



ARTIGO ORIGINAL

ACESSO A MEDIDAS DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

ACCESS TO MEASURES OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN WOMEN IN ONCOLOGIC TREATMENT

ACCESO A MEDIDAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Andreza Lima Cardoso¹

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini²

Angélica Dalmolin³

Marcella Simões Timm⁴

Bruna Stamm⁵

Manuela da Silva Couto⁶

Doi: 10.5902/2179769226214

Resumo: Objetivo: identificar medidas de detecção precoce e condutas pré-diagnósticas realizadas por mulheres em tratamento para câncer de mama em instituição pública e privada de saúde. **Método:** estudo quantitativo, exploratório e descritivo realizado com 110 mulheres em tratamento oncológico no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados de julho a outubro de 2014 e analisados através da estatística descritiva. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 718.978. **Resultados:** as participantes realizavam regularmente exame clínico das mamas (80,9%), auto-exame das mamas (77,3%) e mamografia (60%). O primeiro sinal clínico foi percebido pelo auto-exame (69,1%). No percurso para o diagnóstico 73,6% não encontraram dificuldades. O tempo médio decorrido entre a detecção do primeiro sinal e o início do tratamento foi de cinco meses. **Conclusão:** O autoexame das mamas foi o método de detecção precoce mais utilizado, sendo o exame clínico e a mamografia a conduta realizada anualmente.

Descritores: Neoplasia da mama; Diagnóstico precoce; Conhecimento; Mulheres; Enfermagem oncológica.

Abstract: Aim: to identify measures of early detection and pre-diagnostic conducts performed by women in treatment for breast cancer in public and private health institutions. **Método:** a quantitative, exploratory and descriptive study, carried out with 110 women undergoing oncological treatment in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected

¹Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção hospitalar, com ênfase em Hemato-oncologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestranda no Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: andrezalimacardoso@gmail.com

²Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Tutora de campo na Residência Multidisciplinar em Hemato-oncologia. Santa Maria, RS, Brasil. nara.girardon@gmail.com

³Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. angelica_dalmolin@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. marcella.timm@hotmail.com

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, RS, Brasil. bruna-stamm@hotmail.com

⁶Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. manuela_couto@outlook.com

from July to October 2014 and analyzed through descriptive statistics. The study was approved by the Research Ethics Committee, opinion n° 718.978. **Resultados:** the majority of the participants performed regular clinical examination of the breasts (80.9%), self-examination of the breasts (77.3%) and mammography (60%). The first clinical sign was perceived by self-examination (69.1%). In the course of diagnosis, 73.6% reported no difficulties. The mean time elapsed between detection of the first signal and the beginning of treatment was five months. **Conclusão:** self-examination of the breasts was the most commonly used method of early detection, with clinical examination and mammography performed annually.

Descriptors: Breast neoplasm; Early diagnosis; Knowledge; Women; Oncology nursing.

Resumen: Objetivo: identificar medidas de detección precoz y conductas pre-diagnósticas realizadas por mujeres en tratamiento para cáncer de mama en institución pública y privada de salud. **Método:** cuantitativo, exploratorio y descriptivo de 110 mujeres sometidas a tratamiento contra el cáncer en la ciudad de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron recolectados de julio a octubre de 2014 y analizados con base en estadística descriptiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, opinión n° 718.978. **Resultados:** la mayoría de las participantes realizó examen clínico regular de mama (80,9%), el autoexamen de mama (77,3%) y la mamografía (60%). La primera señal fue identificada en el autoexamen (69,1%). En proceso de diagnóstico 73,6% no encontró dificultades. El promedio de tiempo transcurrido entre la detección de la primera señal y el comienzo del tratamiento fue cinco meses. **Conclusión:** el autoexamen de las mamas fue el método de detección precoz más utilizado, siendo el examen clínico y la mamografía la conducta realizada anualmente.

Descriptor: Cáncer de mama; Diagnóstico precoz; Conocimiento; Mujeres; Enfermería oncológica.

