



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MILENA EDITE CASÉ DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO ATRASO DA PACIENTE NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA -  
PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

**MILENA EDITE CASÉ DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO ATRASO DA PACIENTE NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA  
– PARAÍBA**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.  
Orientador(a): Prof.Dr. Mathias Weller**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48a Oliveira, Milena Edite Casé de.  
Análise do atraso da paciente no diagnóstico do Câncer de mama - Paraíba [manuscrito] / Milena Edite Casé de Oliveira. - 2019.  
75 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.  
"Orientação : Prof. Dr. Mathias Weller, Departamento de Biologia - CCBS."  
1. Câncer de mama. 2. Câncer de mama - Diagnóstico. 3. Epidemiologia. I. Título  
21. ed. CDD 614.4

**MILENA EDITE CASÉ DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO ATRASO DA PACIENTE NO DIAGNÓSTICO DO  
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Área de Concentração:** Saúde Pública

**Orientador:** Prof. Dr. Mathias Weller.

**Aprovada em: 10/05/2019**

**BANCA EXAMINADORA**



---

**PROF. DR. MATHIAS WELLER**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**



---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. CLAUDIA SANTOS MARTINIANO SOUSA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**EXAMINADOR I**



---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. ÂNGELA FERREIRA BARROS**  
**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**EXAMINADOR II**

## DEDICATÓRIA

À Rozilda Holanda Tejo  
(*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por se apresentar nos mínimos detalhes e me fazer compreender que nunca estarei sozinha.

À minha filha, Marina, por tudo que nos tornamos e por todo o amor que construímos, que me impulsiona a ir além dos limites que criei para mim.

Aos meus pais, por todo o amor, apoio e dedicação. Meus sonhos tornaram-se realidade graças a vocês.

Aos meus irmãos, pelo exemplo ofertado, e as vivências compartilhadas, que foram essenciais para o meu crescimento enquanto ser humano e profissional.

Ao meu esposo, por tentar me compreender e ajudar a edificar uma convivência baseada no amor, respeito e liberdade.

Ao professor Mathias, pelo sim ofertado que permitiu o meu ingresso nesse processo de aprendizagem. O senhor me fez crescer. Obrigada!

Ao professor Tiago, por toda a paciência ao compartilhar seus conhecimentos, foi um caminho de construção enriquecedor.

À todos os professores que deixaram um pouco de si para formação de quem eu sou hoje. Vocês são peças fundamentais em cada conquista alcançada.

À todos os funcionários da UEPB e dos Hospitais: FAP e Napoleão Laureano, pela partilha e participação na construção desse projeto.

À todas as mulheres que aceitaram participar da coleta de dados, vocês são o mecanismo que impulsiona essa pesquisa.

Aos meus colegas do Mestrado em Saúde Pública – UEPB, pela troca de afetos que tornaram essa vivência ainda mais rica e motivadora. Em especial, àquelas que me tornaram mais forte e sempre se fizeram presentes na madrugada: Kedma, Kelle, Lorena e Waleska.

Às minhas parceiras do grupo de pesquisa: Saionara, Steffany, Sônia, Adriana, Radmila, Raysla, Isabella e Thaynara. Nossos sorrisos ficarão sempre guardados!

À Tacila. Que foi como uma âncora nessa jornada desde o primeiro dia que a vi, onde ela não parou de falar desde então. Obrigada pela parceria, compreensão, aprendizado, força, motivação, pelos almoços, pelo afeto e por Heloísa!

À Nyele e Rayane, que desde a graduação participaram da efetivação de um elo transcendente. Nossa amizade é vital, meninas!

Aos meus amigos e familiares que sempre se fizeram presentes para fazer eu me sentir inteira: Fabelly, Bruno, Carol, Samuel, Louise, Isabella, Keli, Rubiana, Rebecca, Isabel, Angélica, Sandy, Kátia, Geórgia, Adelma, Lorena.

Reitero meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal (CAPES) pelo incentivo e apoio financeiro que permitiu minha dedicação exclusiva para a realização dessa pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama representa cerca de 28% das taxas mundiais da incidência de neoplasias por ano, oferecendo uma estimativa de 59.700 novos casos para o biênio 2018-2019. Um estudo realizado com 527 pacientes com câncer de mama, realizado entre os anos de 2005 e 2011, na Paraíba, revelou que 41% das mulheres chegaram ao hospital com estadiamento tumoral avançado (III e IV). O tratamento tardio contribui para o aumento da mortalidade, e trata-se de uma realidade mais presente nos países em desenvolvimento. O tratamento tardio pode estar associado ao comportamento da paciente (atraso da paciente; AP) e/ou ser causado pelo sistema de saúde (atraso de sistema; AS). O presente estudo enfocou o AP. Nenhum estudo havia sido realizado sobre o atraso da paciente na Paraíba. **Objetivo:** Identificar os fatores que levaram ao atraso da paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, nos dois centros de referência para câncer de mama do estado da Paraíba. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, onde foi utilizada a Análise de Regressão Logística Nominal afim de obter o fator de associação (*odds ratio*) entre as variáveis analisadas, contando com 103 pacientes com câncer de mama atendidas nos dois maiores centros de referência em oncologia do Estado da Paraíba. O AP foi definido como um intervalo >60 dias entre a descoberta de sintomas pela paciente e a primeira consulta médica. **Resultados:** Das 103 pacientes analisadas, 33 (32,0%) apresentaram atraso da paciente. Mulheres com baixa e média escolaridade, respectivamente 1,22 (IC95%: 0,33-4,48) e 1,92 (IC95%: 0,53-7,00), aumentaram as chances de atraso da paciente em comparação às mulheres que possuíam alto grau de escolaridade. Não estar em um relacionamento estável aumentou a chance de atraso da paciente 2,04 (IC95%: 0,88-4,73) vezes em relação às mulheres que possuíam relacionamento estável. Pacientes sem plano de saúde privado aumentaram as chances 1,90 (IC 95%: 0,49-7,32) de atraso da paciente, quando comparadas às mulheres com plano de saúde privado. Não realizar/realizar raramente e realizar às vezes visitas médicas no local de moradia aumentou as chances de AP 6,25 (IC 95%: 0,76-51,33) e 1,82 (IC 95%: 0,14-23,25)  $p < 0,05$  respectivamente, em comparação às mulheres que sempre realizavam visitas médica no seu local de moradia. Mulheres que visitavam a unidade básica de saúde nunca/raramente 2,66 (IC95%: 0,96-7,36) ou às vezes 2,76 (0,96-7,36) aumentaram a chance de atraso da paciente, quando comparadas àquelas que realizavam visitas regularmente. Pacientes que nunca realizaram mamografia e exame clínico das mamas tinham respectivamente 1,78 (0,57-5,53) e 1,47 (0,44-4,89) maiores chances de atraso da paciente, em comparação àquelas que realizaram mamografia regularmente. A análise estatística não indicou associações significativas entre atraso da paciente e estágio ou grau tumoral. **Conclusão:** Os aspectos socioeconômicos apresentaram resultados em consonância com a literatura. Apesar dos tumores não terem sido descobertos durante exames médicos, a realização da mamografia e o exame clínico das mamas apresentaram-se como importantes fatores que diminuíram o atraso da paciente, indicando que o comportamento de prevenção das mulheres está associado a outras atitudes que favorecem maior agilidade na busca pelo diagnóstico. O fato de mulheres que realizavam consultas médicas raramente ou nunca em seu lugar de moradia terem sofrido AP significativo indica a existência de barreiras de acesso.

**Palavras-Chave:** Câncer de mama, atraso do tratamento, atraso da paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer accounts for about 28% of the worldwide incidence of neoplasms per year, providing an estimated 59,700 new cases for the biennium 2018-2019. A study of 527 patients with breast cancer, conducted between 2005 and 2011, in Paraíba, revealed that 41% of women who arrived at the hospital with advanced tumor staging (III and IV). Late treatment is ultimately responsible for increased mortality, and this is a more present reality in developing countries. Late treatment may be associated with patient behavior (patient delay, PD) and / or be caused by the health system (system delay, SD). The present study focused on the PD. No study had been performed on the patient's delay in Paraíba. **Objective:** The present study aimed to identify factors that led to the delay of the patient in the diagnosis and treatment of breast cancer in the two reference centers for breast cancer in the state of Paraíba. **Method:** This was a cross-sectional study, where the Nominal Logistic Regression Analysis was used in order to obtain the odds ratio between the analyzed variables, with 103 breast cancer patients attended at the two largest centers of reference in oncology of the State of Paraíba. The PD was defined as an interval > 60 days between the discovery of symptoms by the patient and the first medical appointment. **Results:** Of the 103 patients analyzed, 33 (32.0%) presented patient delay. Women with low and medium schooling, respectively 1.22 (95% CI: 0.33-4.48) and 1.92 (95% CI: 0.53-7.00), increased the chances of patient delay in comparison to women with high schooling. Not being in a stable relationship increased the chance of patient delay 2.04 (95% CI: 0.88-4.73) times compared to women who had stable relationships. Patients without a private health plan increased the odds of 1.90 (95% CI: 0.49-7.32) of patient delay when compared to women with private health insurance. Failure to perform / perform infrequently or sometimes home visits increased the odds of AP 6.25 (95% CI: 0.76-51.33) and 1.82 (95% CI: 0.14-23.25)  $p < 0.05$  respectively, compared to women who always performed medical visits at their place of residence. Women who visited the basic health unit never / rarely 2.66 (95% CI: 0.96-7.36) or sometimes 2.76 (0.96-7.36) increased the chance of patient delay when compared to those who visited regularly. Patients who never underwent mammography and clinical examination of the breasts had 1.78 (0.57-5.53) and 1.47 (0.44-4.89), respectively, higher chances of patient delay in comparison to those who underwent mammography regularly. Statistical analysis did not indicate significant associations between patient delay and stage or tumor grade. **Conclusion:** Socioeconomic aspects presented results in agreement with the literature. Although the tumors were not discovered during medical examinations, mammography and clinical examination of the breasts were important factors that reduced patient delay, indicating that the prevention behavior of women is associated with other attitudes that favor greater agility in the search for diagnosis. The fact that women who performed medical consultations rarely or never in their place of residence suffered a significant PD indicates the existence of access barriers.

