociodemográficas como: idade ao diagnóstico, escolaridade, procedência, etnia, paridade, lactação, se possui histórico familiar positivo para câncer de mama, dados sociodemográficos e econômicos da paciente, religião, situação conjugal e acesso aos serviços de saúde.

Já com relação à história do câncer de mama investigou-se o estadiamento do câncer ao diagnóstico, o tempo de espera para a primeira consulta, status menopausal, status axilar, grau histológico, presença de metástase ao diagnóstico, imunohistoquímica tumoral e o tempo decorrido (em dias) entre primeiro sintoma ou alteração suspeita em exame de imagem, até o diagnóstico histológico. Vale ressaltar que, através de um diálogo aberto sobre este trabalho, obteve-se de cada paciente o consentimento por meio de sua resposta positiva quando questionada sobre o projeto, evitando assim qualquer tipo de constrangimento que possa acarretar na violação de suas liberdades individuais, podendo ainda para isso, desistir a qualquer momento da pesquisa.

4.4 – Análise dos dados

O programa Microsoft Excel 2007 foi usado para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical package for Social Science* SPSS for Windows, versão 20. A caracterização do perfil demográfico e clínico das pacientes foi realizada por meio de estatísticas descritivas: frequência absoluta e frequência relativa, para as variáveis categóricas, e mediana, média, desvio padrão mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. Para as associações entre a fase de estadiamento com as demais variáveis exploratórias categóricas foram utilizados o teste qui-quadrado e quando necessário foi realizado correção de *likelihood ratio*. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

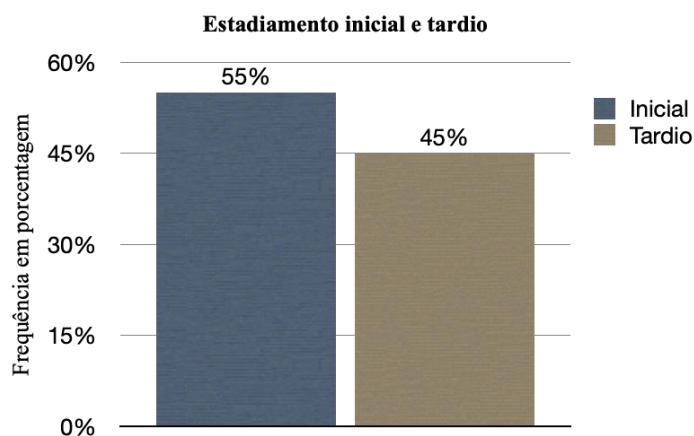
4.5 - Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UniEVANGELICA) de acordo com o número do parecer 5.462.569 (ANEXO A).

5. RESULTADOS

Foram incluídas na pesquisa 69 mulheres com diagnóstico de câncer de mama tratadas na Unidade de Combate ao Câncer de Anápolis – GO. Para obtenção destes resultados foi realizada uma entrevista presencial, além do acesso aos prontuários médicos visando a coleta dos dados referentes ao tumor. Do total de mulheres avaliadas, 31 (45%) foram diagnosticadas tardiamente na primeira consulta (estadiamento de III ou IV) e 38 (55%) foram diagnosticadas precocemente (estadiamento de 0, I ou II). Assim, características demográficas juntamente com a associação de variáveis como atributos demográficos, socioeconômicos e clínicos das pacientes foram mensuradas, como também as características biológicas tumorais.

Figura 1. Demonstração da população de estudo em Estadiamento Inicial e Tardio
(n=69)



As peculiaridades demográficas das pacientes e a relação das variáveis descritas acima com o estadiamento – inicial ou tardio –, são expostas na Tabela 1. Dessa maneira, a média etária das pacientes no momento do diagnóstico foi de 56 anos variando entre 35 e 91 anos, sendo que a maioria das mulheres se declaravam de cor parda (59,4%), eram casadas (43,5%), de religião católica (59,4%) e com ensino fundamental incompleto (31,9%). A maioria das pacientes (52,2%) eram provenientes de outras localidades, sendo 47,8% de Anápolis.

Quanto ao tipo de trabalho, 20,6% são autônomas, 10,3% são empregadas (CLT). Em 84,1% dos casos a renda familiar está entre 1 e 5 salários mínimos. A rede mais utilizada é a rede pública do SUS, com 88,4%, sendo que 21,7% recebem ajuda governamental sendo bolsa família ou outro tipo. Em relação ao tipo de moradia, 63,8% moram em casa própria, 17,4% em casa alugada e 13% em casa cedida (tabela 1).

Quando avaliados os critérios (estadiamento inicial e tardio), observou-se que a média etária ao diagnóstico foi ligeiramente menor nas pacientes com estadiamento tardio (52,93anos) quando comparadas às de estadiamento inicial ao diagnóstico (54,55 anos), $p = 0,082$. Já a respeito do perfil socioeconômico da amostra e sua relação com o estadiamento, a maioria (33,8%) das pacientes não desempenha atividade laboral remunerada (do lar), estando desempregadas (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização e associação do estadiamento com o perfil demográfico e socioeconômico das pacientes (n=69).

VARIÁVEIS	Inicial n (%)	Tardio n (%)	Total n (%)	p
IDADE				
Ao diagnóstico	54,55 ± 12,35	52,93 ± 12,88		0,082
MUNICÍPIO				
Anápolis	18 (47,4)	15 (48,4)	33 (47,8)	0,933
Outro	29 (52,6)	16 (51,6)	36 (52,2)	
ETNIA				
Amarelo	5 (13,2)	2 (6,5)	7 (10,1)	
Branco	12 (31,6)	6 (19,4)	18 (26,1)	0,360
Negro	2 (5,3)	1 (3,2)	3 (4,3)	
Pardo	19 (50)	22 (71)	41 (59,4)	
ESCOLARIDADE				
Analfabeto	2 (5,3)	3 (9,7)	5 (7,2)	
Ensino Fundamental Incompleto	12 (31,6)	10 (32,3)	22 (31,9)	
Ensino Fundamental completo	4 (10,5)	2 (6,5)	6 (8,7)	0,418
Ensino médio incompleto	3 (7,9)	8 (25,8)	11 (15,9)	
Ensino médio completo	9 (23,7)	4 (12,9)	13 (18,8)	
Ensino Superior Incompleto	2 (5,3)	1 (3,2)	3 (4,3)	
Ensino Superior Completo	6 (15,8)	3 (9,7)	9 (13)	
SITUAÇÃO CONJUGAL				
Solteira	7 (18,4)	3 (9,7)	10 (14,5)	
Casada	15 (39,5)	15 (48,4)	30 (43,5)	0,698
Divorciada	10 (26,3)	7 (22,6)	17 (24,6)	
Viúva	6 (15,8)	6 (19,4)	12 (17,4)	