INTRODUÇÃO

O processo de saúde/doença da mulher contemporânea frente às mudanças nos hábitos de vida, os determinantes que constituem seu bem estar físico e mental e o perfil epidemiológico das populações têm, na ascensão das doenças crônico-degenerativas como o câncer, uma das principais causas de morbimortalidade. Dentre os tipos de câncer mais prevalentes, encontra-se a neoplasia de mama, como a principal causa de morte da população feminina em todo mundo.¹

Estudos revelam que a prevenção, o diagnóstico e a detecção precoce do câncer de mama estão ligados às condições sociais, econômicas e epidemiológicas, a auto avaliação da própria saúde e ao acesso às informações e serviços de saúde. Barreiras nesses processos refletem negativamente nas condições para a diminuição da morbimortalidade e melhores prognósticos, além de gerarem impacto nos determinantes biológicos, sociais e psicológicos das mulheres.²⁻³

Políticas públicas que visam a prevenção de doenças e a promoção da saúde das mulheres, o acesso aos serviços de saúde, a melhoria na assistência e o empoderamento como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm sendo implantadas no Brasil desde 1984,

com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).⁴ O Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, do Ministério da Saúde, em 2004, apresentou recomendações e técnicas referentes à prevenção secundária, consideradas eficazes para detecção precoce do câncer de mama em diferentes faixas-etárias, tais como o autoexame das mamas, o exame clínico e a mamografia.⁵

As ações recomendadas para a detecção e diagnóstico precoce, atrelados ao conhecimento e à compreensão das mulheres acerca dos fatores de risco para o câncer de mama, ganham importância à medida que alguns são passíveis de modificação do estilo de vida, tais como o sedentarismo, sobrepeso, tabagismo e consumo de álcool. Além desses fatores, existem aspectos biológicos que necessitam ser observados como forma de integrar as ações de detecção e diagnóstico, que dizem respeito ao envelhecimento, a história familiar de câncer de mama, a alta densidade do tecido mamário, entre outros.¹

A efetividade dessas ações exige que as mulheres sejam proativas no seu auto cuidado, concomitante com a implementação de estratégias de saúde eficazes, incentivo ao correto autoexame, a identificação dos fatores de risco, a conscientização quanto à importância do exame clínico das mamas e a realização da mamografia.⁶

Entretanto, é inegável que existem desigualdades no acesso aos métodos de detecção e diagnóstico, conforme a realidade de saúde de cada região.⁷ A mamografia, por exemplo, é uma tecnologia que, na maioria dos países com dificuldade orçamentária, representa uma estratégia pouco acessível para grande parte da população, em virtude de inúmeras barreiras relacionadas à admissão no sistema de saúde, bem como pela precariedade de ações de educação preventiva em saúde e a atitudes de conscientização em relação ao público alvo.⁸

Considerando que a detecção precoce do câncer de mama favorece o tratamento e o prognóstico, conhecer sobre as ações desenvolvidas por mulheres nesse sentido pode contribuir para direcionar estratégias de promoção e educação em saúde a essa população específica. Assim, este estudo tem como pergunta de pesquisa: Qual o conhecimento de mulheres submetidas a tratamento oncológico por câncer de mama acerca das medidas de detecção precoce e como ocorreu o acesso às mesmas? O objetivo do presente estudo foi identificar medidas de detecção precoce e condutas pré-diagnósticas realizadas por mulheres em tratamento para câncer de mama em instituição pública e privada de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo desenvolvido junto a serviços de oncologia que oferecem tratamento para mulheres com câncer de mama, localizadas no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sendo que um desses é do setor público e dois do setor privados. O serviço público oferece atendimento de quimioterapia, enquanto que um dos serviços privados realiza tratamento quimioterápico e o outro radioterápico.

Quanto aos critérios de inclusão no estudo, consideraram-se: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; com diagnóstico de câncer de mama; em tratamento oncológico e com condições cognitivas e clínicas (ausência de dor, náuseas, vômitos e outros desconfortos) para responder a um questionário na forma de entrevista. Foram excluídas as mulheres que não tinham conhecimento do seu diagnóstico.