**Keywords:** Breast cancer, treatment delay, patient delay.



## LISTA DE SIGLAS

**ACS:** *American Cancer Society*

**AP:** Atraso da paciente

**CM:** Câncer de Mama

**CBE:** *Clinical breast exam*

**DCNT:** Doenças Crônicas não-transmissíveis

**FAP:** Fundação Assistencial da Paraíba

**HNL:** Hospital Napoleão Laureano

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INCA:** Instituto Nacional do Câncer

**NOB-SUS 96:** Norma Operacional Básica SUS-96

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PD:** *Patient delay*

**PPI:** Programação Pactuada e Integrada

**SD:** *System delay*

**TNM:** Sistema de Classificação de Tumores Malignos

## LISTA DE QUADRO

**Quadro 1-** Características de classificação do TNM .....22

**Quadro 2-** Estudos que apresentam os fatores que levam ao atraso da paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama .....26

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1**– Incidência e mortalidade específicas por região, com taxas padronizadas por idade para Câncer de Mama Feminino em 2018..... 16

**Figura 2** – Probabilidade de um indivíduo de 60 anos atingir os 80 anos (por mil), em mulheres, nos anos de 1980 e 2017, por região de federação.....17

**Figura 3**- Estadiamento do câncer de mama através das diferentes combinações de TNM .....20

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Chance of delay, defined as first medical visit of  $> 60$  days after recognition of symptoms, expressed as odds ratio (OR) and confidence intervals (95%CI), for each variable...49

**Tabela 2-** Clinical and histopathological characteristics of breast cancer patients (N= 103).....52

# SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 EPIDEMIOLOGIA .....	15
2.2 ESTADIAMENTO E SOBREVIDA NO CÂNCER DE MAMA.....	19
2.3 DETECÇÃO PRECOCE E ATRASO NO TRATAMENTO.....	21
2.4 ATRASO DA PACIENTE NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA.....	22
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>32</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>33</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	33
4.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA .....	33
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	34
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	34
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
5.1 ARTIGO.....	36
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>7 MEMORIAL DESCRITIVO .....</b>	<b>55</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

O câncer de mama (CM) ainda configura-se como um problema de saúde pública e é uma das principais causas de mortalidade feminina no mundo (WHO, 2018). Torre *et al* (2016) apresentam que continentes em desenvolvimento apresentam um impacto expressivo dessa doença em decorrência da transição econômica que vem sofrendo. O mesmo pode ser percebido no Brasil, onde Girianelli *et al* (2014) trazem que enquanto regiões como Sul e Sudeste vem apresentando estabilidade para a mortalidade do CM, regiões menos desenvolvidas do país continuam sofrendo um aumento nesses índices.

Estudos Brasileiros apresentaram relação entre o atraso da paciente (AP) e estados avançados da doença (III e IV), o que leva a uma piora no prognóstico (OSHIRO *et al*, 2014; LOURENÇO, 2010; REZENDE *et al*, 2009). Alguns estudos realizados no Brasil, apontam para uma associação entre o nível educacional e o atraso da paciente (BARROS *et al*, 2015; MEDEIROS *et al*, 2015, JÚNIOR *et al*, 2017).

Medeiros *et al* (2015) também apresentam em seu estudo uma associação entre estado civil e o atraso no início do tratamento. Oshiro *et al* (2014) apresentam enquanto fatores associados: não reconhecer os sinais e sintomas e o medo da morte. Júnior *et al* (2017), para além dos fatores já apresentados, apontou que as mulheres que eram tratadas nas regiões Norte e Centro-Oeste possuíam maiores chances de atrasar do que as tratadas na região Sul do país.

Pesquisas anteriores do Grupo de Pesquisa Epidemiologia e Genética do Câncer, realizadas especialmente nos dois centros de referência oncológica da Paraíba (FAP e HNL) trouxeram contribuições interessantes para a literatura. No ano de 2014, uma pesquisa realizada com 527 pacientes de CM, publicada no *African Journal of Breast Cancer*, identificou que 41% das mulheres que chegaram ao Hospital da FAP para tratamento do câncer de mama apresentaram estadiamento tumoral avançado (III e IV) (ANDRADE *et al*, 2014).

Considerando que o atraso no tratamento de câncer de mama foi associado com o estadiamento avançado e a diminuição da sobrevida do paciente, Freitas *et al* (2015) realizaram uma revisão integrativa publicada na revista *Ciência e Saúde Coletiva* com 53 estudos voltados para o atraso da paciente e do sistema, sendo 29 de países desenvolvidos e 24 de países em desenvolvimento. Os resultados demonstraram como fatores associados ao atraso da paciente: o medo, a menor escolaridade e não reconhecer os sintomas da doença. Os artigos realizados nos

países em desenvolvimento identificaram maiores fatores causais do atraso no tratamento o atraso da paciente e a combinação deste com o atraso do sistema, em comparação com os estudos dos países desenvolvimento, que apresentaram como maior fator o atraso do sistema.

Santos *et al* (2018) apresentaram uma dissertação com base dos resultados de dois estudos. O primeiro consistiu em uma revisão da literatura sobre atraso no tratamento do câncer de mama no Brasil entre os anos de 2006 e 2018. Foram analisados 17 estudos, onde nove destes abordaram exclusivamente o atraso de sistema e oito abordaram atraso de sistema e atraso da paciente. Como causas apresentadas para o atraso da paciente surgiram: não realizar exame de rastreamento e consulta de rotina, desconhecimento dos sintomas da doença, medo do diagnóstico e do tratamento, baixo nível escolar e os gastos no orçamento familiar.

O segundo buscou comparar o atraso do sistema na FAP, com serviço de diagnóstico terceirizado e no HNL, com um serviço de diagnóstico integrado, e analisar se houve aceleração do fluxo das pacientes por intervenção de Organizações Não-Governamentais (ONGs). Os resultados apontaram que pacientes que usaram a UBS tiveram maior atraso do sistema em comparação com pacientes que nunca utilizaram este serviço antes da admissão hospitalar ou as que usaram clínicas privadas. Os dados indicaram que houve aceleração do fluxo do paciente pela integração dos serviços de diagnóstico, e que a intervenção das ONGs acelerou o fluxo das pacientes.

A partir dos resultados apresentados, e considerando a escassez de estudos que busquem analisar o AP na Paraíba, este trabalho buscou analisar os fatores que levam ao atraso da paciente, no intervalo de tempo entre a percepção dos sinais/sintomas e a busca pelo profissional de saúde nos dois centros de referência oncológica do Estado da Paraíba: FAP e HNL.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), câncer de mama (CM) é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo, e a neoplasia mais frequente na população feminina mundial. Nas mulheres, o CM foi a neoplasia mais frequentemente diagnosticada em todas as regiões do mundo, exceto na África Oriental. Ele também apresentou o maior índice de mortalidade por câncer em 11 regiões do mundo, sendo considerado uma das maiores causas de mortalidade e morbidade no mundo, manifestando-se assim, como um grande problema de saúde pública (FERLAY, 2018). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o CM representa cerca de 28% das taxas mundiais da incidência de neoplasias por ano, indicando uma estimativa de 59.700 novos casos para o biênio 2018-2019.