RELIGIÃO				
Católica	20 (52,6)	21 (67,7)	41 (59,4)	
Evangélica	15 (39,5)	8 (25,8)	23 (33,3)	0,089
Espírita	3 (7,9)	0	3 (4,3)	
Outro	0	2 (6,5)	2 (2,9)	
TIPO DE TRABALHO				
Trabalho Voluntário	0	1 (3,2)	1 (1,5)	
Empregada (carteira assinada)	4 (10,8)	3 (9,7)	7 (10,3)	
Trabalho autônomo	9 (24,3)	5 (16,1)	14 (20,6)	0,645
Trabalho eventual	1 (2,7)	0	1 (1,5)	
Desempregada	13 (35,1)	10 (32,3)	23 (33,8)	
Aposentada	10 (27)	12 (38,7)	22 (32,4)	
RENDA MENSAL FAMILIAR				
Sem renda	1 (2,6)	4 (12,9)	5 (7,20)	
1 a 5 salários-mínimos	33 (86,8)	25 (80,6)	58 (84,1)	
6 a 10 salários-mínimos	2 (5,3)	2 (6,5)	4 (5,8)	0,165
>10 SALÁRIOS-MÍNIMOS	2 (5,3)	0	2 (2,9)	
REDE DE SAÚDE MAIS UTILIZADA				
SUS	33 (86,8)	28 (90,3)	61 (88,4)	
Rede privada	4 (10,5)	3 (9,7)	7 (10,1)	0,541
PLANO DE SAÚDE	1 (2,6)	0	1 (1,4)	
POSSUI PLANO DE SAÚDE				
SIM	4 (10,5)	1 (3,2)	5 (7,2)	0,226
Não	34 (89,5)	30 (96,8)	64 (92,8)	
AJUDA GOVERNAMENTAL				
Não recebe	30 (78,9)	24 (77,4)	54 (78,3)	
Bolsa família	3 (7,9)	1 (3,2)	4 (5,8)	
Outros	5 (13,2)	6 (19,4)	11 (15,9)	0,579
MORADIA				
Própria	26 (68,4)	18 (58,1)	44 (63,8)	
Alugada	6 (15,8)	6 (19,4)	12 (17,4)	
Cedida	5 (13,2)	4 (12,9)	9 (13)	0,603
Da empresa	0	1 (3,2)	1 (1,4)	

Financiada	0	1 (3,2)	1 (1,4)
Outro	1 (2,6)	1 (3,2)	2 (2,9)

Na Tabela 2, observa-se que o tempo decorrido entre o primeiro sintoma e a primeira consulta ocorreu, em sua maioria, é de até 60 dias (68,7%), com exames realizados majoritariamente na rede privada (63,8%). Também é possível perceber que o tempo entre o primeiro sintoma ou exame alterado até o resultado da biópsia ocorreu em um tempo menor que 30 dias, representando 63,8% dos casos analisados.

Quanto à detecção do câncer de mama, apenas 34,8% ($p=0,691$) das pacientes do presente estudo detectaram a doença por meio do exame de rastreamento sendo que 65,2% ($p=0,691$), as pacientes tiveram como primeiro sintoma percebido um nódulo na mama, seguido de 5,8% que perceberam retração ou abaulamento ($p=0,026$).

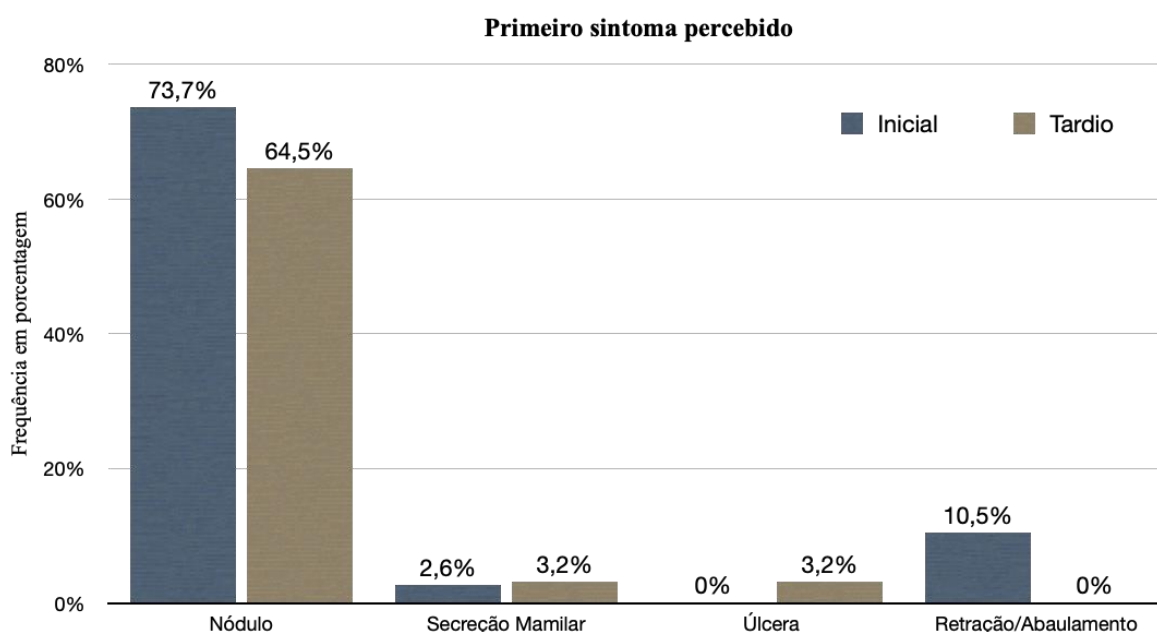
Tabela 2. Caracterização dos dados sobre a doença e sua associação com o estadiamento clínico das pacientes (n=69).

VARIÁVEIS	Inicial n (%)	Tardio n (%)	Total n (%)	p
DETECTOU A DOENÇA POR MEIO DE EXAME DE RASTREAMENTO				
Sim	14 (36,8)	10 (32,3)	24 (34,8)	0,691
Não	24 (63,2)	21 (67,7)	45 (65,2)	
TEMPO DECORRIDO ENTRE O PRIMEIRO SINTOMA E A PRIMEIRA CONSULTA				
Até 60 dias	25 (69,4)	21 (67,7)	46 (68,7)	0,178
De 61 a 120 dias	5 (13,9)	6 (19,4)	11 (16,4)	
DE 121 A 180 DIAS	2 (5,6)	0	2 (3)	
DE 181 A 240 DIAS	0	2 (6,5)	2 (3)	
De 241 ou mais dias	4 (11,1)	2 (6,5)	6 (9)	
REDE QUE OS EXAMES FORAM REALIZADOS				
Pública	12 (31,6)	13 (41,9)	25 (36,2)	0,373
Privada	26 (68,4)	18 (58,1)	44 (63,8)	
TEMPO ENTRE O PRIMEIRO SINTOMA OU EXAME ALTERADO ATÉ O RESULTADO DA BIÓPSIA				
Menos que 30 dias	24 (63,2)	20 (64,5)	44 (63,8)	0,861
ENTRE 30 E 60 DIAS	7 (18,4)	5 (16,1)	12 (17,4)	
Entre 61 e 90 dias	2 (5,3)	3 (9,7)	5 (7,2)	
Entre 91 e 120 dias	2 (5,3)	2 (6,5)	4 (5,8)	

ENTRE 121 E 150 DIAS	1 (2,6)	0	1 (1,4)
MAIS DO QUE 150 DIAS	2 (5,3)	1 (3,2)	3 (4,3)

Dentre as pacientes que não detectaram a doença por meio do exame de rastreamento, o primeiro sintoma percebido mais frequente foi nódulo na mama, sendo 73,7% em pacientes com diagnóstico inicial e 64,5% com diagnóstico tardio (figura 2).

