

Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco

Aspects Related to Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in a Hospital in Pernambuco

Aspectos Relacionados al Retraso de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en una Unidad Hospitalaria de Pernambuco

Christiano José Kühl de Paiva¹; Eduarda Ângela Pessoa Cesse²

Resumo

Introdução: A alta mortalidade por câncer de mama no Brasil está intimamente associada ao retardo na investigação das lesões suspeitas e na instituição oportuna da terapêutica. **Objetivo:** Investigar os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes com câncer de mama. **Método:** Estudo epidemiológico observacional, descritivo, de corte transversal. Foram inicialmente entrevistadas 54 pacientes admitidas para investigação no departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Pernambuco; destas, 25 resultaram positivas para câncer de mama se constituindo no universo da pesquisa. **Resultados:** A faixa etária mais representada foi das pacientes entre 60 e 79 anos (48%). A maioria se apresentava em estádios avançados (72%) e após, pelo menos, três meses do início dos sintomas (64%). O diagnóstico foi confirmado em menos de 30 dias (88,9% dos casos); porém o início do tratamento excedeu os 60 dias em 56,6% dos casos. **Conclusão:** Demonstrou-se que, para a maior parte das pacientes, há atraso no estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento. Este se distribui nos diversos níveis de atenção à saúde e possui aspectos relacionados tanto às usuárias, como aos profissionais e aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Diagnóstico Tardio; Equidade no Acesso

¹ Médico. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco (CPqAM/Fiocruz-PE). Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). Recife (PE), Brasil. *E-mail:* christiano.paiva@gmail.com.

² Docente-Pesquisadora da Fiocruz-PE. Doutora em Saúde Pública pelo CPqAM/Fiocruz-PE. Coordenadora do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde. Coordenadora-Adjunta da Área da Saúde Coletiva na Capes. Recife (PE), Brasil. *E-mail:* educesse@cpqam.fiocruz.br.
Endereço para correspondência: Christiano José Kühl de Paiva. Rua Doutor José Maria, 600, apto. 2303 – Rosarinho. Recife (PE), Brasil. CEP: 52041-000.

INTRODUÇÃO

Diagnosticado e tratado oportunamente, o câncer de mama se revela um tumor de bom prognóstico e a sobrevida em cinco anos chega a 85%. Contudo, em países em desenvolvimento, as taxas de mortalidade são mais elevadas reduzindo a sobrevida global das pacientes¹⁻³. No Brasil, a alta taxa de mortalidade pode ser explicada parcialmente pelo fato de, em média, 60% dos tumores de mama serem diagnosticados em estádios avançados²⁻⁵.

Um dos principais obstáculos e fator determinante para o diagnóstico tardio do câncer de mama é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas⁶. De fato, em recente relatório técnico, o Tribunal de Contas da União, com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), evidenciou que os tratamentos oncológicos providos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não têm sido tempestivos¹.

O elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Além disso, um tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à qualidade de vida; pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, e resulta na sobreposição de sequelas. É importante considerar ainda o aumento dos gastos públicos como consequência dos tratamentos mais caros e prolongados, bem como os custos previdenciários decorrentes do afastamento do trabalho¹.

A escassez de pesquisas sobre o assunto dificulta a compreensão do tema. Em recente revisão sistemática², foram identificados 27 artigos tratando do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, em vários países; dos quais, apenas 13 continham sugestões para minimizá-lo. Foi observado ainda que a falta de uma descrição uniforme e mais detalhada dos intervalos de tempo analisados para a configuração do “atraso” prejudicou substancialmente a comparação entre os textos².

Acrescenta-se a isso a dificuldade em conceituar, mensurar e estabelecer claramente as responsabilidades por esse atraso; se vinculadas ao usuário, ao profissional ou ao serviço de saúde⁷.

Este estudo tem como objetivo investigar os possíveis aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes com câncer de mama no Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, descritivo, de corte transversal.

O HCP é um Centro de Referência no tratamento do câncer no Estado de Pernambuco, está habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e o seu serviço de mastologia recebe em média 45 novos casos de câncer de mama mensalmente. As pacientes são admitidas no setor de

triagem para dar início à investigação diagnóstica, e os casos positivos receberão tratamento integral na unidade.

A pesquisa foi desenvolvida por meio da coleta de dados primários no departamento de mastologia do HCP e utilizada uma amostra intencional de conveniência, baseada no período de três meses destinados ao trabalho de campo, conforme o cronograma inicial da pesquisa.