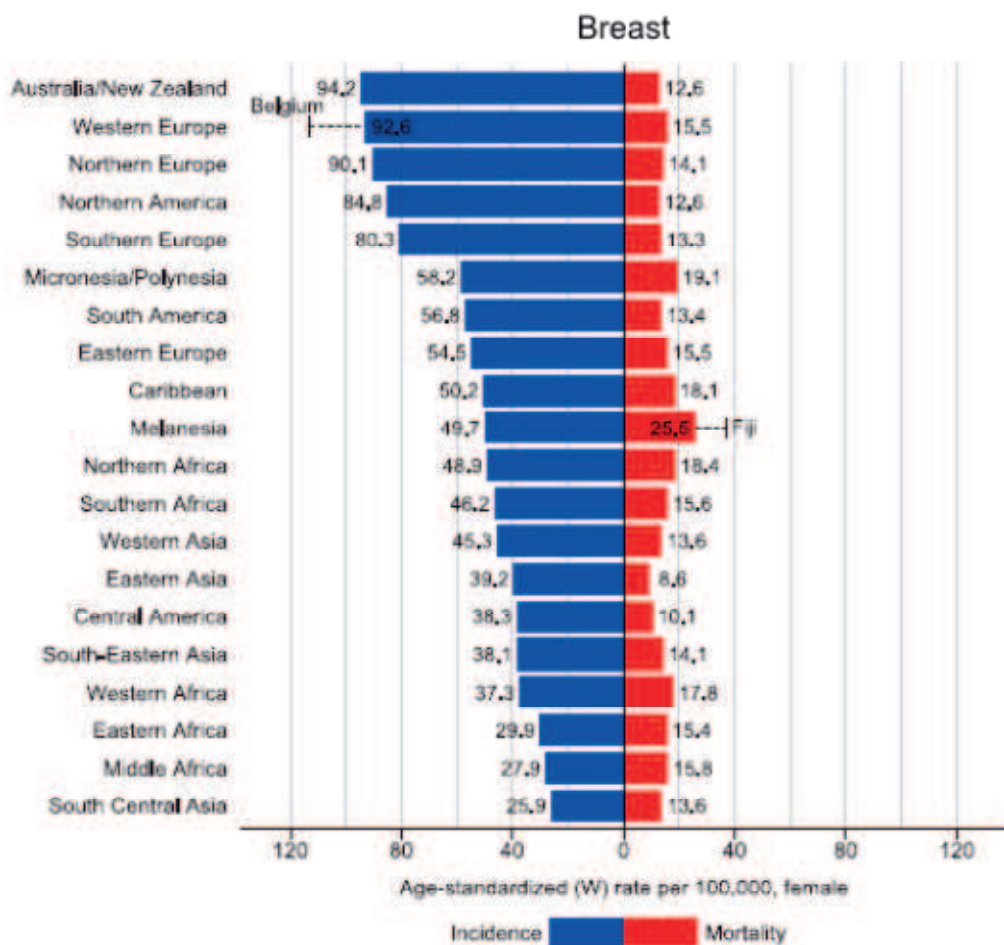
Nas últimas décadas, as taxas de incidência de câncer de mama têm aumentado para a maioria dos países em desenvolvimento, com alguns dos aumentos mais rápidos ocorrendo em países em transição da África, Ásia e América do Sul. Isso se dá por meio de uma combinação de fatores demográficos aliados ao aumento da expectativa de vida, ao desenvolvimento social e econômico, e a fatores de risco associados a mudanças culturais nos papéis da população feminina, que leva à mudanças comportamentais em relação ao estilo de vida e padrões reprodutivos, como a nuliparidade, obesidade, sedentarismo e aumentos no rastreamento e conscientização do câncer de mama (TORRE *et al*, 2016; FERLAY *et al*, 2018). Em vários países desenvolvidos, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França e Austrália, a queda na incidência no início dos anos 2000 foi atribuída, em parte, ao declínio no uso de tratamento hormonal pós-menopausa (FERLAY, 2018).

Dados apresentados pelo GLOBOCAN para estimativas do câncer de mama por região em 2018, com taxas padronizadas por idade, apresentam um número expressivo nos índices de incidência e mortalidade da neoplasia, especialmente em regiões menos desenvolvidas, que estão passando pelo aumento da expectativa de vida e de adoção de estilo de vida insalubres já vivenciados por regiões mais desenvolvidas (WHO, 2018) (Figura 1).

O câncer de mama é uma doença multifatorial e está associada a diversos fatores de risco, que podem ser classificados em não modificáveis: sexo, fatores genéticos, história familiar de

câncer de mama, fatores reprodutivos e menstruais, histórico de câncer de mama anterior e doença proliferativa de mama; e fatores de risco modificáveis: exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, álcool, tabagismo e dieta rica em gordura (NINDREA; ARYANDONO; LAZUARDI, 2017).

**Figura 1.** Incidência e mortalidade específicas por Região, com taxas padronizadas por idade para Câncer de Mama Feminino em 2018.



Fonte: GLOBOCAN, 2018

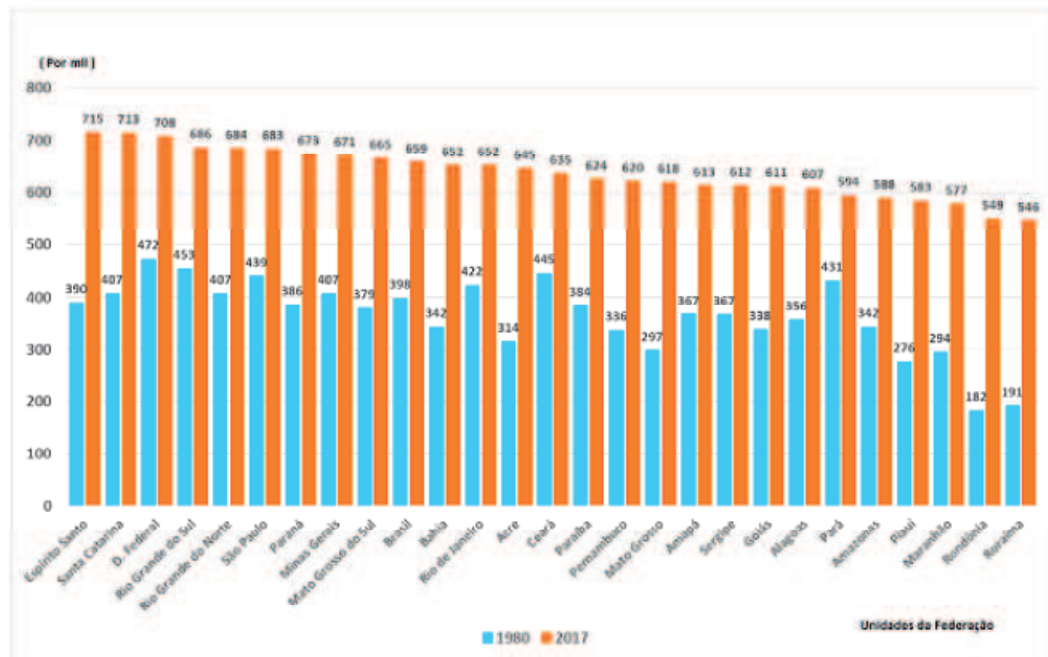
Em relação às regiões brasileiras, o CM apresenta-se como o tipo de neoplasia maligna mais frequente nas mulheres do Sul (73,07/100 mil), no Sudeste (69,50/100 mil), no Centro-Oeste (51,96/100 mil) e no Nordeste (40,36/100 mil), ficando em segundo lugar apenas na região

Norte - onde o câncer de ovário apresenta-se com maior incidência (19,21/100 mil) (INCA, 2018).

O IBGE (2018) aponta que há uma discrepância no processo de transição demográfica entre as regiões do país, que instaura um quadro de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, assim como, a adoção de estilos de vida insalubres associados a fatores que contribuem para incidência do câncer de mama, como: a baixa taxa de natalidade, a idade mais avançada no primeiro parto e a obesidade (PORTER, 2008).

A diminuição da mortalidade nas idades mais avançadas aumentou consideravelmente a probabilidade de sobrevivência entre 60 e os 80 anos de idade, no período de 1980 e 2017 em todas as Unidades da Federação. Em algumas regiões, as chances de sobrevivência chegaram a quase dobrar (Figura 2). Para o sexo feminino essa probabilidade passou de 398 a 659 para cada mil mulheres que atingiram os 60 anos de idade, deixando de vir a falecer 261 por mil mulheres entre os 60 e 80 anos, durante esse intervalo de tempo. Em 2017, a maior probabilidade de sobrevivência foi encontrada no estado do Estado do Espírito Santo, sendo esta, de 715 por mil mulheres (Figura 2).

**Figura 2** – Probabilidade de um indivíduo de 60 anos atingir os 80 anos (por mil), em mulheres, nos anos de 1980 e 2017, por região de federação.



Fonte: IBGE (2018)

Através da Figura 2 podemos perceber que os estados que compõem a região Nordeste (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia) apresentaram um aumento considerável na expectativa de vida das mulheres entre os anos de 1980 e 2017.

Assim, de acordo com INCA (2005; 2017), enquanto centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram estabilidade para a incidência do câncer de mama nos últimos anos, a região Nordeste sofreu aumentos significativos, onde, no período entre 2005 e 2018, essa incidência aumentou de 18,7 para 56,3 por 100 mil mulheres, respectivamente. Em relação ao Nordeste, a estimativa do câncer de mama para o ano de 2018 é de 11.860 novos casos, representando 20,3% dos casos de câncer na população feminina da região. Para o Estado da Paraíba, o INCA (2017) ofereceu uma estimativa de 880 novos casos de câncer de mama feminino para 2018, ocupando o primeiro lugar na incidência de neoplasias que acometeram mulheres, no estado.

O estudo realizado por Girianelli *et al* (2014) apresenta uma tendência no aumento da mortalidade por CM em algumas regiões do país, com estabilidade para as regiões do Sul e do Sudeste, especialmente a partir da década de 1990. Por outro lado, há um avanço significativo da mortalidade entre mulheres residentes nas regiões menos desenvolvidas do país, como é o caso do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (GIRIANELLI *et al*, 2014). Assim, os autores citados apontam para uma correlação negativa entre o alto nível socioeconômico e a mortalidade por CM nas regiões brasileiras. Apresentando uma relação entre os altos índices de mortalidade por CM e as regiões que possuem baixo nível socioeconômico. Isso ocorre devido a uma detecção e diagnóstico tardio, consequente de uma barreira no acesso ao diagnóstico e tratamento apresentados pelas regiões menos desenvolvidas, acentuando os índices de mortalidade em relação à população que maior viabilidade ao acesso.

Ao longo dos anos foram implantadas no Brasil, diversas políticas públicas voltadas para o controle e a erradicação do câncer de mama, como o Pacto pela Saúde (2006), a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022), a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2015). Mesmo diante dessas estratégias, a literatura aponta para um atraso no diagnóstico da doença, elevando a possibilidade de início da realização do tratamento em estágios já avançados, aumentando o risco de mortalidade (BARROS *et al*, 2013; ANDRADE *et al*, 2014).