Figura 2. Distribuição dos primeiros sintomas percebidos pelas pacientes que não detectaram o câncer de mama por exame de rotina



Ao avaliar o histórico familiar têm-se que 42,6% ($p=0,695$) possuem antecedentes de câncer na família tendo por base parentes de primeiro grau sendo 23,2% ($p=0,642$) relacionado aos pais e 21,7% ($p=0,308$) aos irmãos.

Tabela 3. Relação do histórico familiar com o estadiamento inicial e tardio.

VARIÁVEIS	Inicial n (%)	Tardio n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
DETECTOU A DOENÇA POR MEIO DE EXAME DE RASTREAMENTO				
Pais	8 (21,1)	8 (25,8)	16 (23,2)	0,642
Irmãos	10 (26,3)	5 (16,1)	15 (21,7)	0,308
Avós	2 (5,3)	5 (16,1)	7 (10,1)	0,135
Filhos	2 (5,3)	2 (6,5)	4 (5,8)	0,834

Dessa forma, a Tabela 4 explicita que a idade de menarca das pacientes em questão foi, em 50,7% dos casos, entre 12 e 14 anos e hoje se encontram em maioria do estado pós-menopausa (73,5%), tendo o nascimento do primeiro filho antes dos 30 anos de idade (87%), e o tempo de amamentação – incluindo todos os filhos – entre 1 e 2 anos (35,5%).

Das pacientes avaliadas, 68,1% ($p=0,413$) já fizeram uso de anticoncepcional hormonal em algum momento da vida, sendo que a maior proporção foi para a utilização por um período entre 2 e 5 anos 30,6% ($p=0,526$).

Tabela 4. Relação dos dados fisiológicos e obstétricos com o estadiamento clínico das pacientes.

VARIÁVEIS	Inicial n (%)	Tardio n (%)	Total n (%)	p
IDADE DA MENARCA				
Entre 9 e 11 anos	9 (23,7)	6 (19,4)	15 (21,7)	0,341
Entre 12 e 14 anos	17 (44,7)	18 (58,1)	35 (50,7)	
Entre 15 e 17 anos	12 (31,6)	6 (19,4)	18 (26,1)	
Maior que 17 anos	0	1 (3,2)	1 (1,4)	
STATUS MENOPAUSAL				
Pré-menopausa	7 (18,9)	5 (16,1)	12 (17,6)	0,221
Pós-menopausa	29 (78,4)	21 (67,7)	50 (73,5)	
Perimenopausa	1 (2,7)	4 (12,9)	5 (7,4)	
EM QUE MOMENTO TEVE O PRIMEIRO FILHO				
Antes dos 30 anos	32 (84,2)	28 (90,2)	60 (87)	0,750
Após os 30 anos	2 (5,3)	1 (3,2)	3 (4,3)	
Nulípara	4 (10,5)	2 (6,5)	6 (8,7)	
POR QUANTO TEMPO AMAMENTOU				
Menos de um ano	4 (14,8)	6 (27,3)	10 (20,4)	0,526
Entre 1 e 2 anos	5 (18,5)	2 (9,1)	7 (14,3)	
Entre 2 e 5 anos	10 (37)	5 (22,7)	15 (30,6)	
Entre 5 e 10 anos	4 (14,8)	4 (18,2)	8 (16,3)	
Entre 10 e 15 anos	3 (11,1)	2 (9,1)	5 (10,2)	
Mais de 15 anos	1 (3,7)	3 (13,6)	4 (8,2)	
JÁ USOU ANTICONCEPCIONAL				
Sim	27 (71,1)	20 (64,5)	47 (68,1)	0,413
Não	28,9%	32,3%	30,4%	

POR QUANTO TEMPO SOU ANTICONCEPCIONAL

Menos de um ano	4 (14,8)	6 (27,3)	10 (20,4)	
Entre 1 e 2 anos	5 (18,5)	2 (9,1)	7 (14,3)	
Entre 2 e 5 anos	10 (37)	5 (22,7)	15 (30,6)	0,526
Entre 5 e 10 anos	4 (14,8)	4 (18,2)	8 (16,3)	
Entre 10 e 15 anos	3 (11,1)	2 (9,1)	5 (10,2)	
Mais de 15 anos	1 (3,7)	3 (13,6)	4 (8,2)	

JÁ FEZ USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

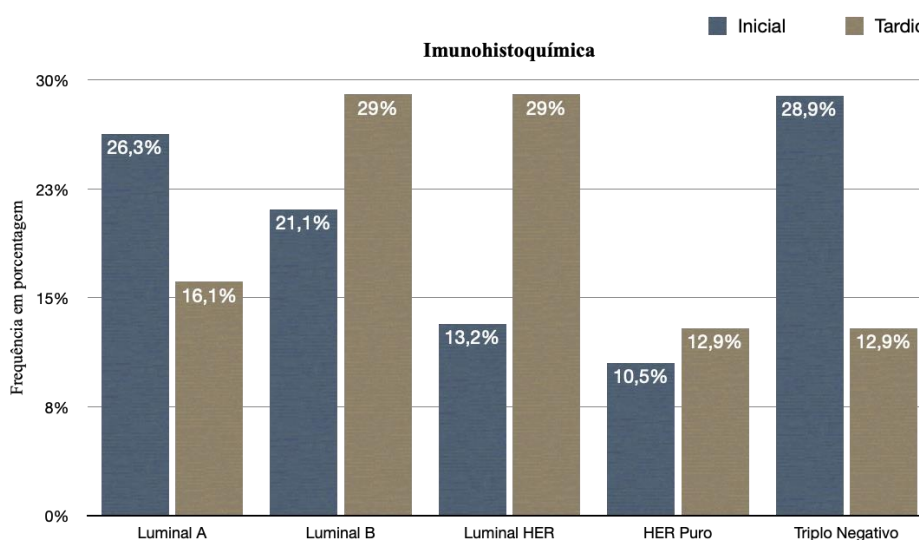
Sim	6 (15,8)	3 (9,7)	9 (13)	
Não	32 (84,2)	28 (90,3)	60 (87)	0,526

POR QUANTO TEMPO UTILIZOU REPOSIÇÃO HORMONAL

Menos de um ano	1 (16,7)	1 (25)	2 (20)	
Entre 1 e 2 anos	1 (16,7)	1 (25)	2 (20)	
Entre 2 e 5 anos	3 (50)	0	3 (30)	0,095
Entre 5 e 10 anos	0	2 (50)	2 (20)	
Entre 10 e 15 anos	1 (16,7)	0	1 (10)	

Em relação à imuno-histoquímica tumoral, 46 pacientes (66,7%) apresentaram presença do receptor hormonal positivo, sendo 15 delas classificadas em Luminal A (21,7%), 17 (24,6%) Luminal B e 14 (20,3%) Luminal HER, enquanto 8 (11,6%) apresentaram HER puro em detrimento de 15 (21,7%) triplo negativo (figura 3).

Figura 3. Descrição dos diferentes tipos Imunohistoquímicos e sua relação com o diagnóstico.



Na Tabela 5, é possível notar que 50 pacientes (72,5%) possuíam tumor de tipo histológico ductal, 31 (44,9%) apresentaram grau histológico II, 32 (46,4%) status linfonodal N0 e 37 (39,1%) identificaram-se com KI67 no intervalo de 14 à 30%

Além disso, notou-se que ainda para a classificação sobre o grau histológico, o padrão ductal foi seguido de não descrito (17,4%), lobular (7,2%) e especial (2,9%). Vale ressaltar também, que dentre as pacientes que tiveram o diagnóstico tardio, o padrão histológico predominante foi o ductal (23 pacientes), trazendo o percentual 74,2%, mostrando assim forte predileção desta categoria para com o câncer de mama.