O tamanho da amostra foi calculado considerando a população atendida nos serviços, 156 mulheres com câncer de mama (75 no serviço de quimioterapia público, 58 no serviço de quimioterapia privado e 23 no serviço de radioterapia privado), com um percentual estimado de 0,5% e erro amostral de 0,05, o que configurou uma amostra mínima de 112 mulheres. Como se trata de serviços diferentes procedeu-se a uma amostragem do tipo estratificada proporcional, em que o número de elementos de cada estrato (serviço) foi proporcional ao número de elementos existentes no estrato. Assim, a proporção das populações das mulheres atendidas no ambulatório de quimioterapia da instituição pública corresponde a 48%. O serviço de quimioterapia da instituição privada responde por 37% da população enquanto que a radioterapia por 15%. A distribuição proporcional da amostra compreendeu, por instituição, 54, 41 e 17 participantes, respectivamente. Houve duas recusas. Os dados foram coletados de julho a outubro de 2014.

Participaram do estudo 110 mulheres em tratamento oncológico por câncer de mama, ou seja, 98,2% da amostra calculada, sendo 53 participantes da quimioterapia do serviço público, 41 do serviço de quimioterapia privado e 16 do serviço de radioterapia privado. Todas as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar de forma voluntária da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário elaborado especificamente para o estudo, composto por questões abordando aspectos sociodemográficos, relacionados ao câncer de mama, medidas de detecção precoce e condutas diagnósticas realizadas na fase pré-diagnóstica. A análise dos dados foi realizada pela estatística descritiva. Medidas de tendência central e de dispersão foram consideradas para a análise de variáveis quantitativas e frequências absoluta e

relativa para as variáveis qualitativas. Utilizou-se como recurso eletrônico para tabulação e análise o pacote estatístico SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa em 2014 sob o parecer nº 718.978, CAAE 32707014.4.0000.5346, data da relatoria 08/07/2014 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde. As participantes foram orientadas quanto aos objetivos e aos possíveis riscos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A caracterização da amostra evidencia que as participantes apresentavam idade mínima de 29 anos e a máxima de 80. O maior percentual foi na faixa etária entre 51 e 60 anos (34,5%) e média de idade de 53,42 anos (DP=11,33). Em relação a escolaridade, constatou-se predomínio de mulheres com ensino superior completo (35,4%) e renda mensal familiar de 2 a 5 salários mínimos (38,2%). Quanto a situação de trabalho, 69,1% das mulheres se apresentavam ativas, predominando a ocupação de professora (28,2%), seguida daquelas que trabalhavam no lar 21,8% (n=24) e autônomas 18,2% (n=20). Referente à moradia, 80% possuía residência própria e localizada em área urbana (81,8%). Com relação a situação conjugal e paridade, 61,8% tinham companheiro e 88,2% tinham filhos. Estes dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres em tratamento oncológico por câncer de mama, Santa Maria, RS, Brasil. 2014.

Variável	n	%
Faixa etária		
29-40	17	15,5
41-50	26	23,6
51-60	38	35,5
61-70	18	16,4
71-80	11	10,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	3	2,7
Ensino Fundamental Incompleto	29	26,4
Ensino Fundamental Completo	9	8,2
Ensino Médio Completo	30	27,3
Ensino Superior Completo	29	35,4
Renda Familiar		
Até 1 Salario Mínimo	16	14,5
Mais de 1 a 2 Salario Mínimo	31	28,2

Mais de 2 a 5 Salário Mínimo	42	38,2
Mais de 5 Salário Mínimo	17	15,4
Situação de trabalho		
Aposentada	34	30,9
Não aposentada	76	69,1
Ocupação		
Professora	31	28,2
Do lar	24	21,8
Autônoma	20	18,2
Agricultora	11	10,0
Funcionária Pública	10	9,0
Funcionária de empresa privada	7	6,4
Serviços Domésticos	7	6,4
Moradia		
Própria	88	80,0
Alugada	14	12,7
Com familiares	8	7,3
Local de Moradia		
Urbana	90	81,8
Rural	20	18,2
Situação conjugal		
Com companheiro	68	61,8
Sem companheiro	42	38,2
Filhos		
Com filhos	97	88,2
Sem filhos	13	11,8
TOTAL	110	100,0