De acordo com o INCA (2017), de 2010 a 2016 o Estado da Paraíba registrou 1.551 mortes por câncer de mama na população feminina. Em Campina Grande esse número chegou a 226, e em João Pessoa 416. Percebe-se ainda, uma escassez de estudos voltados para essa problemática na região Nordeste (MEDEIROS *et al*, 2015). Dessa forma, detectar os fatores que levam ao atraso do tratamento e do diagnóstico precoce do Câncer de Mama, tanto em relação ao atraso do sistema como o atraso do paciente, irá permitir construir estratégias que visem a diminuição ou erradicação dessa realidade, que influencia diretamente no prognóstico e na qualidade de vida das mulheres acometidas pelo Câncer de Mama.

## 2.2 ESTADIAMENTO E SOBREVIDA NO CÂNCER DE MAMA

A neoplasia da mama é constituída por uma grande variabilidade em seu prognóstico, que é determinada por fatores prognósticos associados à sobrevida dos pacientes acometidos pela doença, permitindo analisar o comportamento do tumor de acordo com sua evolução. Existem os fatores clássicos, que estão relacionados ao grau histológico e ao estadiamento (TNM) e existem os subtipos moleculares, que além de direcionarem o tratamento adequado, oferecem a possibilidade de prever a sobrevida da paciente (STAFIN *et al* 2012).

O grau histológico é considerado um dos fatores mundialmente aceitos como indicadores de prognóstico e está associado com a capacidade proliferativa do tumor (BATSCHAUER, 2009). De acordo com o INCA (2017), a sobrevida do paciente diagnosticado com CM está relacionado com o grau histológico, onde temos: grau I (carcinoma bem diferenciado), grau II (moderadamente diferenciado) e grau III (pouco diferenciado). Quanto menos diferenciado o tumor, pior será o prognóstico, assim, a maior sobrevida é encontrada em pacientes que possuem estágios I e II (BATSCHAUER, 2009).

Stafin *et al* (2012) apresentam que o estadiamento do tumor indicará suas características morfológicas ou anatômicas, sua taxa de crescimento, sua extensão e a relação estabelecida com o portador. Estudos anteriores apresentaram uma relação entre estadiamento tumoral avançado e a mortalidade do CM (BARROS *et al* 2013). De acordo com Batschauer (2009), o sistema de estadiamento mais preconizado pela União Internacional contra o Câncer é o Sistema de Classificação dos Tumores Malignos (TNM), onde o T refere-se ao tamanho tumoral, o N a presença e extensão dos linfonodos e o M a presença ou ausência de metástase (Quadro 1).

**Quadro 1.** Características de classificação do TNM

<b>T – TUMOR</b>
Tis – Carcinoma <i>in situ</i>
T0 – Sem sinais de tumor detectado
T1 – O tumor tem até 2 cm em sua maior dimensão
T2 – O tumor tem entre 2 e 5 cm na sua maior extensão
T3 – O tumor tem mais de 5 cm na sua maior extensão
T4 – O tumor tem qualquer tamanho, com extensão direta para a pele ou parede torácica.
<b>N – LINFONODOS REGIONAIS</b>
N0 – Sem sinais de linfonodos regionais
N1 – Metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is).
N2 – Metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a estruturas vizinhas
N3 – Metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral
<b>M – METÁSTASE À DISTÂNCIA</b>
M0 – Ausência de metástases à distância
M1 – Metástase à distância

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2004

É, portanto através das diversas combinações de TNM, que surgem as classificações de estadiamento (Figura 3).

**Figura 3.** Estadiamento do Câncer de Mama através das diferentes combinações de TNM

<b>Grupamento por Estádios</b>			
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1*	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
Estádio IIIB	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Nota: \* T1 inclui o T1mic.

— Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2004) —

O prognóstico para mulheres com CM varia de acordo com o estágio da doença. Geralmente, as taxas de sobrevivência são maiores para mulheres que apresentam a neoplasia em estágio inicial (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019). Yoshida (2011) apresenta que quanto

maior for o tamanho inicial do tumor e o comprometimento dos gânglios, menor será a sobrevida da paciente. Assim, mulheres que estão com o câncer no estágio II possuem em 5 anos uma taxa de sobrevida relativa de 93%. Para mulheres com estágio III essa taxa de sobrevida é de 72%. Mulheres que apresentam metástase tendem a ter um pior prognóstico. Assim, cânceres de mama metastáticos ou em estágio IV apresentam uma taxa de sobrevida em 5 anos de 22% (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

### 2.3 DETECÇÃO PRECOCE E ATRASO NO TRATAMENTO

O estudo de Andrade *et al* (2014), baseado nos dados de 527 pacientes com CM, realizado entre os anos de 2005 e 2011, na Paraíba, indicou uma porcentagem de 41% de mulheres que chegaram ao hospital com estadiamento tumoral avançado (III e IV). Molina e colaboradores (2003), em um estudo realizado em São Paulo, observaram que 72% dos pacientes que atrasaram na busca pelo diagnóstico do câncer de mama, apresentaram estádios avançados no início do tratamento.

A literatura aponta para dois tipos de atraso do tratamento. O atraso do sistema (AS), é definido pelo intervalo de tempo (maior que 3 meses) entre a primeira consulta com um profissional de saúde e o início do tratamento (SALDAÑA, 2014; RICHARDS, 1999). A literatura brasileira, por sua vez, considera atraso, o tempo maior que 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. Isso foi regulamentado a partir da lei de número 12.732/ 2012, que oferece à paciente o direito de iniciar o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em até sessenta dias após o diagnóstico neoplásico (BRASIL, 2016). Embora possa ser considerado um avanço para os direitos das mulheres, a lei não considera o intervalo de tempo entre a solicitação do diagnóstico e o recebimento do resultado.

O outro tipo de atraso é causado pelo comportamento da paciente, e é definido como atraso da paciente (AP). O mesmo é definido pelo intervalo de tempo entre a percepção dos sintomas pela paciente e a procura de um profissional de saúde. (CAPLAN, 2014; RICHARDS, 1999). Visto que o atraso no tratamento do câncer de mama em mulheres sintomáticas de três meses ou mais está associado ao estágio avançado e à baixa sobrevivência, e que o diagnóstico tardio acaba sendo responsável para o aumento da mortalidade, a detecção precoce e a

diminuição do atraso são considerados importantes aspectos para melhorar o prognóstico das pacientes (SALDAÑA, 2014).

#### 2.4 ATRASO DA PACIENTE NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

A literatura considera atraso da paciente, o intervalo de tempo entre a percepção do sintoma e a procura por um profissional de saúde na busca pelo diagnóstico (RICHARDS, 1999; KHAN *et al*, 2015). Ermiah *et al*, (2012), Bourdeanu *et al*, (2013) e Ozmen *et al*, (2014) apresentaram dentre os fatores associados ao AP a dificuldade da mulher reconhecer outros sinais/sintomas sem ser o nódulo mamário. Essa associação também foi apresentada um estudo realizado na Malásia, com 19 pacientes com estádios avançados de câncer de mama (TAIB *et al*, 2011).

Um estudo realizado em Medellín com 13 colombianas, considerou como fatores observados para o atraso da paciente: a carreira profissional, o tempo dedicado aos problemas familiares, dificuldade da mulher na detecção dos sintomas, a experiência dos efeitos colaterais do tratamento em familiares que tiveram CM e a ausência da percepção de risco pelas mulheres (CEBALLOS *et al*, 2011). As percepções da doença influenciam na busca pela ajuda e o consequente atraso, uma vez que o mesmo está intrinsecamente ligado a sentimentos singulares, como o medo em relação à morte, mutilação e feminilidade (MAGHOUS *et al*, 2016) (OSHIRO *et al*, 2014).

Em um estudo realizado com 921 americanas, aquelas que perceberam os sinais/sintomas chegaram ao serviço de saúde com um atraso 2,5 vezes maior em relação às pacientes que detectaram o câncer de mama em uma unidade de saúde (MALY *et al*, 2011). Os autores sugeriram que o atraso da mulher que percebeu a alteração mamária poderia estar relacionado à falta de conhecimento acerca dos sinais/sintomas indicativos do câncer de mama, à realização do exame diagnóstico, o medo da neoplasia e/ou da forma de tratamento. Segundo os pesquisadores, esse atraso pode estar relacionado ao limitado acesso ao serviço de saúde, à crença religiosa e à falta de confiança das afro-americanas no serviço de saúde (MALY *et al*, 2011).

Para além dos fatores já apresentados anteriormente, Saldaña *et al* (2017) realizaram uma pesquisa com 886 mulheres no México, e apontaram como fatores associados ao atraso da paciente a falta de recursos financeiros, possuir vínculo empregatício e residir fora da cidade.



Nesse sentido, Khan *et al* (2018), em um estudo realizado no Paquistão com 43 mulheres, apontaram que as mulheres que residiam em áreas rurais possuíam uma tendência maior a atrasar na busca pelo diagnóstico do câncer de mama. Tais questões se assemelham às que foram apresentadas por Oshiro *et al* (2018), que trouxe a falta de acesso à assistência médica e a priorização das necessidades diárias como fatores que contribuem para o atraso.