Tabela 5. Relação dos dados tumorais com o estadiamento clínico das pacientes.

VARIÁVEIS	Inicial n (%)	Tardio n (%)	Total n (%)	p
TIPO HISTOLÓGICO				
Ductal	27 (71,1)	23 (74,2)	50 (72,5)	0,674
Lobular	4 (10,5)	1 (3,2)	5 (7,2)	
Especial	1 (2,6)	1 (3,2)	2 (2,9)	
Não descrito	6 (15,8)	6 (19,4)	12 (17,4)	
GRAU HISTOLÓGICO				
I	12 (31,6)	5 (16,1)	17 (24,6)	0,447
II	15 (39,5)	16 (51,6)	31 (44,9)	
III	8 (21,1)	6 (19,4)	14 (20,3)	
Não descrito	3 (7,9)	4 (12,9)	7 (10,1)	
STATUS LINFONODAL				
N0	27 (71,1)	5 (16,1)	32 (46,4)	0,000
N1	9 (23,7)	11 (35,5)	20 (29)	
N2	2 (5,3)	15 (48,4)	17 (24,6)	
KI67				
<14	10 (26,3)	5 (16,1)	15 (21,7)	0,200
14-30%	12 (31,6)	15 (48,4)	27 (39,1)	
31-50%	8 (21,1)	4 (12,9)	12 (17,4)	
51-70%	3 (7,9)	0	3 (4,3)	
>70%	4 (10,5)	5 (16,1)	9 (13)	
Não descrito	1 (2,6)	2 (6,5)	3 (4,3)	

6. DISCUSSÃO

A análise dos dados epidemiológicos indica que a questão socioeconômica das pacientes é um dos fatores que dificulta o acesso aos serviços de saúde. Dentre esses fatores, o nível de escolaridade e a renda são significativos, com a maioria das pacientes diagnosticadas tardiamente sendo analfabetas ou com ensino médio incompleto, e pouco mais de um terço estando desempregadas e a maior parte possuindo renda familiar de até cinco salários mínimos. Estudos comprovam que mulheres residentes de áreas com menor Produto Interno Bruto e alta taxa de analfabetismo têm maior dificuldade em acessar serviços de saúde após o diagnóstico tardio (TORTAJADA *et al*, 2019). Dessa forma, a escolaridade reflete no nível socioeconômico, assim mulheres com menor grau de escolaridade possuem limitações de acesso ao serviço de saúde, adiando o diagnóstico e dificultando a oportunidade do tratamento adequado para a cura (AZEVEDO *et al*, 2017).

No que diz respeito aos fatores de dificuldade de acesso ao serviço de saúde, vários elementos podem ser destacados que justificam o diagnóstico de pacientes com câncer de mama. Durante nosso estudo, foi possível observar que a demora no atendimento na rede pública de saúde é um fator de grande incidência no aumento do diagnóstico tardio de câncer de mama. Para aquelas pacientes que tiveram diagnóstico inicial, mais da metade realizaram seu primeiro exame na rede privada de saúde, fato preocupante uma vez que a maioria das pacientes do estudo utilizam principalmente o SUS como serviço de saúde. A falta de recursos financeiros pode limitar ainda mais o acesso aos serviços de saúde, como exames e tratamento adequado, com a maioria das pacientes utilizando o SUS e uma pequena parcela possuindo plano de saúde ou atendimento na rede privada. Além disso, pacientes de nível socioeconômico mais baixo podem desenvolver depressão e se isolar socialmente devido à falta de informações acerca da doença, além de ter dificuldade em se locomover até os serviços de saúde e arcar com os custos adicionais de transporte e medicamentos (CHANG *et al*, 2013).

Alguns dados ginecológicos e obstétricos merecem destaque: a menarca entre 12 e 14 anos de idade representa um dado de relevância nesta categoria de análise, sendo menos da metade de diagnóstico inicial e quase três quintos tardio, fato que, somado à gestação antes dos 30 anos, que representa a maioria das pacientes diagnosticadas tardiamente, permitem suspeitar se à precocidade desses eventos estaria relacionada ao desenvolvimento do câncer de mama. Em contraponto, a menarca precoce (antes dos 11 anos) é vista como um fator de risco aumentado para desenvolvimento da neoplasia, enquanto gestação antes da terceira década de

vida é vista como um fator associado a menor risco de desenvolver a doença, antagonizando os dois dados citados (VIEIRA, 2017).

Além disso, nota-se uma quantidade maior de pacientes que amamentaram por mais de um ano, evidenciando, portanto, a importância de se aumentar essa prática, haja vista que amamentação, somada à prática regular de atividade física e alimentação balanceada, são consideradas fatores de proteção para o câncer de mama (INCA, 2022).

Quanto ao tempo decorrido entre o primeiro sintoma ou exame alterado até o resultado da biópsia, a maioria das pacientes deste estudo apresentaram tempo inferior a 30 dias para obtenção de seus resultados. Vale ressaltar que mais da metade das pacientes do presente estudo realizaram exames pela rede de saúde privada. Como hipótese, isso demonstra o medo e a insegurança que as pacientes tiveram com o SUS para a realização desse exame, mesmo não tendo uma renda e sendo a maioria desempregada.

Além disso, mais de um terço das pacientes entrevistadas esperaram mais de 60 dias para conseguir a primeira consulta, tempo médio maior do que o preconizado pela Lei 13.896 (BRASIL, 2019). Ademais, foi visto que 13% das pacientes diagnosticadas tardiamente tiveram uma espera de mais de 180 dias para a realização da primeira consulta, e que quase um quinto das mesmas esperaram mais de 60 dias para a realização da biópsia. Esta demora de três meses ou mais pode estar associada com estágios tardios no momento do diagnóstico e, dessa forma, com uma pior sobrevida (SILVA, 2018; BEZERRA *et al.*, 2019).

Ademais, vale destacar também que a maior parte das pacientes entrevistadas neste estudo não detectaram o câncer de mama por exame de rastreamento, mas sim por meio de outros sintomas preponderantes. Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM, 2022), é fundamental a detecção em um estágio inicial para um tratamento menos agressivo, oferta de melhor qualidade de vida, com menos mutilação e menos efeitos colaterais, aumentando as taxas de sobrevida das pacientes. Segundo a SBM, no Brasil, preconiza-se a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, e este exame reduz significativamente a morbimortalidade do câncer de mama, uma vez que a demora na realização deste exame pode acarretar piores quadros clínicos para as pacientes com neoplasias mamárias de diagnóstico tardio (VIEIRA *et al.*, 2017).