* Salário mínimo regional vigente: R\$ 880,00

Em relação às medidas de detecção precoce, constou-se que a mamografia foi realizada por 60% (n=66) das participantes, conforme as informações apresentadas na Tabela 2. No que condiz sobre o uso da reposição hormonal, das 28 mulheres que fizeram este tratamento, 78,6% (n=22) o realizaram em serviços privados de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos fatores de risco e medidas de detecção precoces referidas pelas mulheres, segundo o local de realização do tratamento oncológico. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Fatores de risco	Sim		Não		Total	
	Privado	Público	Privado	Público	Sim	Não
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Uso de anticoncepcional	40 (51,9)	37 (48,1)	17 (51,5)	16 (48,5)	77 (70,0)	33 (30,0)
Histórico Familiar	29 (65,9)	15 (34,1)	28 (42,4)	38 (57,6)	44 (40,0)	66 (60,0)
Atividade física	28 (51,9)	26 (48,1)	29 (51,8)	27 (48,2)	54 (49,0)	56 (51,0)
Reposição hormonal	22 (78,6)	6 (21,4)	35 (42,7)	47 (57,3)	28 (25,5)	82 (75,5)

Bebida alcoólica	20 (71,4)	8 (28,6)	37 (45,1)	45 (54,9)	28 (25,5)	82 (75,5)
Tabagismo	19 (50,0)	19 (50,0)	38 (52,8)	34 (47,2)	38 (34,5)	72 (65,5)
Medidas de detecção precoce realizadas						
Exame clínico**	45 (50,6)	44 (49,4)	7 (53,8)	6 (46,2)	79 (77,3)	13 (12,7)
Auto exame	42 (49,4)	43 (50,6)	15 (60,0)	10 (40,0)	85 (77,3)	25 (22,7)
Mamografia **	38 (57,6)	28 (42,4)	14 (38,9)	22 (61,1)	66 (60,0)	36 (40,0)

*Oito participantes não responderam a estas questões, pois nunca haviam procurado serviços de saúde anteriormente.

Ainda, na Tabela 2, pode-se verificar que 50,6% das mulheres em tratamento oncológico no serviço privado realizavam o exame clínico das mamas como medida de detecção precoce do câncer de mama. Das que realizavam o auto-exame das mamas 50,6% estavam em tratamento no serviço público. Em relação à realização da mamografia, 57,6% das que a realizavam, estavam em tratamento nos serviços privados e, das que não realizavam, 61,1% estavam em tratamento no serviço público.

Verifica-se, na Tabela 3, que 69,1% das mulheres referiram realizar o auto-exame/auto palpação das mamas como medida de detecção do primeiro sinal do câncer de mama, seguido pela mamografia (24,5%). Em relação à frequência com que o serviço de saúde foi procurado para realização de exames preventivos 66,4% responderam que procuravam anualmente.

Tabela 3: Frequência de realização de exames de detecção precoce, exames realizados, tipo de serviço e forma de detecção da alteração mamária. Santa Maria, RS, 2014.

Variável	n	%
Procura por serviço de saúde para exames de detecção precoce		
Nunca realizou	9	8,2
A cada 6 meses	7	6,4
A cada ano	74	67,3
Em intervalos de 2 anos ou mais	20	18,2
Exames realizados		
Exame Clínico	89	80,9
Mamografia	66	60,0
Tipo de serviço		
Público	45	40,9
Particular	10	9,1
Convênio	47	42,7
Forma de detecção da alteração mamária		
Exame clínico	1	0,9
Auto palpação/auto exame	76	69,1
Ultrassom	6	5,5
Mamografia	27	24,5
TOTAL	110	100,0

Observa-se, na Figura 1, que 63,6% (n= 28) das mulheres que demoraram menos de um mês para iniciar o tratamento especializado, o realizavam em instituições privadas. Em contrapartida, 87,5 % (n=7) das mulheres em que o tempo foi maior que 6 meses ou 1 ano ou mais (70,0%), realizavam o tratamento em instituição pública. Entretanto, ao analisar a

dificuldade para o diagnóstico, 73,6% (n=81) das participantes relataram não terem tido dificuldades para tal. Das que referiram dificuldades, 55,2% realizavam tratamento em serviços privados e 44,8% no serviço público. Dentre as dificuldades apresentadas, predominou em ambas as instituições a realização de exames específicos de diagnóstico do câncer (21,8%). O acesso ao especialista para a primeira consulta foi referido por 67,6% das que realizavam tratamento no serviço público.