Foram aplicados questionários semiestruturados a 54 pacientes com lesões suspeitas, encaminhadas ao setor de mastologia do HCP, entre outubro de 2012 e janeiro de 2013. Houve confirmação histológica de neoplasia maligna da mama em 25 pacientes, se constituindo a população para estudo dos prazos para diagnóstico e instituição da terapêutica.

Para a elaboração do questionário, foi realizada a exploração do problema central por meio do Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito associado ao levantamento bibliográfico. A investigação do problema por esse método levantou diversos eixos norteadores, seu resultado foi consensuado com profissionais especialistas e sob eles construíram-se as questões do formulário utilizado no trabalho⁸.

No questionário, constavam perguntas direcionadas a identificar os intervalos entre o início dos sintomas e a procura por assistência médica, a data da primeira consulta e a realização de exames diagnósticos, a realização dos exames e o recebimento de resultados (variáveis circunstanciais de tempo), dificuldades advindas da distância entre o local de residência e onde a assistência médica foi prestada (variáveis circunstanciais de lugar), e questões relativas ao conjunto de crenças pessoais (variáveis circunstanciais de pessoa).

O inquérito foi conduzido em dias alternados, no turno matutino, no momento da chegada das pacientes ao ambulatório de mastologia para investigação de lesões suspeitas ou programação terapêutica nos casos em que havia confirmação diagnóstica prévia. No resgate das informações no prontuário médico, foram consideradas apenas as pacientes com confirmação diagnóstica de neoplasia maligna da mama.

As respostas obtidas contribuíram para a caracterização do perfil das pacientes e abordaram outras dimensões de análise, como o nível de conhecimento da doença pelas pacientes, a autopercepção de saúde e, ainda, questões de acesso e utilização dos serviços de saúde (Quadro 1).

Noventa dias após o ingresso das pacientes na unidade de saúde, a equipe recuperou nos prontuários médicos informações adicionais sobre o curso da doença e o detalhamento da investigação diagnóstica e terapêutica, a fim de averiguar os desfechos dos casos e a tempestividade das ações.

Foram introduzidas informações referentes à extensão da doença no momento da matrícula, ao acesso e à utilização do serviço de saúde, datas de realização e de liberação de laudos dos exames diagnósticos e pré-operatórios, confirmação ou não de malignidade e tipo histológico, datas de consultas no especialista e data do início do tratamento com a respectiva modalidade terapêutica.

Quadro 1. Variáveis do questionário aplicado

	Variáveis	Descrição	Dimensão da análise
DADOS GERAIS	Registro	Número consignado para matrícula no hospital	NSA
	Faixa etária	Número de anos vividos	
	Cor da pele	Classificação da população de acordo com características fenotípicas	
	Estado conjugal	Situação atual do indivíduo em relação ao matrimônio	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS	Grau de instrução	Nível educacional atingido e dividido em ciclos de estudos concluídos	Características sociodemográficas e econômicas
	Religião	Divisão dos indivíduos segundo crença religiosa	
	Renda mensal	Média de ganhos financeiros por mês	
	Programa de transferência de renda	Inserção no Programa Bolsa Família	
	Ocupação	Principal ofício do indivíduo	
	Nº de filhos	Número de descendentes	
	Amamentação	Prática de aleitamento materno para algum dos filhos	
	Nº de residentes na moradia	Número de pessoas (familiares ou não) que coabitam a residência	
	Transporte	Meio de transporte utilizado para o deslocamento até o hospital	Acesso
	Transporte da prefeitura (prazo)	Tempo para agendamento de vaga no transporte institucional	
	Necessidade de acompanhante	Exigência da presença de outro indivíduo para que a paciente seja capaz de cumprir as tarefas necessárias para alcançar a consulta médica	
	Custo transporte	Valor em reais desembolsado com o transporte para a consulta (ida e volta)	
	Custo alimentação	Valor em reais desembolsado com alimentação relacionado com o dia da consulta (paciente e acompanhante)	
HÁBITOS DE VIDA	Alcoolismo	Uso de bebidas alcoólicas	Hábitos de vida
	Tabagismo	Uso do tabaco	
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	1º Sintoma	Primeiro sintoma observado pela paciente	Nível de conhecimento sobre a doença
	Tempo de início do sintoma	Intervalo entre o primeiro sintoma e a consulta	Percepção dos sintomas
	Pessoa que identificou o sintoma	Responsável pela identificação inicial do sintoma	
	Atitude diante do problema	Ação assumida após a identificação do problema de saúde	Nível de conhecimento sobre a doença/Acesso
	Data da 1ª consulta	Data da 1ª consulta realizada referente a esse problema	
	Informação sobre câncer de mama	Avalia o acesso e a fonte da informação sobre câncer de mama	Nível de conhecimento sobre a doença
	Câncer de mama na família	Presença de caso diagnosticado de neoplasia maligna em familiar	
	Sintomas da doença	Lista de sintomas relacionados e não relacionados à doença	
	Fatores de risco	Lista de condições relacionadas e não relacionadas à doença	
	Fatores protetores		
	Métodos diagnósticos	Conhecimento sobre o exame de mamografia	
	Realização de exames diagnósticos	Realização de mamografia e/ou os motivos para a não realização	Acesso
	Origem do encaminhamento	Serviço que fez o encaminhamento	
	Número de consultas prévias	Número de consultas anteriores relativas ao sintoma específico	
	Tempo para agendamento	Intervalo de tempo entre a solicitação de consulta e o atendimento	
	Perda de consulta agendada	Abstenção à consulta agendada	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Na tentativa de caracterizar situações de retardo no diagnóstico e no início do tratamento, os intervalos de tempo encontrados para definição diagnóstica e instituição da terapêutica foram comparados com os prazos preconizados pelos órgãos normativos do Brasil e de outros países, tendo como base a chamada “*Lei dos Sessenta Dias*”, em vigor no país desde maio de 2013; e o Relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica^{1,9}.