Em relação à imuno-histoquímica tumoral, vale reforçar que os receptores hormonais, juntamente com a expressão genética da proteína HER-2 encontram-se fortemente associados ao prognóstico das pacientes analisadas, conforme preconizado por Wu, J., *et al.* (2020). Assim, houve correlação no que tange o estadiamento ao diagnóstico em todos os casos estudados, uma vez que 31 pacientes das 69 contidas na amostra foram classificados como

diagnóstico tardio. Nota-se, portanto, que apesar do padrão luminal B ter maior prevalência quando comparado a imuno-histoquímica dos demais, quando analisou - se o estadiamento, tanto este quanto o padrão luminal HER apresentaram equivalência em relação ao percentual de pacientes com diagnóstico tardio, mostrando um possível predomínio destas categorias para diagnósticos tardios quando confrontado ao restante, solidificando assim, um pior prognóstico, que no tumor luminal B provavelmente esteja relacionada as taxas de KI67 maiores que 14% e no luminal – HER à própria expressão da proteína HER2, que assim como o KI67, está associada ao crescimento tumoral. Apesar disso, quanto a caracterização em HER puro nesse estudo, observou-se uma não padronização, haja vista a distribuição em igual proporção entre a especificação precoce e tardia, não evidenciando, portanto, qualquer relação com os prognósticos diante da amostra analisada.

No que tange às classes pertencentes aos padrões luminal A e triplo negativo, cristaliza-se positivamente a referida conexão, dado que a maioria das pacientes diagnosticadas com os padrões citados foram preconizados como diagnóstico precoce, mostrando, portanto, que os tumores triplo-negativos, apesar de apresentarem forte predileção para um prognóstico desfavorável, o presente estudo mostrou relativa contrariedade diante deste fato. Para os tumores luminal-A, pode-se inferir que a presença de receptores hormonais positivos, aliada ao marcador ki67 em menor percentual solidificam os fatores prognósticos no câncer de mama, estando assim, em paralelo ao que afirma DUTRA, M. C. *et al.* (2009).

Dessarte, os quocientes apresentados enaltecem a relevância que a atenção básica possui no rastreamento do câncer de mama que, em conjunto com o fortalecimento do vínculo médico-paciente, corrobora positivamente para a síntese cada vez mais intensa de uma rede de atenção oncológica mais humana e que garante maior qualidade de vida as suas pacientes. Desta forma, o estudo apresenta limitações por se tratar de um pequeno espaço amostral e provenientes de uma mesma localidade, a generalização dos resultados na presente pesquisa deve ser feita com determinada cautela.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória no município de Anápolis-GO, a preocupação com a garantia da prioridade para realização dos exames necessários ao diagnóstico das neoplasias malignas. Tal fato é confirmado pela criação de projetos de lei que visam à diminuição do tempo de diagnóstico como forma de acelerar o processo de tratamento e garantir um melhor prognóstico às pacientes.

Mediante os resultados deste presente estudo, têm-se que a maioria das pacientes tiveram uma espera satisfatória de até 60 dias para realização da primeira consulta e menos de 30 dias para realização da biópsia, porém, tanto as pacientes residentes em Anápolis, quanto as que moram no interior, em sua grande maioria, mesmo aquelas com baixo nível socioeconômico, tiveram que arcar por conta própria com custos relativos aos exames, visto o receito da demora de realizá-los pelo SUS.

Conclui-se que é necessário que se avalie uma amostra maior de pacientes de forma que seja possível correlacionar os dados obtidos com o tempo decorrido até o diagnóstico, identificando os fatores que levaram as pacientes a terem que buscar a rede privada para realização destes exames, para que assim seja possível criar medidas de intervenção para o cumprimento da lei quanto ao tempo para o diagnóstico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJCC - AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition: Cancer Staging Form Supplement**. Chicago, 2018. Disponível em: <<https://cancerstaging.org/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 28 de setembro de 2021.

ALMEIDA, M.; ALMEIDA, P.; MELO, E. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 24, p. 1-16, 2020.

ANDRADE, L. S. S., Análise do atraso do sistema no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)** – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2019

AYALA, A. L. M. *et al.* Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000-2014. **Ciênc. saúde colet.**, Joinville, Santa Catarina, v. 24, n. 4, abr./2019.

BEZERRA, M. C. M., Santos, A. F. F. L., Lima, F. M., Almeida, I. T. B., Ferreira, L. M. G., Bezerra, A. L. R.. Avaliação do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um centro referência: Uma análise retrospectiva. **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica** - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2018

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: 2002

BRASIL. Ministério da saúde. Comissão nacional de incorporação de novas tecnologias no SUS. **Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Lei n 3.958**, de 05 de abril de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre a garantia de prioridade da realização de exames necessários ao diagnóstico das neoplasias malignas, desde que haja suspeita médica específica. Anápolis - GO: Câmara Municipal, 2018. Disponível em: <https://sapl.anapolis.go.leg.br/norma/6137>

BRASIL. **PORTARIA Nº 874**, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acessado em: 29 de setembro de 2021.

BRASIL. **Lei 13.896**, de 30 de outubro 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113896.htm. Acessado em: 28 setembro de 2021.

BUITRAGO, F.; UEMURA, G.; SENA, M. C. F. Fatores prognósticos em câncer de mama. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 69-82, 2011.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de recomendação: Diretrizes Diagnósticas Terapêuticas Carcinoma de mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220919_rrcarcinoma_mama.pdf

COSTA NETO, O. F., et al. Fatores preditivos de metástases axilares em pacientes com câncer de mama e biópsia de linfonodo sentinela positivo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 4, p. 391–396, ago. 2017.

DOS-SANTOS-SILVA, I. Política de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cadernos de saúde pública**, v.6, n.34, 2018.

DUGNO, M. L. G.; SOLDATELLI, J. S.; DALTOE, T., *et al.* Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 36, p. 60-65, 2014.

DUTRA M. C., et al. Imunofenótipo e evolução do câncer de mama: entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 31(2):54-60, 2009

FAYER, V. A., et al. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 766-778, 2016.

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. **Journal of Global Oncology**, v. 5, p. 1-10, 2019.

FREITAS JÚNIOR, R. D., *et al.* Fatores prognósticos do câncer de mama e sobrevida global em cinco e dez anos na cidade de Goiânia, Brasil: estudo de base populacional. **Rev Col Bras Cir**, Goiânia, v. 44, n. 5, p. 435-443, 2017.

GOIA, S., *et al.* Predição de atendimento à “Lei dos 60 dias” dentro do programa de navegação de pacientes com câncer de mama no Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.alass.org/wpcontent/uploads/22-08-19_sesion15-2.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

HORTOBAGYI, G. N.; EDGE, S. B.; GIULIANO, A. New and Important Changes in the TNM Staging System for Breast Cancer. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 38, p. 457-467, 2018.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/2039/1257>

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde, 2021. base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estadiamento**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2021. base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Cancer today**. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>

JÚNIOR, R. F., et al. Fatores prognósticos do câncer de mama e sobrevida global em cinco e dez anos na cidade de Goiânia, Brasil: estudo de base populacional. *Rev. Col. Bras.* 2017;44(5)435-443.

MARTINS, F. P., *et al.* OUTUBRO ROSA: FACILITANDO O ACESSO, PROMOVEDO À SAÚDE E PREVENINDO AGRAVOS À SAÚDE DA MULHER. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**. v.10, n.1, p.1-4, 2017.

MEDEIROS, G. C., *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015.

MIGOWSKI, A., *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Caderno de Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. 1-16, 2018.

MITTENDORF, E. A., *et al.* Incorporating Biology Into Breast Cancer Staging: American Joint Committee on Cancer, Eighth Edition, Revisions and Beyond. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v.38, p. 38-46, 2018.