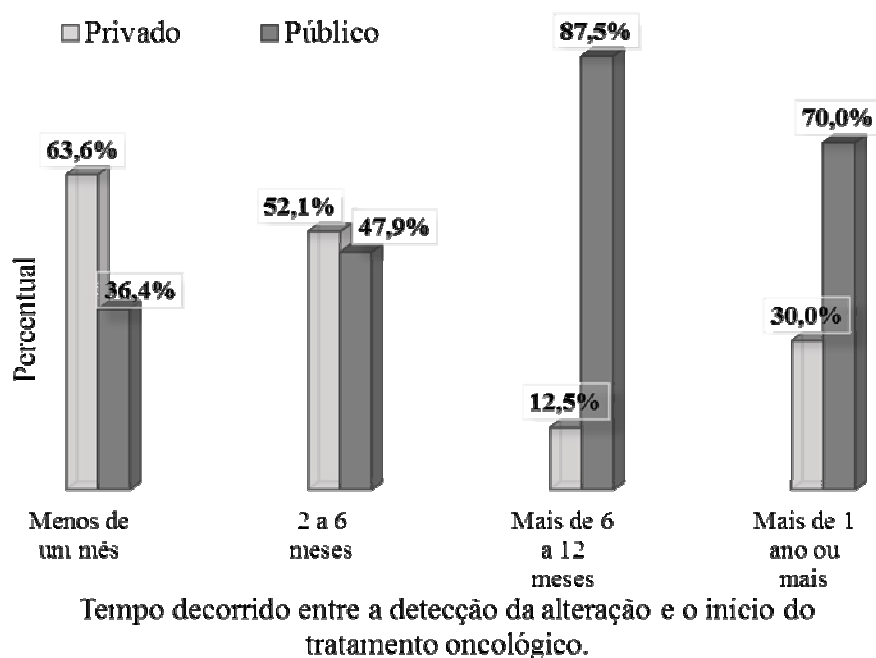


Figura 1. Tempo decorrido entre a detecção da alteração e o início do tratamento oncológico, nos serviços privado e público. Santa Maria, RS, 2014.

DISCUSSÃO

As idades das mulheres em tratamento oncológico do presente estudo são semelhantes a investigação cuja média de idade foi de 54 anos.⁹ Cabe destacar que um dos principais fatores de risco para o câncer de mama está relacionado ao avanço da idade, em que a maioria dos tumores diagnosticados ocorrem nas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.¹⁰

O predomínio de mulheres com ensino superior completo (28,2% são professoras), a renda familiar de 2 a 5 salários mínimos e o fato de optarem por planos de saúde para realizar o tratamento oncológico em instituições privadas, reforçam evidências de que a condição

socioeconômica individual, o nível de escolaridade e a modalidade de acesso aos serviços de saúde são condições que favorecem a detecção e o tratamento precoce do câncer de mama.¹¹

Esta afirmação pode ser constatada ao analisar o nível socioeconômico das mulheres com as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama por elas realizada. Dois terços referiram realizar o auto-exame das mamas e mais da metade procuraram o serviço de saúde anualmente para realizar exames. As mulheres com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico tinham conhecimentos em relação a medidas de autocuidado e prevenção do câncer de mama, no que se refere ao autoexame e busca a detecção precoce, assim como melhor acesso aos serviços de saúde.