A análise dos dados primários foi realizada com base no cálculo de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e gráfico box-plot para média.

Foram utilizados os programas *Word XP* e *Excel XP* para a digitação e criação do banco de dados e o programa *Social Package Statistical Science* (SPSS) versão 20.0, para a análise de dados.

As participantes do estudo foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e, mediante aceitação do convite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foi registrada nenhuma recusa à participação na pesquisa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCP, como preconizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio da Resolução 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 07170012.2.0000.5205).

RESULTADOS / DISCUSSÃO

No que se refere às variáveis sociodemográficas, foi encontrada uma concentração de pacientes nas faixas etárias de 40-59 (40,0%) e de 60-79 anos (48,0%) (n=25), fato corroborado por outras pesquisas^{10,11,12} e que está relacionado ao padrão de incidência da doença. Mais da metade das pacientes se autorreferiu como de cor branca (60,0%) e houve predomínio das mulheres casadas (48,0%). Quanto ao grau de instrução, houve predominância de pacientes com primeiro grau completo (N=11 / 44,0%); e 13 (52,0%) referiram ser católicas.

Avaliando a ocupação e a renda familiar, foi constatado que 68,0% das mulheres não desenvolviam atividade laboral remunerada ou por já estarem aposentadas, desempregadas ou por permanecerem como donas de casa. A maioria das famílias (88,0%), às quais pertenciam as pacientes, sobrevivia com menos de três salários mínimos (SM) por mês, sendo que 43,4% contavam com menos de um SM por mês.

Esse perfil revelado na pesquisa coincide com o perfil brasileiro de usuários do SUS registrado no trabalho de Ribeiro et al.¹³, que tomou como base os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003.

Em relação à primeira forma de manifestação da doença, as pacientes relataram a presença de nódulo palpável em 68% dos casos. Quanto ao grau de extensão da doença, somente seis pacientes (24,0%) se apresentaram no estágio I (inicial), enquanto 18 (72,0%) chegaram à instituição em estádios avançados, em um caso não havia registro do estadiamento, valores estes semelhantes aos observados na literatura^{5,14}.

Apesar de as mulheres entrevistadas terem sido unânimes em afirmar que receberam informações sobre o câncer de mama e os meios de detecção precoce, esses alertas parecem ter sido insuficientes para modificar hábitos e comportamentos, fazendo com que as mesmas buscassem o acompanhamento médico ainda na fase assintomática. A presença do nódulo palpável foi associada ao diagnóstico de neoplasia pela maioria das pacientes do estudo (60,0%); porém retrações na pele ou a descarga papilar não foram identificadas como potenciais consequências do câncer de mama. Assim como em Batiston et al.¹⁵, as participantes da pesquisa demonstraram um nível de conhecimento reduzido acerca dos fatores de risco estabelecidos e modificáveis e da adoção de práticas preventivas. Além disso, a principal fonte de informações para essas pacientes foram os meios de comunicação e poucas referiram ter recebido orientação dos profissionais de saúde¹⁵.