NOVAES, C. O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad. Saúde Pública**, V. 2, p. 310-320, 2009.

PALMERO, Edenir Inêz. Screening for germline BRCA1, BRCA2, TP53 and CHEK2 mutations in families at-risk for hereditary breast cancer identified in a population-based study from Southern Brazil. **Genetics and molecular biology**, v. 39, n. 2, p. 210-222, mai./2016.

PEREIRA, H. F. B.; VIAPIANA, P. S.; SILVA, K. L. T. Aspectos Clínicos e Patológicos do Câncer de Mama em Mulheres Jovens Atendidas na FCEcon entre 2003 e 2013. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.63, n.2, 2019.

REZENDE, M. C. R. **Causas do Diagnóstico Tardio no Câncer de Mama**. Orientador: Prof. Dr. Hilton Augusto Koch. 2010. 63 f. Dissertação para conclusão de curso (Graduação em

Medicina) – Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ROSSONI, E. S. S., *et al.* Perfil molecular do câncer de mama triplo negativo: Uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 82283-82303, 2020.

SILVA, J. A. G., Ministério da saúde. **Diretriz para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer. 3ª Edição, 2017.

SILVA, N. D. **Os direitos sociais do paciente com câncer**. Orientador: Nuria Micheline Meneses Cabral. 2021. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de direito) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2021.

SOARES, P. B. M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol.**, Minas Gerais, v. 15, n. 3, p. 595604, fev./2012

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**. Disponível em: <https://sbmastologia.com.br/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>. Acesso em: 27 out. 2022.

SOUZA, J. L. P., *et al.* Perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia do Agreste Pernambucano. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 38–46, 2019.

STAFIN, I., *et al.* Fatores prognósticos no câncer de mama. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 38, n. 3 e 4, p. 193-201, 2012.

TRALDI, M. C., *et al.* Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cad. Saúde Colet**, Rio De Janeiro, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

VIEIRA, S.C. **Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Piauí – 2017**. Teresina:EDUFPI; 2017.

VIEIRA, R. A. D. C. *et al.* Breast cancer screening in developing countries. **Clinics (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 244-255, abr./2017.

WU, J., *et al.* Estrogen receptor 1 and progesterone receptor are distinct biomarkers and prognostic factors in estrogen receptor-positive breast cancer: Evidence from a bioinformatic analysis. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 121, 2020.

YEO, S. K., & GUAN, J. L. Breast Cancer: Multiple Subtypes within a Tumor? Trends in cancer, 3(11), 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.trecan.2017.09.001>.

9. APÊNDICE

A) Entrevista semi estruturada

Entrevista semi estruturada epidemiológica Sobre Câncer de Mama

Data da coleta de dados: ___/___/___

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Telefone: _____

Data de nascimento: ___/___/___
idade

atual: _____

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Município de residência:

2.1. ETNIA

Quanto a etnia, como você se
considera:

- (1) amarelo (2) branco (3) indígena
(4) negro (5) pardo

2.2. Escolaridade:

- (1) Analfabeto
(2) Ensino fundamental incompleto
(3) Ensino fundamental completo
(4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino médio completo
(6) Ensino superior incompleto
(7) Ensino superior completo

2.3. Situação conjugal:

- (1) Solteira (2) Casada/ União estável
(3) Divorciada/Separada (4) Viúva

2.4. Religião:

- (1) católica (2) evangélica (3)
espírita (4)
outro _____.

2.5. Tipo de trabalho:

- (1) Estágio profissional
(2) Trabalho voluntário
(3) Empregada (com carteira assinada)

- (4) Trabalho autônomo
(5) Trabalho eventual
(6) Desempregada
(7) Aposentada

2.6. Renda mensal familiar:

- (1) sem renda (2) 1 - 5 SM (3) 6 - 10
SM (4) >10 SM

2.7. Qual tipo de rede de saúde você mais utiliza?

- (1) SUS (2) Rede privada (3) Plano de
saúde

2.8. Você possui plano de saúde?

- (1) Sim (2) Não

2.9. Você recebe alguma ajuda governamental?

- (1) não recebo (2) bolsa família (3)
outros _____

2.10. Número de filhos:

- (1) nenhum (2) um (3) dois (4)
três (5) mais de três

2.11. Moradia:

- (1) própria (2) alugada (3) cedida
(4) da empresa (5) financiada
(6)
outro _____

3. DADOS SOBRE A DOENÇA

3.1 Idade ao diagnóstico: _____

3.2. Detectou a doença por meio de
exame de rastreamento?

- (1) Sim (2) Não

3.3. Qual o primeiro sintoma
percebido?

- (1) Nódulo na mama
(2) Secreção mamilar
(3) Úlcera
(4) Lesão descamativa
(5) Retração, abaulamento

(6) Mudança da cor e espessura da pele

(7) Outro

3.4. Após a percepção do primeiro sintoma, quanto tempo você levou para conseguir sua primeira consulta?

(1) até 60 dias

(2) de 61 a 120 dias

(3) de 121 a 180 dias

(4) de 181 a 240 dias

(5) de 241 ou mais dias

3.5. Os exames foram realizados por qual rede?

(1) Pública

(2) Privada

3.6. Quanto tempo se passou entre o primeiro sintoma ou exame alterado até o resultado da biópsia?

(1) Menos que 30 dias

(2) Entre 30 e 60 dias

(3) Entre 61 e 90 dias

(4) Entre 91 e 120 dias

(5) Entre 121 e 150 dias

(6) Mais do que 150 dias

4. DADOS SOBRE HISTÓRIA FAMILIAR

4.1. Alguém da sua família (pais, avós, irmãos ou filhos) tem ou já teve câncer?

(1) Sim (2) Não

4.2. Caso a resposta anterior seja positiva, qual o grau de parentesco e sítio primário?

(1) Pais

(2) Irmãos

(3) Avós

(4) Filhos

5. HISTÓRICO FISIOLÓGICO/OBSTÉTRICO

5.1. Idade da menarca

(1) antes dos 9 anos

(2) 9 - 11

(3) 12 - 14

(4) 15 - 17

(5) > 17 anos

5.2. Status menopausal:

(1) Pré-menopausa (2) Pós-menopausa (3) Perimenopausa

5.3. Possui filhos?

(1) Sim (2) Não

5.3.1. Caso a resposta for sim, em que momento teve o primeiro filho?

(1) Antes de 30 anos

(2) Após os 30 anos

(3) Não tenho filhos

5.4. Você amamentou?

(1) Sim (2) Não

5.4.1. Caso a resposta for sim, por quanto tempo?

(1) Menos de 3 meses

(2) Entre 3 e 6 meses

(3) Entre 6 meses e 1 ano

(4) Entre 1 e 2 anos

(5) Mais que 2 anos

(6) Não amamentou

5.5. Você faz ou fez uso de anticoncepcional hormonal?

(1) Sim (2) Não

5.5.1. Caso positivo, por quanto tempo utilizou?

(1) Menos de 1 ano

(2) Entre 1 e 2 anos

(3) Entre 2 e 5 anos

(4) Entre 5 e 10 anos

(5) Entre 10 e 15 anos

(6) Mais de 15 anos

5.6 Você faz ou fez uso de terapia de reposição hormonal?

(1) Sim (2) Não

5.6.1. Caso positivo, por quanto tempo utilizou?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 2 anos
- (3) Entre 2 e 5 anos
- (4) Entre 5 e 10 anos
- (5) Entre 10 e 15 anos
- (6) Mais de 15 anos