Estudos Brasileiros apresentaram associação entre o AP na busca por atendimento médico a estados avançados da doença (III e IV), o que leva a uma piora no prognóstico (OSHIRO *et al*, 2014; LOURENÇO, 2010; REZENDE *et al*, 2009). Dentre as causas apresentadas que levam ao AP, temos: o desconhecimento dos sintomas indicativos da doença, o medo do diagnóstico, baixo nível de escolaridade, a não realização do exame de rastreamento e gastos no orçamento familiar (FREITAS, 2015).

Diferentes estudos apontam para uma relação entre o nível educacional e o atraso da paciente. Barros *et al* (2013), em uma pesquisa realizada no Distrito Federal com 250 pacientes, apresentaram uma relação estatisticamente significativa entre mulheres que possuíam até quatro anos de escolaridade e o atraso entre a percepção do sintoma e a busca pelo diagnóstico. Alves *et al* (2018) apresentaram relação entre o baixo nível de escolaridade e a procura das mulheres aos serviços de saúde para prevenção de doenças como o câncer de mama. Medeiros *et al* (2015), em um estudo de coorte retrospectiva com 137.593 mulheres de 239 hospitais do nordeste brasileiro, revelaram que mulheres com menos de oito anos de estudo apresentaram mais atraso na busca pelo diagnóstico, em relação às mulheres com maior grau de escolaridade.

Medeiros *et al* (2015), apresentou também uma associação entre o estado civil das pacientes e o atraso no início do tratamento. A justificativa apontada parte da premissa de que mulheres com parceiro possuem maior disponibilidade para frequentar serviços de saúde do que aquelas que acumulam responsabilidades, assim como, favorece a procura pelo serviço de saúde a partir do encorajamento do parceiro diante da percepção dos sintomas. Os estudos internacionais e nacionais sobre AP e as suas causas foram resumidas no Quadro 2.

**Quadro 2.** Estudos que apresentam os fatores que levam ao atraso da paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

<b>Autor/ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo/ amostra</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Causas</b>
<b>Estudos Internacionais</b>					
<b>Taib, et al. 2011</b>	<i>Recognizing symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Asian Women – The psychosociocultural model for breast symptom appraisal opportunities for intervention</i>	Analisar a interpretação dos sintomas do CM por mulheres que apresentaram a neoplasia em estágio avançado	Qualitativo  19 mulheres	Malásia	Dificuldade em reconhecer os sinais/sintomas
<b>Ceballos, et al. 2011</b>	<i>Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama</i>	Descrever as barreiras que impedem as mulheres com CM de realizar a detecção precoce e o	Qualitativo  13 mulheres	Medellin	Carreira profissional, dificuldade em reconhecer os sinais/sintomas, histórico de CM na família, ausência da

		tratamento oportuno			percepção do risco pelas mulheres
<b>Maly, et al. 2011</b>	<i>What influences diagnostic delay in low-income women with breast cancer</i>	Analisar os fatores que influenciaram o AP em mulheres de baixa renda	Quantitativo  921 mulheres	EUA	Dificuldade em reconhecer os sinais/sintomas, medo da neoplasia e do tratamento
<b>Ermiah, et al. 2012</b>	<i>Diagnosis delay in Libyan female breast cancer</i>	Analisar fatores associados ao atraso do diagnóstico e seu impacto no estágio da doença entre mulheres com CM	Quantitativo  200 mulheres	Líbia	Dificuldade em reconhecer os sinais/sintomas
<b>Bourdeanu, et al. 2013</b>	<i>Barriers to treatment in patients with locally advanced breast cancer</i>	Analisar as barreiras que levam ao atraso no tratamento do câncer de mama	Quantitativo  40 mulheres	EUA	Dificuldade em reconhecer os sinais/sintomas
<b>Ozlmen, et al. 2014</b>	<i>Factors affecting breast cancer</i>	Identificar os fatores que afetam o	Quantitativo	Peru	Dificuldade em reconhecer os

	<i>treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of breast diseases societies</i>	tempo de atraso total no tratamento de pacientes com CM	1031 mulheres		sinais/sintomas
<b>Maghous, et al. 2016</b>	<i>Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan Women</i>	Identificar os fatores que levam ao atraso do diagnóstico em mulheres com CM avançado	Quantitativo  137 mulheres	Marrocos	Percepções da doença e medo da morte
<b>Saldaña, et al. 2017</b>	<i>Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico</i>	Compreender os mecanismos que levam ao atraso do diagnóstico e do sistema em pacientes com CM.	Quantitativo  886 mulheres	México	Estado civil, ausência da percepção de risco, falta de recursos financeiros, possuir emprego, idade, baixo nível socioeconômico, residir fora da cidade.
<b>Khan, et al. 2018</b>	<i>Patient self delay among</i>	Avaliar a frequência e	Quantitativo	Paquistão	Idade, baixa escolaridade,

	<i>women with breast cancer</i>	as causas que levam ao atraso da paciente	43 mulheres		baixa renda, residir em áreas rurais, não reconhecer os sinais/sintomas
<b>Oshiro, et al. 2018</b>	<i>Patients' help-seeking experiences and delaying in breast cancer diagnosis: A qualitative study</i>	Identificar os fatores que influenciam a busca pelo diagnóstico em pacientes com CM	Qualitativo 21 mulheres	Japão	Não reconhecer sinais/sintomas, ansiedade, medo, ausência da percepção de risco, falta de acesso à assistência médica, priorizar necessidades diárias
<b>Estudos Nacionais</b>					
<b>Trufeli, et al. 2008</b>	Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público	Identificar as possíveis fases de atraso na condução de pacientes com CM, desde a suspeita até o diagnóstico e o início do	Quantitativo 68 mulheres	São Paulo	Pacientes com câncer de mama tratadas em serviço público sofrem atrasos importantes, principalmente no período de diagnóstico de sua doença

		tratamento			
<b>Rezende, et al. 2008</b>	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	Analisar os fatores que afetam o intervalo de tempo entre a percepção do sintoma e a confirmação diagnóstica	Quantitativo  104 mulheres	Rio de Janeiro	O atraso da paciente afeta no retardo da confirmação diagnóstica
<b>Barros, et al. 2013</b>	Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil	Analisar o atraso no tratamento de pacientes com CM	Quantitativo  250 mulheres	Distrito Federal	Baixa escolaridade
<b>Oshiro, et al. 2014</b>	Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil	Analisar fatores relacionados ao diagnóstico tardio em mulheres com CM	Qualitativo  12 mulheres	Mato Grosso do Sul	Percepções da doença e medo da morte

<b>Paiva, et al. 2015</b>	Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco	Investigar os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com CM	Quantitativo  54 mulheres	Pernambuco	Baixo nível de percepção dos sintomas, barreiras de acesso e ineficácia nas estratégias de rastreamento
<b>Souza, et al. 2015</b>	Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil	Analisar causas do atraso em mulheres idosas de SP	Quantitativo  1299 mulheres	São Paulo	Desesperança da doença em estágios avançados e medo de enfrentar a doença
<b>Medeiros, et al. 2015</b>	Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama	Analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em mulheres com CM e os fatores que o	Quantitativo  137.593 mulheres	Nordeste	Estado civil e baixo nível escolar

	no Brasil	influenciam			
<b>Traldi, et al. 2016</b>	Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde	Estabelecer o tempo decorrido entre a suspeita e o diagnóstico do CM.	Quantitativo  45 mulheres	São Paulo	60% dos diagnósticos efetivados entre 120 e 180 dias
<b>Tramonte, et al. 2016</b>	Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico	Avaliar os principais fatores relacionados ao atraso no diagnóstico do CM	Quantitativo  156 mulheres	São Paulo	O sistema de saúde foi o fator relacionado ao atraso em mulheres com <40 anos, e a não realização da mamografia, o principal fator responsável pelo atraso em mulheres com mais de 70 anos
<b>Lopes, et al. 2016</b>	Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in	Analisar os fatores associados ao atraso no diagnóstico e tratamento em mulheres com CM	Quantitativo  82 mulheres	Paraná	Baixa escolaridade



	Brazil.				
<b>Júnior, et al. 2017</b>	<i>Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital- Based Cancer Registries (2000-2012)</i>	Analisar a tendência temporal e os fatores que influenciam o diagnóstico tardio	Quantitativo  170.757 mulheres	Brasil	Baixa escolaridade, etnia, residir nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Apesar de diversas políticas públicas e estratégias construídas pelo SUS para diminuição da mortalidade do câncer de mama, voltadas para o aperfeiçoamento da detecção e do tratamento precoce, os números ainda apresentam uma realidade alarmante no Brasil (INCA, 2017).

Dos 11 estudos identificados na literatura brasileira, cinco foram realizados na região Sudeste. Para as regiões Sul e Nordeste, foram identificados três estudos, e dois dos artigos analisados utilizaram dados da região Centro-Oeste. Nenhum estudo encontrado foi realizado com base em dados obtidos da região Norte do país. O estudo de Medeiros *et al* (2015) analisou dados de quatro regiões brasileiras: Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Nordeste. A pesquisa de Júnior *et al* (2017) foi realizada através de registros em base de dados de todo país.