Em relação à estruturação da rede de assistência e ao estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, foi observado que nove pacientes foram encaminhadas pelo médico do posto de saúde da família (36,0%); mas 12 delas (48,0%) alcançaram diretamente o nível terciário do sistema por meio de médicos do serviço privado (N=7/28,0%) ou por conta própria (N=5/20,0%).

O transporte até a consulta representa uma questão importante na logística das pacientes que buscam obter tratamento num centro especializado. A maioria delas (80,0%) não dispõe de veículo próprio, dependendo de transporte público, fornecido por prefeituras, de amigos ou parentes. Oliveira et al.¹⁶ destacam que o acesso geográfico ao serviço de saúde interfere na precocidade do diagnóstico. A distância percorrida pelo paciente deve ser considerada no tratamento, já que este exige repetidas visitas para atendimento. Soma-se a isso o perfil de concentração da assistência oncológica em alguns Estados, entre eles Pernambuco, impondo extensos deslocamentos a uma parcela considerável da população¹⁶.

Com famílias, na sua maioria, formadas por mais de três indivíduos e com gastos exigidos pela logística necessária para atender à consulta podendo chegar a 7% do SM, conclui-se que o custo para a efetivação do tratamento é uma importante barreira para essas pacientes, configurando gastos catastróficos, conforme a definição de Barros, Bastos e Dâmaso¹⁷.

O atraso no diagnóstico tem início muitas vezes no retardo da procura por assistência. Ficou demonstrado que grande parte das pacientes apresentava as queixas há pelo menos três meses (64,0%), (Tabela 1), apesar de a maioria relatar ter procurado assistência médica imediatamente e de terem sido elas mesmas a identificarem o problema (n=25), o que sugere um bom nível de percepção dos sintomas. Montella et al.¹⁸, Richards et al.⁶ e Ramirez et al.⁷ descreveram que retardos de três a seis meses estiveram associados a uma pior sobrevida das pacientes. No artigo de Caplan et al.¹⁹, apenas 25% dos casos de atraso puderam ser atribuídos às pacientes; e, em torno de 45% deste, o mesmo fora ocasionado pelos provedores.

Tabela 1. Frequência bruta e relativa do tempo de início dos sintomas das pacientes do sexo feminino que procuraram o Hospital de Câncer de Pernambuco para diagnóstico e tratamento de câncer de mama, outubro de 2012 a janeiro de 2013

Variável	N	%
Quando começou o problema		
Há menos de 1 mês	1	4,0
Entre 1 a 3 meses	8	32,0
De 3 a 6 meses	7	28,0
Mais de 6 meses	9	36,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em duas pacientes, não foi possível precisar a data da instituição da terapêutica, inviabilizando, nestes casos, a caracterização de um possível atraso (n=23). No entanto, conforme se pode observar na Tabela 2, o tempo para início do tratamento, à luz da nova legislação brasileira, a chamada “Lei dos 60 dias”¹⁹, foi excedido na maioria dos casos (56,6%). Gebrim e Quadros²⁰ indicam que o tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento pode superar os 120 dias em alguns locais e que, muitas vezes, esse prazo é afetado pelo excesso de exames solicitados pelo médico. O tempo médio para início dos tratamentos no país tem sido de 46,6 dias¹. No Canadá, é preconizado que ao menos 75% dos tratamentos tenham início em 28 dias; enquanto, no Reino Unido, 99% das pacientes recebem seu tratamento em até 30 dias¹. Caso fosse adotada a norma estrangeira, apenas 21,7% das nossas pacientes teriam alcançado tratamento em tempo oportuno.

Tabela 2. Frequência bruta, relativa e acumulada do tempo para confirmação do diagnóstico e do tempo para início do tratamento de pacientes com suspeita de câncer de mama, outubro de 2012 a janeiro de 2013

Tempo para confirmação do diagnóstico	Frequência	%	% Acumulado
Menos de 30 dias	16	88,9	88,9
Entre 30 e 60 dias	2	11,1	100,0
Mais de 60 dias	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	
Tempo para confirmação do diagnóstico	Frequência	%	% Acumulado
Menos de 30 dias	5	21,7	21,7
Entre 30 e 60 dias	5	21,7	43,4
Mais de 60 dias	13	56,6	100,0
Total	23	100,0	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Obs. 1: No Tempo para confirmação do diagnóstico, excluíram-se seis pacientes que apresentavam biópsias positivas no momento da admissão e uma em que não foi possível determinar a data de confirmação (N=18); Obs. 2: Em dois casos, não foi possível determinar a data da realização do tratamento (N=23).