6. DADOS DO TUMOR E ESTADIAMENTO

6.1. Tipo histológico

(1) Ductal (2) Lobular (3) Especial (4) Não descrito

6.2. Grau histológico

(1) I (2) II (3) III (4) Não descrito

6.3. Estadiamento ao diagnóstico (geral) :

(1) Inicial (2) Tardio

6.4. Estadiamento ao diagnóstico:

(1) 0 (2) I (3) II (4) III (5) IV

6.5. Status linfonodal:

(1) N0 (2) N1 (3) N2 (4) N3

6.6. KI67

(1) <14 (2) 14- 30% (3) 31- 50% (4) 51- 70% (5) >70% (6) Não descrito

6.7. Imunoistoquímica:

(1) Luminal A (2) Luminal B (3) Luminal HER (4) HER puro (5) Triplo negativo

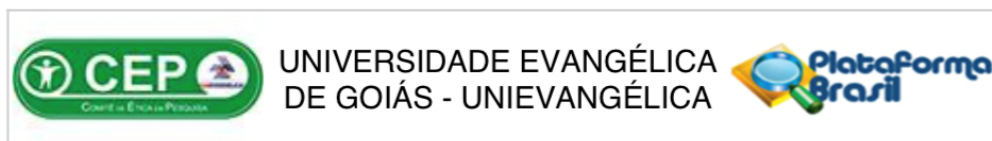
6.8. Você teve acesso a teste genético?

(1) Sim (2) Não

6.8.1. Caso a resposta anterior seja positiva, você apresentou mutação patogênica?

(1) Sim (2) Não

B) OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATRASO NO DIAGNÓSTICO E OUTROS FATORES PROGNÓSTICOS DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES TRATADAS NA REDE PÚBLICA DE ANÁPOLIS - GO

Pesquisador: Débora Sara de Almeida Cardoso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58986822.8.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.462.569

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949082.pdf e do Projeto_de_pesquisa_final.docx

Resumo

O câncer tem sido um dos principais problemas nos sistemas de saúde no mundo todo devido à sua prevalência e mortalidade. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. Em contrapartida, apesar de ter índices preocupantes, quando diagnosticado precocemente possui um bom prognóstico. O objetivo desse trabalho é conhecer a real situação do atraso no diagnóstico do câncer de mama e a relação com o prognóstico das pacientes no município de Anápolis-GO, bem como outros fatores prognósticos que podem estar relacionados, com enfoque no tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista com as participantes que preencherem os critérios de inclusão. A abordagem inicial será realizada pela médica responsável do serviço, desta forma, as pacientes serão convidadas a participarem da pesquisa, deixando claro todos os aspectos éticos envolvidos. Serão coletados informações sociodemográficas, histórico familiar, características do estadiamento, histopatologia do câncer e do diagnóstico seguindo escala temporal e submetidas à análise estatística adotando significância de 5% ($p < 0,05$). A relevância deste trabalho tem como

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

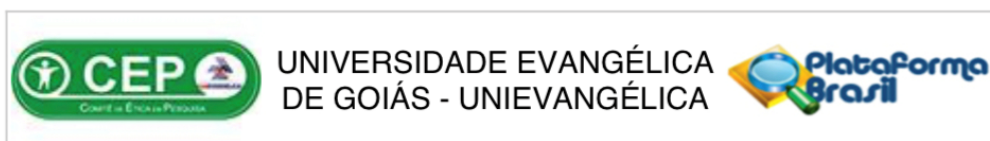
UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.462.569

meta o esclarecimento da assistência, perfil epidemiológico, diagnóstico e tratamento evidenciando fragilidades de políticas públicas e ajudando na criação de outras mais apropriadas a fim de impactar positivamente na sobrevida dessas pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama, Prevenção Secundária, Prognóstico, Saúde da Mulher

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa.

População e amostra

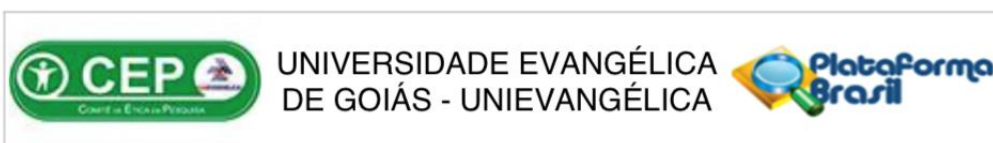
Conforme já preconizado, a pesquisa será realizada na UNICCA. Serão incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de câncer de mama em tratamento ou seguimento na referida instituição e que tiveram o diagnóstico de câncer de mama nos últimos 5 anos. A fim de que se mostre efetiva a intenção da pesquisa, não serão contabilizadas as pacientes com comprometimento na função mental, cognitiva ou ainda aquelas cujos prontuários estejam incompletos ou com informações faltosas. Atualmente, 270 mulheres fazem seguimento e tratamento na instituição, sendo que deste será aplicado uma amostra de conveniência tendo como número total de pacientes participantes da pesquisa de 130 mulheres.

Coleta de dados

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista com as participantes que preencherem os critérios de inclusão. A abordagem inicial será realizada pela médica responsável do serviço, desta forma, as pacientes serão convidadas a participarem da pesquisa, deixando claro todos os aspectos éticos envolvidos. Além disso, as pacientes que optarem por participar, estarão cientes da possível coleta de dados em seus prontuários para análise de informações relacionadas ao seu caso clínico que forem pertinentes ao estudo. Quanto a entrevista (apêndice C), esta irá abordar informações sociodemográficas como: Idade ao diagnóstico, escolaridade, procedência, etnia, paridade, lactação, se possui histórico familiar positivo para câncer de mama, dados sociodemográficos e econômicos da paciente, religião, situação conjugal e acesso aos serviços de saúde.

Já com relação à história do câncer de mama será investigado o estadiamento do câncer ao diagnóstico, o tempo de espera para a primeira consulta, status menopausal, status axilar, grau histológico, presença de metástase ao diagnóstico, imunoistoquímica tumoral e o tempo decorrido

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.462.569

(em dias) entre primeiro sintoma ou alteração suspeita em exame de imagem, até o diagnóstico histológico. Vale ressaltar que, através de um diálogo aberto sobre este trabalho, cada paciente só será apresentada caso haja consentimento de sua parte por meio de sua resposta positiva quando questionada sobre o projeto, evitando assim qualquer tipo de constrangimento que possa acarretar na violação de suas liberdades individuais, podendo ainda para isso, desistir a qualquer momento da pesquisa. Dada a importância de um parecer substanciado, este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UniEvangélica). A participação da pesquisa será de caráter voluntário, não havendo nenhuma forma de ressarcimento, além de se preservar o anonimato.