Em outra perspectiva, a baixa escolaridade e a renda familiar podem estar relacionadas à falta de informação, de conhecimento sobre os métodos de prevenção e de detecção precoce, dificultando o acesso aos serviços de saúde e interferindo no diagnóstico precoce do câncer de mama.¹¹ Não obstante, essa realidade traz à luz a necessidade de reforçar o acompanhamento e monitoramento das desigualdades sociais existente, buscando, assim, equidade no sistema de saúde por meio de intervenções eficazes,¹² pois a mortalidade por câncer de mama varia com o grau de desenvolvimento socioeconômico.⁷

Em relação aos fatores de risco, o uso de anticoncepcional oral, referido como uma prática adotada pela maioria das mulheres deste e de outro estudo é, atualmente, discutido quanto a ter uma relação positiva com o câncer de mama, embora esta neoplasia seja hormônio dependente.¹³ A terapia de reposição hormonal, que é a mais utilizada entre as mulheres que realizam tratamento nas clínicas privadas, é apresentada na literatura como associada ao aumento no risco de câncer de mama.¹⁴

O auto-exame das mamas, realizado por 77,3% das mulheres participantes deste estudo, apresenta-se como uma estratégia para detecção precoce, que contempla o conhecimento da mulher em relação ao seu próprio corpo, sendo um método simples, de baixo custo e rápida execução, passível de acelerar o diagnóstico das lesões malignas.¹⁴

A procura pelo serviço de saúde para realização do exame clínico das mamas e da mamografia anualmente foi referido por 67,3% das participantes do estudo. Contudo, a realização da mamografia foi maior naquelas assistidas nos serviços privados. Mais da metade (61,1%) das mulheres atendidas nos serviços públicos informaram nunca ter realizado esse tipo de exame, assim como 38,9% das mulheres atendidas nos serviços privados. Esse achado vai ao encontro de estudo que objetivou avaliar a utilização da mamografia no rastreamento

do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados, obtendo como resultado a realização da mamografia periódica em praticamente dois terços das entrevistadas nos serviços privados.⁹ Esses dados levam à conclusão de que as mulheres assistidas em serviços privados de saúde têm mais acesso ao exame mamográfico do que aquelas assistidas em serviços públicos, e que refletem o panorama brasileiro sobre as medidas de detecção precoce do câncer de mama.⁷

Nesse contexto, nos países em desenvolvimento, a mamografia é uma tecnologia que representa uma estratégia de difícil acesso para maior parte da população. O não acesso à mamografia pode estar relacionado à baixa disponibilidade do exame nos hospitais públicos e ao elevado custo em clínicas particulares, uma vez que o setor público ainda se encontra altamente dependente do setor privado no que tange os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.^{13,15}

No Brasil, a mamografia é indicada após os 50 anos de idade, sendo o melhor método de rastreamento disponível. Embora esse direito seja garantido a todas as mulheres a partir dos 40 anos, de acordo com a Lei 11.664/2008, que entrou em vigor em 29 de abril de 2009,^{14,16} esse patamar parece distante de ser alcançado, considerando-se o número de mulheres que nunca realizaram mamografia.

Um estudo nacional⁷ avaliou a cobertura do rastreamento do câncer de mama na população alvo usando os dados dos sistemas de informações do SUS de 2010 por macrorregião e grupo etário. Foram realizadas pelo SUS, 3.126.283 mamografias (com indicação diagnóstica ou de rastreamento) em mulheres a partir dos 40 anos, o que corresponde a 12,4% das mulheres nessa faixa de idade. Nas faixas etárias alvo do rastreamento, a cobertura para a população SUS dependente, estimada a partir da razão exames/população alvo, foi de 32,2% para as mulheres de 50-59 anos e de 25% para as de 60-69 anos. A cobertura nacional de mamografia para a faixa etária de 40-49, não preconizada para o rastreamento mamográfico, foi ligeiramente superior à observada na população alvo do programa de 60-69 anos (26,5% e 25%, respectivamente).