Assim, é importante analisar que regiões que apresentam maior aumento na incidência do CM, como o Centro-oeste e o Nordeste, são as que possuem poucas pesquisas realizadas. E destas, nenhuma se propôs a analisar o atraso da paciente na Paraíba, mesmo sendo um Estado que apresenta altos índices de incidência e mortalidade por câncer de mama, além de um grande percentual de mulheres que iniciam o tratamento com estadiamento avançado (ANDRADE *et al*, 2014; GRIRIANELLI, 2014; INCA, 2017). Dessa forma, considera-se importante avaliar quais fatores influenciam no atraso da paciente na busca pelo diagnóstico do câncer de mama.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

- Identificar os fatores que levam ao AP no diagnóstico e tratamento do CM, em pacientes no estado da Paraíba.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conhecer os fatores sócio- econômicos determinantes que provocam um atraso da procura da paciente pelo serviço de saúde.
- Quantificar os intervalos de tempo entre percepção do primeiro sintoma e a primeira consulta ao profissional de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo possui delineamento **analítico transversal** (PEREIRA, 2006), onde, a partir de formulários que foram aplicados às mulheres com Câncer de Mama dos Hospitais públicos de referência oncológica na Paraíba, buscou-se compreender quais os fatores (**exposição**) que levaram ou não ao atraso (**desfecho**) da paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama na Paraíba, considerando atraso o período > 60 dias entre a detecção dos sintomas e a primeira consulta ao profissional de saúde.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta foi realizada nos dois hospitais de referência para oncologia do Estado da Paraíba, sendo eles: o Hospital da FAP (Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba), em Campina Grande; e o Hospital Napoleão Laureano, localizado em João Pessoa.

### 4.3 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por mulheres que estavam realizando tratamento para o câncer de mama nos Hospitais da FAP-CG e Napoleão Laureano-JP, e que estavam presentes nos dias de realização da coleta.

Critérios de inclusão e exclusão:

Como critério de **inclusão**, foram selecionadas mulheres com CM, que estavam realizando tratamento nos hospitais selecionados para o estudo.

Destas, foram **excluídas**:

- as mulheres em tratamento de recidivas da doença, por acreditar que o intervalo de tempo entre o surgimento dos primeiros sintomas e da nova situação apresentada, poderiam contribuir para o surgimento de vieses de memória, podendo levar a efeitos negativos nos resultados da pesquisa;
- mulheres cujos prontuários apresentaram informações necessárias incompletas;
- mulheres que apresentaram déficit cognitivo que pudessem comprometer a coleta dos dados;

- mulheres que haviam recebido o diagnóstico de CM há mais de 3 anos, a fim de amenizar o viés de memória.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O presente estudo buscou analisar enquanto variável resposta, ou **variável dependente**: “*intervalo de tempo entre a detecção dos sinais/sintomas pela paciente e a busca pelo profissional de saúde*”. Como covariáveis ou **variáveis independentes**, temos as apresentadas no formulário aplicado (Apêndice A), relativas à: características demográficas e socioeconômicas; acesso da paciente aos serviços de saúde; atraso da paciente em relação ao diagnóstico e tratamento da doença e intervalos de tempo entre a percepção dos sintomas e a procura pelo profissional de saúde.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu através de dois procedimentos, sendo eles:

- 1-** Através da utilização da **técnica face a face** (LAKATOS; MARCONI, 2017), foi realizada a aplicação de um **formulário semiestruturado** (Apêndice A), onde pesquisadoras se dirigiram em dias alternados aos Hospitais selecionados para o estudo, especificamente nas alas de quimioterapia e radioterapia, para a aplicação dos mesmos.
- 2-** Posteriormente, foram coletados dados dos prontuários das pacientes selecionadas, a fim de preencher informações relativas ao estágio tumoral e o tipo de tumor, assim como, tornar informações relativas ao fluxo no sistema de saúde mais fidedignas possíveis.

#### 4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram tabulados em uma planilha no programa informático Excel® (versão 10; MICROSOFT, 2010) e, posteriormente, foram transferidos para o software SPSS™ (SPSS; empresa IBM; versão 24) para a realização da análise dos dados.

A análise foi realizada através do modelo de Regressão Logística nominal, onde foi obtido o *odds ratio* (OR) de cada variável analisada, considerando o intervalo de confiança de 95% e o p

valor  $\leq 0,05$ . De acordo com Rumel (1986), o *odds ratio* constitui-se enquanto uma medida de associação que permite analisar a relação de causalidade existente entre o fator de risco e o desfecho. Foi utilizado o teste de máxima verossimilhança para assegurar a veracidade dos resultados apresentados.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu os preceitos éticos em conformidade a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), foi realizada a manutenção do sigilo e assegurada a confidencialidade dos entrevistados. Obtendo assim o parecer de aprovação **CAAE: 63083816000005187**.

## 5 RESULTADOS

Artigo submetido para a revista Women & Health – Qualis A2 (Saúde Coletiva)

5.1 ARTIGO - Long travel distance for health care and poor adherence to breast cancer screening programs as predictors of patient delay

### ABSTRACT

The presence of a health service at patients' living place was identified as an important variable of patient delay (PD) in a population of North-eastern Brazil. Data of 103 breast cancer patients were obtained from medical records. Interviews were performed to obtain information of patient behaviour about the time before disease diagnosis. All patients detected the first breast cancer symptoms by themselves. On average, patients sought medical help 67.5 (s= 124.1) days after recognition of symptoms. Low and intermediate educational level increased PD by 1.22 (95% CI: 0.33-4.48) and 1.92 (95% CI: 0.53-7.00) times, respectively. Having no stable relationship increased PD by 2.04 (95%CI: 0.88-4.73) times, respectively. Patients without private health insurance were 1.90 (95%CI: 0.49-7.32) more likely of having increased PD, compared to women with private health insurance. Women, who never or rarely performed medical visits at their own living place, had 6.25 (0.76-51.33) increased chance of PD ( $p < 0.05$ ). Patients who had never performed mammography and CBE had 1.78 (0.57-5.53) and 1.47 (0.44-4.89) increased chance of PD. Low educational level, not having a stable relationship and not having a private health insurance increased PD. Not having a health service at patients' living place was the most prominent causal factor for PD among patients in this study. As patients' tumours were not discovered during medical exams, the negative association between adherence to prevention programs and PD points to additional attitudes of participating women that reduce treatment delay.

**Key- Words:** Breast cancer; treatment delay; patient delay

### INTRODUCTION

Changing lifestyle and longer life expectation have led to an increase in breast cancer incidence in developing countries, whereas incidence remained stable or even declined in most developed

countries (Torre et al., 2016). Latin American countries are characterized by high mortality-to-incidence ratios and the total number of deaths due to breast cancer was expected to double between 2008 and 2030 to 73,542 cases (Carioli et al., 2018; Justo et al., 2013). Furthermore, it was estimated that 30% to 40% of breast cancer patients in these countries are at advanced stages of the disease (III and IV; Justo et al., 2013). In Brazil, the largest Latin American country, 59,700 new cases were predicted for the year 2018 and breast cancer is currently contributing to 29.5% of all cancer cases among women (INCA, 2018). In southern regions of Brazil, including the country's largest urban centres, São Paulo and Rio de Janeiro, the incidence of breast cancer has remained stable. This is in contrast to the North-eastern region, where increased life expectancy and changing lifestyle have led to an increase of the disease between 2005 and 2018, from 27.23 to 63.98 new cases per 100,000 women (INCA, 2005; INCA, 2018). Additionally, from 1990 to 2011, breast cancer mortality rates declined in São Paulo and Rio de Janeiro, but increased significantly in states of the North-eastern region within the same 20-year time interval (Gonzaga et al., 2015).

Treatment delays are considered to be one of the main reasons for the high mortality-to-incidence ratios in developing countries (Unger-Saldaña, 2014). Previous studies have associated treatment delays with advanced stage of the disease and poor prognosis of breast cancer patients (Caplan, 2014; Williams, 2015). Literature generally refers on time intervals between recognition of symptoms and breast cancer treatment as treatment delay. Furthermore, treatment delay is subdivided into two main time intervals (Ramirez et al., 1999; Richards et al., 1999; Unger-Saldaña, 2014): System delay (SD) refers to the time interval between first medical visit and treatment initiation. Patient delay (PD) in contrast, refers to the time interval between recognition of breast cancer symptoms and first medical visit.

Low income, low educational level, no family history of breast cancer and no help from family members, are among the most cited variables associated with PD (Gueye et al., 2017; Memon et al., 2013; Ozmen et al., 2014; Pace et al., 2016; Sharma et al., 2012). Additionally, fear and poor knowledge about disease symptoms contribute to PD (Memon et al., 2013; Modley et al., 2018; Ozmen et al., 2014; Stamatovic et al., 2017). There are only few Brazilian studies about PD (Barros et al., 2013; Cavalcanti et al., 2012; Lourenço, 2010; Oshiro et al., 2014; Paiva and Cesse, 2015; Rezende et al., 2009). These studies did not clearly distinguish between PD, respectively SD and only two of them were performed in the North-eastern region of Brazil

(Cavalcanti et al., 2012; Paiva and Cesse, 2015). Studies also have not analysed the travel distance to the health service after recognition of symptoms, or the possible PD differences among women who sought first medical help in public or private health service centres after detection of symptoms. The Brazilian “Sistema Único de Saúde” (SUS) is a public health care system that provides free access to health facilities for all Brazilians. Additionally, about 25% of the Brazilian population has access to private health services, financed by individual health insurance (Malta et al., 2017; McGregor et al., 2017). This means that women who recognize symptoms have the option to seek first medical help in the public health service network or in a private health service.

Increasing incidence and mortality rates in the North-eastern region of Brazil underline the need to understand the reasons for PD. The present descriptive study aimed at identifying access barriers and socio-economic variables as causal factors for PD. The present study compared PD among women who sought first medical help in the public and private health service system. The impact of travel distance to health service centres on PD was also assessed. Furthermore, the study aimed at identifying underlying socio-economic variables that affect PD.