Análise dos dados

Os dados serão analisados utilizando o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 23. A caracterização do perfil demográfico e clínico das pacientes será realizada por meio de estatísticas descritivas: frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas e mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis contínuas. A decisão prévia por escolha de testes paramétricos ou não paramétricos será feita por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. A associação entre a fase de estadiamento com as demais variáveis exploratórias categóricas será realizada por meio do teste do Quiquadrado de Pearson. A comparação das variáveis exploratórias contínuas com a fase do estadiamento será feita por meio dos testes t de Student/Mann-Whitney e/ou análise da variância ANOVA/Kruskal-Wallis. Em todas as análises será adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Objetivo da Pesquisa:

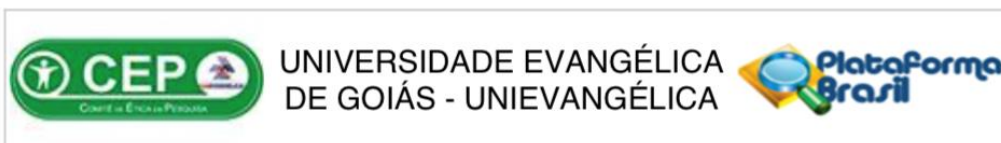
Objetivo geral

Avaliar os fatores prognósticos nas pacientes com câncer de mama tratadas na Unidade de Combate ao Câncer de Anápolis - GO com enfoque no tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica até o diagnóstico.

Objetivos específicos

- Identificar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes com câncer de mama que estão em tratamento ou em acompanhamento na Unidade de Combate ao Câncer Fanstone e Rosa de Anápolis – GO (UNNICA).
- Estimar o tempo decorrido entre primeiro exame com alteração suspeita e/ou apresentação clínica e o diagnóstico e sua relação com o estadiamento clínico das pacientes.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.462.569

- Identificar o estadiamento clínico das pacientes no momento do diagnóstico.
- Identificar o perfil imunistoquímico tumoral, a prevalência de cada subtipo de neoplasia maligna e sua relação com prognóstico.
- Identificar os fatores de dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aspectos éticos

A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e a paciente tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. A paciente não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Todo o material gerado pela pesquisa será mantido armazenado em ambiente acadêmico, desta forma, por se tratar de arquivos digitais, serão guardados por professores e alunos em computador com senha. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, desta forma, iremos retirar nome, sobrenome ou qualquer tipo de informação que possa servir de identificação.

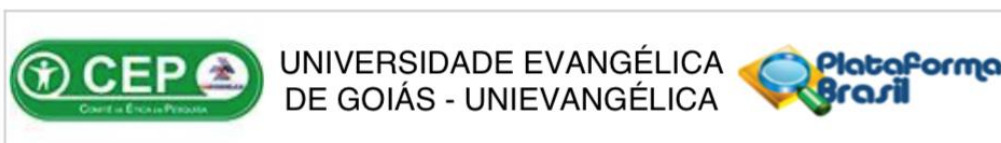
Os benefícios relacionados nesta pesquisa são: criar uma base de dados útil na elaboração de projetos e medidas de gestão em saúde, no que diz respeito ao diagnóstico tardio do câncer de mama e servir de instrumento para o desenvolvimento de medidas que corroborem em um melhor prognóstico relacionado à patologia.

Como benefício direto, realizaremos a criação de folders (apêndice E) contendo informações a respeito da qualidade de vida após o diagnóstico do câncer e recomendações gerais relacionadas à quimioterapia ou radioterapia, que serão entregues às pacientes após a realização da entrevista. O risco relacionado a este estudo é a exposição aos dados do paciente (constrangimento ou desconforto) e será minimizado eliminando qualquer forma de identificação do paciente, além do cuidado no armazenamento das informações em computador com senha, sendo que, qualquer fator em que a paciente se sinta lesada e/ou constrangida, poderá desistir a qualquer momento da pesquisa. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado à Iniciação Científica do curso de medicina do Universidade Evangélica de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Profª. Esp. Débora Sara de Almeida

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5	CEP: 75.083-515
Bairro: Cidade Universitária	
UF: GO	Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736	Fax: (62)3310-6636
	E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.462.569

- Identificar o estadiamento clínico das pacientes no momento do diagnóstico.
- Identificar o perfil imunistoquímico tumoral, a prevalência de cada subtipo de neoplasia maligna e sua relação com prognóstico.
- Identificar os fatores de dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aspectos éticos

A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e a paciente tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. A paciente não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Todo o material gerado pela pesquisa será mantido armazenado em ambiente acadêmico, desta forma, por se tratar de arquivos digitais, serão guardados por professores e alunos em computador com senha. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, desta forma, iremos retirar nome, sobrenome ou qualquer tipo de informação que possa servir de identificação.

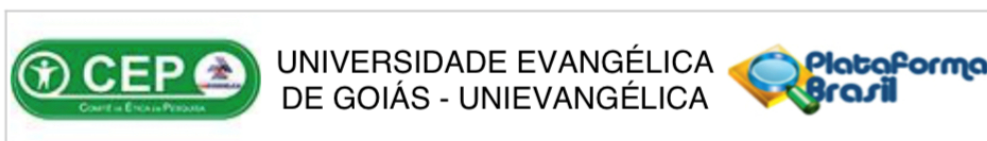
Os benefícios relacionados nesta pesquisa são: criar uma base de dados útil na elaboração de projetos e medidas de gestão em saúde, no que diz respeito ao diagnóstico tardio do câncer de mama e servir de instrumento para o desenvolvimento de medidas que corroborem em um melhor prognóstico relacionado à patologia.

Como benefício direto, realizaremos a criação de folders (apêndice E) contendo informações a respeito da qualidade de vida após o diagnóstico do câncer e recomendações gerais relacionadas à quimioterapia ou radioterapia, que serão entregues às pacientes após a realização da entrevista. O risco relacionado a este estudo é a exposição aos dados do paciente (constrangimento ou desconforto) e será minimizado eliminando qualquer forma de identificação do paciente, além do cuidado no armazenamento das informações em computador com senha, sendo que, qualquer fator em que a paciente se sinta lesada e/ou constrangida, poderá desistir a qualquer momento da pesquisa. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado à Iniciação Científica do curso de medicina do Universidade Evangélica de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^ª. Esp. Débora Sara de Almeida

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5			
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 75.083-515		
UF: GO	Município: ANAPOLIS		
Telefone: (62)3310-6736	Fax: (62)3310-6636	E-mail: cep@unievangelica.edu.br	



Continuação do Parecer: 5.462.569

Cardoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

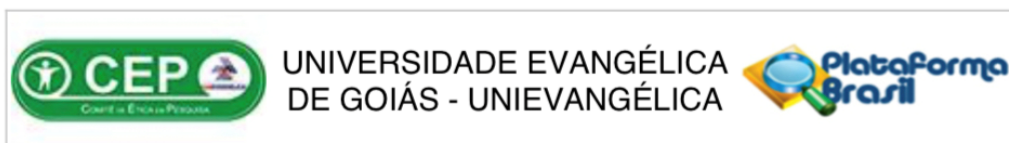
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949082.pdf	23/05/2022 19:15:34		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Declaracao_de_compromisso.pdf	23/05/2022 19:14:56	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final.docx	23/05/2022 19:14:26	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Autorizacao_para_Utilizacao_e_Manuseio_de_Dados.pdf	23/05/2022 19:13:01	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	23/05/2022 19:11:48	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Outros	Folder_Cancer_de_Mama.pdf	23/05/2022 19:11:27	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_de_consentimento.pdf	23/05/2022 19:10:40	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.462.569

Ausência	TERMO_de_consentimento.pdf	23/05/2022 19:10:40	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final.pdf	23/05/2022 19:10:21	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_coparticipante.pdf	23/05/2022 19:09:52	Débora Sara de Almeida Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 10 de Junho de 2022

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br