Em relação à identificação do primeiro sinal do câncer de mama, a maioria das entrevistadas referiu o auto-exame das mamas, seguido da mamografia. A detecção do primeiro sinal por meio do auto-exame tem sido identificada em diversos estudos,^{8,17} confirmando essa medida como eficaz e importante de ser estimulada. Em contrapartida,

estudos referem que embora o auto-exame seja responsável por cerca de 80% das descobertas do câncer de mama, este geralmente detecta a doença em estágio avançado, quando o tumor ultrapassou 2 cm, aumentando as chances de metástases à distância.³⁻⁴

De acordo com estudo que realizou acompanhamento mamográfico de mulheres, o câncer de mama tem um tempo de duplicação que varia de 120 a 212 dias. A partir dessa estimativa, foi possível calcular que do início da transformação maligna até o ponto mínimo de detecção pela mamografia - que é quando a lesão tem 1 a 2 milímetros - são necessárias de 6 a 11 anos. Para que a lesão chegue a 2 centímetros, 20 anos são necessários.¹⁸ Dessa forma, pode-se deduzir que antes de ser palpável, o tumor já estava em crescimento progressivo, podendo ter sido detectado pela mamografia.

Assim, mesmo que a progressão de um tumor seja variável e individualizada para cada caso, é relevante discutir a qualidade dos exames mamográficos e clínicos ofertados às mulheres, uma vez que a maioria das participantes do presente estudo os realizava anualmente. A detecção do primeiro sinal do câncer de mama deveria ter sido feita através da mamografia e do exame clínico, o que reforça estudos que afirmam que a responsabilidade no atraso diagnóstico e a detecção deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher.¹⁹

Nessa perspectiva, a qualidade dos mamógrafos pode ser responsável por falhas que prejudicam a interpretação da imagem dos exames, tanto em instituições públicas quanto privadas.²⁰ Aproximadamente 30% das mamografias realizadas e avaliadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) apresentavam qualidade abaixo dos padrões satisfatórios (índice três vezes maior que o porcentual de falhas tolerado pela OMS).²¹ A partir dessa constatação, foi lançado o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia que se ampara em fatores essenciais para melhorar a qualidade do exame.²²

Ao analisar as principais dificuldades vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama em tratamento oncológico durante o percurso do diagnóstico foram mencionadas a demora para a realização dos exames diagnósticos e a consulta com o especialista mastologista. Das que relataram dificuldades para a consulta com o especialista, 67,6% realizavam tratamento na instituição pública, evidenciando-se que para essas o acesso ao profissional especializado se torna mais ínvio. A dificuldade em obter consulta com especialista consequentemente se reflete no tempo demandado para o início do tratamento. No presente estudo a média foi de 151 dias (5



meses), sendo que o tempo de espera para 16,4% das participantes foi de mais de 6 meses. Dessas, 85,4% realizavam tratamento na instituição pública.

Estudo que também buscou identificar o tempo médio entre o surgimento dos primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e o início do tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico constaram períodos que variaram de 180 a 245 dias.¹⁹

Em relação ao início do tratamento, objetivando melhor prognóstico, aumento nas taxas de sobrevivência diminuição da mortalidade por câncer de mama, o INCA recomenda que este ocorra em até 90 dias a partir do surgimento dos sinais e sintomas da doença.²³ O projeto de lei 5722/13 prevê que o diagnóstico do câncer, na rede pública de saúde seja feito em, no máximo, 30 dias após o momento em que o paciente procure o serviço. Concomitantemente, a Lei nº 12.732/12 estabelece o direito de pacientes ao tratamento do câncer em até 60 dias, contados a partir do dia em que for confirmado o resultado positivo para a neoplasia.²⁴

CONCLUSÃO

Constou-se, nos resultados deste estudo, que a prática do autoexame das mamas foi o método de detecção precoce que permitiu identificar o primeiro sinal do câncer de mama entre as mulheres, sendo que a maioria realizava, anualmente, o exame clínico e a mamografia. As mulheres têm conhecimento a respeito do autoexame das mamas e das medidas de detecção precoce, realizando as consultas e os exames conforme o preconizado pela política de atenção em oncologia. Frente a essa constatação, sugere-se novos estudos e interroga-se a respeito da qualidade dos métodos oferecidos pelos profissionais, pelos serviços de saúde e pelos centros de diagnósticos por imagem para assegurar o diagnóstico em fases iniciais.