## **METHODS**

### ***Study population***

Patient data were obtained from two Brazilian cancer treatment referral centres: the *Napoleão Laureano* Hospital in João Pessoa and the *Fundação Assistencial da Paraíba* Hospital in Campina Grande. We refer to each as HNL and FAP, respectively. João Pessoa, the capital of the state of Paraíba, has about 800,000 inhabitants and is located on the state coast (IGBE, 2010). Campina Grande, with about 400,000 inhabitants, is the second largest urban centre in Paraíba and is located about 120 km away from the state capital in the inner state (IGBE, 2010). Paraíba has mixed-ethnic population of indigenous, African and European ancestry.

### ***Data sampling***

Data were collected between October 2016 and September 2018. Only patients who received treatment within this period in one of the two referral centres, FAP or HNL, were included in the study. Patients with disease recurrence and those with cognitive problems were excluded. Furthermore, the study did not include patients whose tumour was detected by clinical breast



exam (CBE), mammography screening or any other image producing technique. Only patients who recognized first symptoms of invasive breast tumour within the last three years were included in the study. No differences were observed among data obtained from patients treated at FAP or HNL. Clinical and histopathological data were obtained from medical records. Data about first medical consultation were also obtained from medical records.

A structured questionnaire was administered to patients under chemotherapy and radiotherapy treatment at both hospitals. Interviews were performed by one of the researchers. Patients were asked about prevention behaviour, socio-economic status including marital status, income, occupation status, and health insurance status, educational level, place and type of medical visits and year, respectively the month of recognition of first symptoms. Of 155 women with invasive breast cancer, 52 did not remember the date of first symptom recognition or were not sure about it, being then excluded from the study. Among the remaining 103 patients, time interval of 60 days between first symptom recognition and first medical visit was defined as PD.

Educational level was defined as follows: 1. Low: Illiterate or incomplete and complete elementary education of nine years of basic school education, respectively incomplete high school; 2. Intermediate: Complete high school of 12 years; 3. High: Any type of high school or college meant that the patient had more than 12 years of schooling or university education. Minimum wage and multiple values were used to characterize income. This is a popular and well-known method used to define economic level among low- and middle-class subjects. Minimum wage or less was defined as “low” income, whereas minimum wage multiples were defined as “high” income. The minimum wage in 2018 was R\$954,00 (US\$281.60 on 20 April 2018). Information regarding ethnic origin was obtained by self-report of participating women.

The Brazilian Ministry of Health recommends annual CBE for women aged 40 years or older. The Ministry of Health recommends biannual mammography for women aged 50-69 years, whereas the Brazilian Society of Mastology recommends annual mammography screening (MS) starting at 40 years of age (Urban et al., 2012; INCA, 2016). For healthy women aged 70 or older, regular MS is recommended (Urban et al., 2012; INCA, 2016). Biannual and annual mammography screening, respectively, annual performance of CBE, both were defined as regular (Table 1).

## **STATISTICAL ANALYSIS**

Data were tabulated in Excel® software (version 10; MICROSOFT, 2010) and all statistical analyses were performed with SPSS STATISTICS™ software (SPSS; IBM company; version 24). Nominal logistic regression results for each variable were presented as odd ratios (OR), 95% confidence interval (95%CI). Likelihood ratio test was applied to analyse significance level of each variable.

## RESULTS

A time interval of more than 60 days between recognition of symptoms and first medical visit was defined as PD in 33 (32.0%) cases. On average, the 103 patients sought for medical help 67.5 ( $s= 124.1$ ) after recognition of symptoms. Of all patients, 56 (54.4%) sought medical help within the first 30 days after recognition of symptoms. Time interval varied from 0 for those who immediately sought help to maximum of 943 days.

The mean age of study patients was 53.08 years ( $s= 11.54$ ). Of 103 patients, 40 (32.9%) and 63 (67.1%) aged < 50 years, respectively  $\geq$  50 years (Table 1). Of 102 patients, 45 (44.1%) and 55 (53.9%) were characterized as low educational level and low income (Table 1). Furthermore, 67 (66.3%) out of 101 and 88 (86.3%) out of 102 patients were unemployed, respectively, and had no private health insurance (Table 1). Of 103 patients, 62 (60.2%) had stable relationship. Regarding medical visits, 78 (76.5%) out of 102 patients informed never or rarely sought medical help at their own living place (Table 1). Of 102 patients, 46 (45.1%) never or rarely visited a basic health service unit (Table 1). Regarding adherence to screening programs, 36 (51.4%) and 35 (50.0%) out of 70 patients claimed to have performed regular mammography and clinical breast examination (Table 1).

Patients with low and intermediate educational level had 1.22 (95%CI: 0.33-4.48) and 1.92 (95%CI: 0.53-7.00) increased chance of PD, compared to women with high educational level (Table 1). Having no stable relationship increased the chance of PD by 2.04 (95%CI: 0.88-4.73) times, compared to women who live in a stable relationship (Table 1). Patients without private health insurance had 1.90 (95%CI: 0.49-7.32) increased chance of PD, compared to women with private health insurance (Table 1). Women who did not have medical visits at their living place had 6.25 (0.76-51.33) increased chance of PD compared to women who performed medical visits at their living place (Table 1). Women who rarely, never and sometimes visited a basic health service unit had 2.66 (95%CI: 0.96-7.36) and 2.76 (0.96-7.36) increased chance of PD, compared

to those with regular visits (Table 1). Of the 36 women who regularly visited a basic health service unit, two (5.6%) claimed to perform medical visits always at their own living place. Furthermore, patients who had never performed mammography and CBE had 1.78 (0.57-5.53) and 1.47 (0.44-4.89) increased chance of PD, compared to those who performed mammography regularly (Table 1).

Of 96 patients, 61 (63.5%) perceived nodules as first symptom of the disease (Table 2). Of 85 patients, 53 (62.4%) presented at advanced stage (III or IV) of the disease (Table 2). Of 88 patients, 55 (62.5%), respectively, 30 (34.1%), had tumours of histological grades 2 and 3 (Table 2). Statistical analysis did not indicate significant associations between PD and tumour stage or grade.

## **DISCUSSION**

More than 50% of patients in the present study sought medical help within the first 30 days after recognition of symptoms. This value is very similar to that of a previous study performed in the state of São Paulo, where 52.4% of women sought medical help within 30 days (Barros et al., 2013).

Present results indicated that low and intermediate educational level was associated with PD. This is in agreement with previous studies from Nigeria, Rwanda, Tunisia, Turkey, Libya, Pakistan, Colombia, Haiti, Brazil, and the USA, which also identified low educational level and poor literacy status as causal factors for PD (Barros et al., 2013; Black and Woods, 2012; Ceballos-García et al., 2011; Ermiah et al., 2012; Landolsi et al., 2010; Memon et al., 2013; Ozmen et al., 2014; Pace et al., 2016; Piñeros et al., 2009; Rezende et al., 2009; Sharma et al., 2013; Ukwenya et al., 2008).

Unlike educational level, low or high income was not associated with PD among patients of the present study and negative employment status increased the chance of PD only slightly. This is in contrast with previous studies from Colombia, Mexico, Senegal, Hong Kong and the USA, which identified low (Gueye et al., 2017; Piñeros et al., 2009; Unger-Saldaña et al., 2018; Yau et al., 2010) or high (Sheppard et al., 2013) income as decisive factor for PD.

Patients of the present study who did not live in a stable relationship are twice more likely of having increased chance of PD, compared to those who lived in a stable relationship. Studies performed in Pakistan, Malaysia, Mexico, the United Kingdom and the USA revealed

comparable findings (Fayanju et al., 2013; Ghazali et al., 2013; Memon et al., 2013; Quaife et al., 2014; Sheppard et al., 2013; Unger-Saldaña et al., 2018). Living in a stable relationship may increase self-care and breast cancer prevention behaviour of women (Unger-Saldaña et al., 2018).

Present results indicated that patients without private health insurance were at increased risk of PD. In agreement with this finding, previous studies performed in Colombia, Haiti, Tunisia, India and the USA, also revealed that high financial costs of treatment and not having a private health insurance were serious treatment barriers, finally leading to PD (Bodapati et al., 2013; Bourdeanu et al., 2013; Chintamani et al., 2011; Crowley et al., 2014; Landolsi et al., 2010; Piñeros et al., 2009; Sharma et al., 2013).

Patients of the present study were asked if they had performed medical visits for any type of disease before diagnosis of breast cancer, generally at their own living place, or somewhere else. Data analysis revealed that patients who had performed it rarely or never at their own living place were six times more likely of having increased chance of PD, if compared to those who had performed medical visits always at their own living place. Furthermore, of 36 patients who had regularly visited basic health service units, only two performed it at their own living place. This result points to the existence of access barrier for women to seek for medical help. Present data indicate that the lack of medical services at living place increased PD. Long distances to health care centers as important causal factor for PD was identified in studies conducted at low- and middle-income countries like Tunisia, Nigeria, Brazil, India and Thailand, but also the USA (Cavalcanti et al., 2012; Chintamani et al., 2011; Landolsi et al., 2010; Poum et al., 2014; Ukwenya et al., 2008; Vandergrift et al., 2013). Price and colleagues (2012) emphasized that long distance to health care centre is one of the most serious problems of treatment delay in developing countries.