Compilando os resultados, ficou constatado que, entre o início dos sintomas e o efetivo início da terapêutica, as pacientes com câncer de mama, usuárias do SUS em Pernambuco, levam em torno de nove meses para cumprir todas as etapas desse itinerário, tempo suficiente para que as mesmas assistam à progressão de sua doença e comprometam os resultados de seu tratamento (Figura 1).

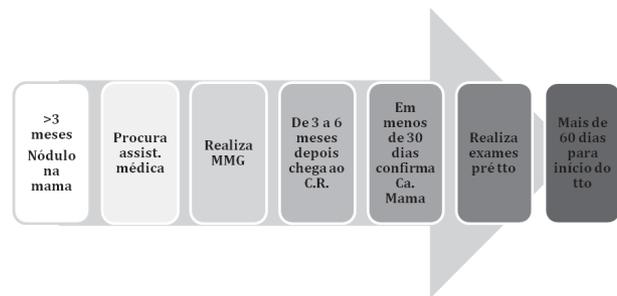


Figura 1. Percurso terapêutico da paciente com câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco

Nota: C.R.=Centro de Referência; Tto=Tratamento

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das pacientes com câncer de mama, admitidas no HCP entre outubro 2012 e janeiro de 2013, se assemelha ao dos usuários do SUS descritos na literatura; entretanto, este não revela com fidelidade o nosso gradiente social por se tratar de uma unidade que atende exclusivamente aos pacientes oriundos do SUS.

As ações de controle do câncer de mama, focadas na detecção precoce, não têm atingido seus objetivos, visto que a maioria das pacientes relata ter tido contato com o material das campanhas, mas revela não ter internalizado os seus conceitos. O desconhecimento de aspectos importantes da doença desponta, desta forma, como um dos principais fatores relacionados com o retardo na apresentação das pacientes.

Apesar das complexas questões conceituais envolvidas, foi observado atraso em três níveis no percurso terapêutico das pacientes estudadas. Atrasos relacionados ao indivíduo foram demonstrados pelos longos intervalos do início dos sintomas e sinalizam um baixo nível de percepção dos sintomas, mas também barreiras de acesso e ineficácia das estratégias de rastreamento, já que a maioria das pacientes afetadas faz parte da população supostamente coberta pelo programa. Atrasos relacionados aos profissionais de saúde, notadamente da atenção básica, ordenadores do Sistema, foram também observados, visto que grande parcela da população inicia sua busca por tratamento pelos Centros de Referência ou recorre ao atendimento privado.

Atrasos relacionados aos provedores de saúde podem ser verificados na desestruturação da rede de assistência insuficiente e concentrada, o que promove a sobrecarga dos centros especializados e favorece situações indesejáveis como a seleção adversa em favor dos casos de melhor prognóstico.

O início do tratamento foi instituído com atraso na maioria dos casos, em não conformidade com a legislação vigente no país.

Diante das conclusões do estudo, sugere-se que as ações educativas sobre o câncer sejam reavaliadas em sua efetividade e envolvam medidas específicas para os profissionais de saúde. A atenção primária necessita de treinamento, de diretrizes formais, precisa promover o acesso rápido para o primeiro atendimento e deve contar com uma rede de referência bem estabelecida.

As estratégias de rastreamento devem antes contar com uma robusta estrutura de retaguarda de média e alta complexidades para promover a efetiva resolução dos casos sob o risco de ocasionar um acúmulo de pacientes nos Centros de Referência.

É necessário priorizar as pacientes com nódulo palpável para que as mesmas não “concorram” com as pacientes assintomáticas advindas do rastreamento.

O desenvolvimento de estratégias para diminuir o retardo no diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama requer uma ampla compreensão dos fatores associados a esse atraso. Este trabalho levanta alguns pontos críticos relacionados a esse desfecho demonstrando que os obstáculos permeiam os diversos níveis da atenção à saúde, envolvendo desde o indivíduo até o sistema de saúde passando pelos profissionais da área. Dessa forma, e diante da escassez de estudos sobre o tema, novas pesquisas deverão aprofundar a questão tentando discriminar o real impacto de cada um desses fatores para que se possa adequar as ações de combate à realidade brasileira.