Ademais, percebe-se que o tempo decorrido entre o primeiro sinal do câncer de mama e o início do tratamento oncológico não corresponde, ainda, para uma parcela significativa das mulheres, aos três meses recomendado pelo INCA, principalmente dentre aquelas que buscam atendimento em instituições vinculadas ao SUS. Dessa forma, identifica-se a necessidade da ampliação da rede que oferece serviços de diagnósticos e de tratamento, além do constante incentivo e instrumentalização de profissionais de saúde para realização de diagnóstico precoce. Essa variável apresentou limitações, uma vez que algumas participantes do estudo não tinham certeza das datas exatas das etapas do itinerário terapêutico e os pesquisadores não tinham acesso aos prontuários das mesmas.



Como o objetivo do rastreamento do câncer de mama é a redução da mortalidade, a baixa cobertura mamográfica e o déficit de acesso às medidas de detecção precoce evidenciadas por mulheres que buscam os serviços públicos de saúde, apontam, ainda, para um baixo impacto das ações de rastreamento na mortalidade por câncer de mama. Assim, a melhoria desses indicadores está relacionada à observância das políticas públicas e ao comprometimento dos profissionais da saúde com o acesso e a qualidade das ações que podem contribuir para prognósticos favoráveis à sobrevivência ao câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. An analysis of breast cancer prevention in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(10):3163-76.
3. Youlden DR, Cramb, SM, Dunn NA, et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(3):237-48.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. princípios e diretrizes [Internet]. Brasil; 2004 [acesso em 2016 abr 22]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Controle do câncer de mama - Documento de Consenso [Internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2016 abr 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.
6. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. *Rev RENE*. 2015;16(2):143-9.
7. Silva GA, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Silva IS. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro (RJ). 2014;30(7):1537-50.
8. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAdA. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa [revisão]. *Rev Bras Enferm*. 2013 jul-ago;66(4):585-91.
9. Borges GS, Rebelo JR, Maman AS. Perfil epidemiológico de pacientes portados de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. *Rev Bras Oncol Clín* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 maio 12];9(33):88-92. Disponível em: <http://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/33/artigo1.pdf>.
10. Dugno MLG, Soldatelli JS, Daltoé T, Rosado JO, Spada P, Formolo Fernanda. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Rev Bras Oncol Clin*. 2013;10(36):60-6.

11. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzalez MC, Scowitz ML, Caputo EL, et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 06];30(1):88-96. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/0202-311X-csp-30-01-00088.pdf>.
12. Viegas AC, Schwartz E, Zillmer JGV, Muniz RM, Santos BP, Borba DLL, Feijó AM. Perfil das mulheres em tratamento quimioterápico em um município no sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 6];4(2):389-400. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10530/pdf>.
13. Penha NS, Nascimento DEB, Pantoja ACC, Oliveira AEM, Maia CSF, Vieira ACS. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2013;34(4):579-84.
14. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Ações de prevenção primária e secundária para o controle do câncer. Brasília; 2006 [acesso em 2016 jun 16]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>.
15. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 mar 08];17(1):13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222726>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.664, de 24 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Jusbrasil. 2008 [acesso em 2016 abr 24]. Disponível em: www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08.
17. Almeida LMN, Conceição GA. O conhecimento da mulher jovem sobre a prevenção do câncer de mama. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 mar 08];2(1):38-43. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/895/pdf>.
18. Borges JLF. Relação dos polimorfismos dos genes TP53 e ATM em pacientes com câncer de mama e efeitos colaterais à radioterapia [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2014. 79 p.
19. Rosa LM, Radunz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto & Context Enferm.* 2013;22(3):713-21.
20. Koch H. Mammography as a method for diagnosing breast cancer. Editorial. *Radiol Bras* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 março 07];49(6):VII. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5210045/>.
21. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Qualidade em Mamografia [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [acesso em 2016 mar 04]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/qualidade_mamografia.



22. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde lança Programa Nacional de Qualidade em Mamografia [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2016 maio 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=2032.
23. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012.
24. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União, Brasília; 2012 nov 23.

Data de submissão: 19/03/2017

Data de aceite: 11/08/2017

Contato do autor responsável: Andreza Lima Cardoso

Endereço postal: Rua João Franciscatto, nº 548 – Bairro São José, Santa Maria/RS

E-mail: andrezalimacardoso@gmail.com