CONTRIBUIÇÕES

Christiano José Kühn de Paiva é autor da dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública e responsável pela concepção do projeto. Realizou a coleta, análise e interpretação dos dados e redação final.

Eduarda Ângela Pessoa Cesse é orientadora da dissertação de mestrado. Participou da construção da metodologia e da redação do trabalho.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Tribunal de Contas da União (Brasil). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: TCU; 2011.
2. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. 2012;40(1):31-36.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
4. Resende MCR, Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev bras ginecol obstet*. 2009;31(2):75-81.
5. Thuler LC, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev bras ginecol obstet*. 2005;27(11):656-660.
6. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353(9159):1119-1126.
7. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353(9159):1127-1131.
8. Portal do Administrador. Diagrama de causa e efeito de Ishikawa: espinha de peixe [Internet]. Brasília: [citado em 2012 maio 31]. Disponível em: <http://www.portaladm.adm.br/fg/fg11.htm>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: entra em vigor lei dos 60 dias para tratamento do câncer [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Portal da Saúde; [atualizado em 2013 maio 23; citado em 2013 maio 25]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10953/162/entra-em-vigor-lei-dos-60-dias-para-tratamento-do-cancer.html>.
10. Curado MP. Breast cancer in the world: Incidence and mortality. *Salud Publica Mex*. 2011;53(5): 372-384.
11. Leite FMC, Gonçalves CRA, Amorim MHC, Bubach S. Diagnóstico do câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):342-347.
12. Pinho VFS, Coutinho ESF. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2): 351-360.
13. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS: PNAD 2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(4):1011-1022.
14. Silva ABA. Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama: o caso das mulheres residentes no distrito sanitário III, Recife, PE. Recife. Monografia [Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva] - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva; 2011.
15. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2011;2(11):163-171.
16. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2): 317-326.

17. Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 Suppl 2:254-262.
18. Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10(1):53-59.
19. Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN, Edwards BK. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med*. 1996;25(2):218-224.
20. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):319-323.

Abstract

Introduction: The high mortality rate of breast cancer in Brazil is closely associated with the delay in the investigation of suspicious lesions and the lack of a timely therapy care. **Objective:** To investigate aspects related to delay in diagnosis and treatment. **Method:** An observational, epidemiological, descriptive, cross-sectional study. Originally, 54 patients admitted for research at the Mastology Department of Pernambuco Cancer Hospital (Hospital de Câncer de Pernambuco) were interviewed. Among them, 25 were positive for breast cancer, constituting the research's universe. **Results:** The main age group was comprised of patients between 60 and 79 years old (48%). Most of them were diagnosed with advanced stage (72%), and at least three months after symptoms onset (64%). The diagnosis was confirmed in less than 30 days (88.9% of cases), but the beginning of treatment exceeded 60 days in 56.6% of cases. **Conclusion:** It was observed that there was a delay in diagnosis and treatment introduction, which is related to patient's characteristics, health professionals and services as well.

Key words: Breast Neoplasms; Delayed Diagnosis; Equity in Access

Resumen

Introducción: La alta mortalidad por cáncer de mama en Brasil se debe a la demora en la investigación de las lesiones sospechosas y a la iniciación del tratamiento. **Objetivo:** Caracterizar el perfil demográfico de los pacientes en el Hospital de Câncer de Pernambuco e investigar los aspectos relacionados a la demora del diagnóstico y del tratamiento. **Método:** Estudio epidemiológico observacional, descriptivo, transversal. 54 pacientes admitidos para ser investigados en el departamento de mastología del Hospital de Câncer de Pernambuco fueron entrevistados por primera vez; de los cuales 25 resultaron positivos para cáncer de mama, constituyéndose así el universo de la investigación. **Resultados:** El mayor grupo estaba compuesto con pacientes entre 60 y 79 años (48%). La mayoría se encontraba en estadio avanzado (72%) y, tres meses después de la aparición de los síntomas, (64%). El diagnóstico fue confirmado en menos de 30 días (88,9% de los casos); sin embargo, el inicio del tratamiento excede a 60 días en el 56,6% de los casos. **Conclusión:** Se demostró que había un retraso en el diagnóstico y en inicio del tratamiento. Esto está distribuido en los diferentes niveles de atención a la salud y posee aspectos relacionadas a las características de las usuarias, profesionales y los servicios de salud.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Diagnóstico Tardío; Equidad en el Acceso