Authors from Australia, Estonia, Colombia, Brazil, United Kingdom and the USA emphasized that performance of breast cancer screening reduced time intervals between tumour detection and treatment initiation (Beattie, 2009; Innos et al., 2013; Lim, 2011; Maly et al., 2011; Partridge et al., 2012; Piñeros et al., 2011; Rezende et al., 2009). In the present study, breast cancer was not detected during medical exams. Instead, women detected symptoms first by themselves and searched for medical help after recognition of symptoms. Furthermore, present data argued in favour of the scenario that regular visit to basic health service units, performance of

mammography and CBE were all associated with decreased chance of PD. The following should be highlighted: Tumours were not discovered by mammography and CBE, but women who performed them on a regular basis sought faster medical help as they had discovered symptoms. This indicated that women's prevention behaviour, was associated with other attitudes that favoured faster medical help seeking behaviour. A previous Brazilian study identified fear of breast cancer and poor knowledge of symptoms as variables that increased PD (Oshiro et al., 2014). This could indicate that women who adhere to screening programs also have better knowledge of symptoms, less fear of breast cancer and for these reasons are more likely to seek early medical help.

A limitation of the present study was that symptom recognition, attitudes and psychological factors like fear of disease, self-care and self-esteem were not analysed in detail. The impact of family history on women's behaviour was not analysed. Patients were asked about events in the past, before disease diagnosis. This may have caused a bias in recalling exact information. The low number of patients led to low data resolution. For this reason, regression modelling was not performed and it remains unclear which independent variables essentially contribute to PD.

## **CONCLUSIONS**

The results have indicated that low educational level, not living in a stable relationship and not having a private health insurance were variables that increased PD in the population from North-eastern Brazil. Furthermore, long distance to health care service was identified as the most important variable of PD. The findings of the present study are in agreement with international literature. Surprisingly, despite the fact that patient tumours were not detected during medical exams, women who had participated on a regular basis on screening programs had reduced PD, compared to women who have not. This points to additional important attitudes associated with women's screening behaviour that reduce PD. Future studies about PD in North-eastern Brazil should elucidate these underlying attitudes and psychological aspects in more detail.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

The authors would like to thank participating women and supporting staff from FAP and HNL hospitals.

## FUNDING

This work was funded by the Brazilian “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)”.

## REFERENCES

- Barros, F. A., G. Uemura, and J. L. S. Macedo. 2013. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 35 (10):458-463.
- Beattie, A. 2009. Detecting breast cancer in a general practice - Like finding needles in a haystack? *Australian Family Physician* 38 (12):1003-1006.
- Black, A. R., and Woods-Giscombé C. 2012. Applying the Stress and ‘Strength’ Hypothesis to Black Women’s Breast Cancer Screening Delays. *Stress Health* 28 (5):389-396.
- Bodapati, S. L., and G. R. Babu. 2013. Oncologist Perspectives on Breast Cancer Screening in India - Results from a Qualitative Study in Andhra Pradesh. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14 (10):5817-5823.
- Bourdeanu, L., T. Luu, N. Baker, S. Swain-Cabriales, C. T. Chung, J. Mortimer, A. Hurria, S. Helton, D. Smith, B. Ferrell, G. Juarez, and G. Somlo. 2013. Barriers to Treatment in Patients With Locally Advanced Breast Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 11 (10):1193-1198.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). 2010. <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=250400>. (accessed on 15<sup>th</sup> December, 2017)
- Caplan, L. 2014. Delay in Breast Cancer: Implications for Stage at Diagnosis and Survival. *Frontiers in Public Health* 2 (87):1-5. doi:10.3389/fpubh.2014.00087.
- Carioli, G. M., Malvezzi, T. Rodriguez, P. Bertuccio, E. Negri, and C. La Vecchia. 2018. Trends and predictions to 2020 in breast cancer mortality: Americas and Australasia. *Breast* 37:163-169. doi: 10.1016/j.breast.2017.12.004.
- Cavalcanti, L. P. G., P. S. F. Simões, M. R. R. Silva, and P. N. R. Galdino. 2012. Assistência em mastologia em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 58 (4):63-69.
- Ceballos-García, G. Y., and C. V. Giraldo-Mora. 2011. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichán* 11 (2):140-157.

Chintamani, A., Tuteja, R. Khandelwal, M. Tandon, R. Bamal, S. Jain, N. Narayan, S. Srinivas, and Y. Kumar. 2011. Patient and provider delays in breast cancer patients attending a tertiary care center: a prospective study. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2:76.

Crowley, M. M., M. E. McCoy, S. M. Bak, S. E. Caron, N. Y. Ko, L. A. Kachnic, F. Alvis, and T. A. Battaglia. 2014. Challenges in the Delivery of Quality Breast Cancer Care: Initiation of Adjuvant Hormone Therapy at an Urban Safety Net Hospital. *Journal of Oncology Pharmacy Practise* 2014; 10(2):e107-112.

Ermiah, E., F. Abdalla, A. Buhmeida, E. Larbesh, S. Pyrhönen, and Y. Collan. 2012. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer *BMC Research Notes* 21 (5):452.

Fayanju, O. M., D. B. Jeffe, L. Elmore, D. N. Ksiazek, and J. A. Margenthaler. 2013. Patient and Process Factors Associated with Late-Stage Breast Cancer Diagnosis in Safety-Net Patients: A Pilot Prospective Study. *Annals of Surgical Oncology* 20 (3):723-732.

Ghazali, S. M., Z. Othman, K. C. Cheong, L. K. Hock, W. Rozita, W. Mahiyuddin, M. A. Kamaluddin, A. F. Yusoff, and A. N. Mustafa. 2013. Non-Practice of Breast Self Examination and Marital Status are Associated with Delayed Presentation with Breast Cancer *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14 (2):1141-1145.

Gonzaga, C., M.R., R. Freitas-Junior, M. P. Curado, A. L. L. Sousa, J. A. Souza-Neto, and M. R. Souza. 2015. Temporal trends in female breast cancer mortality in Brazil and correlations with social inequalities: ecological time-series study. *BMC Public Health* 15:96. DOI 10.1186/s12889-015-1445-7

Gueye, M., S. M. K. Gueye, M. Diallo, O. Thiam, A. Mbodji, A. Diouf, K. Fall, Y. Toure, H. M. B. Daff, and J. C. Moreau. 2017. Sociodemographic Factors Associated with Delays in Breast Cancer. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 7: 455-463

Innos, K., P. Padrik, V. Valvere, E. Eelma, R. Ku□tner, J. Lehtsaar, and M. Tekkel. 2013. Identifying women at risk for delayed presentation of breast cancer: a cross-sectional study in Estonia. *BMC Public Health* 13:947.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2005. *Estimativa 2005: Incidência de câncer no Brasil*. <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/docs/portugal2005/estimativa%202005.pdf>. (accessed November 15<sup>th</sup>, 2018).

Instituto Nacional do Câncer. (INCA). 2016. *Brazilian guidelines for the screening of cervical cancer*. <http://www.inca.gov.br/>. (accessed November 15<sup>th</sup>, 2018).

Instituto Nacional do Câncer. (INCA). 2018. *Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil*. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>. (Accessed 22<sup>nd</sup> November 2018).

- Justo, N., N. Wilking, B. Jönsson, S. Luciani and E. Cazap. 2013. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *Oncologist* 18 (3):248-56. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0373.
- Landolsi, A., S. Gahbiche, R. Chaafii, I. Chabchoub, L. B. Fatma, M. Hochlef, O. Gharbi, and S. B. Ahmed. 2010. Reasons of diagnosis delay of breast cancer in Tunisian women (160 patients in central region of Tunisia). *Tunisian Medicine* 88 (12):894-897.
- Lim, J. N. W. 2011. Empirical Comparisons of Patient Delay and Help Seeking Models for Breast Cancer: Fitness of Models for Use and Generalisation. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 12 (6):1589-1595.
- Lourenço, A. V. 2010. Women cancer prevention and pharmaceutical contribution. *Brazilian Journal of Pharmacological Sciences* 46 (1):45-52.
- Malta, D. C., S. R. Stopa, C. A. Pereira, C. L. Szwarcwald, M. Oliveira, and A. C. Reis. 2017. Private Health Care Coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciência & Saúde Col* 22(1), 179-190. doi: 10.1590/1413-81232017221.16782015.
- Maly, R. C., B. Leak, C. M. Mojica, Y. Liu, A. L. Diamant, and A. Thind. 2011. What Influences Diagnostic Delay in Low-Income Women with Breast Cancer. *J Womens Health (Larchmt)* 20 (7):1017-1023.
- McGregor A. J., C. E. Siqueira, A. M. Zaslavsky, and R. J. Blendon RJ. 2017. Do elections matter for private-sector healthcare management in Brazil? An analysis of municipal health policy. *BMC Health Services Research* 17 (1):483-96. doi:10.1186/s12913-017-2427-5.
- Memon, Z. A., A. N. Shaikh, S. Rizwan, and M. B. Sardar. 2013. Reasons for Patient's Delay in Diagnosis of Breast Carcinoma in Pakistan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14 (12):7409- 7414.
- Moodley, M., L. Cairncross, T. Naiker, and D. Constant. 2018. From symptom discovery to treatment - women's pathways to breast cancer care: across-sectional study. *BMC Cancer* 18:312
- Oshiro, M. L., A. Bergmann, R. G. Silva, K. C. Costa, I. E. B. Travaim, G. B. Silva, and L. C. S. Thuler. 2014. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 60 (1):15-23.
- Ozmen, V., S. Boylu, E. Ok, N. Z. Canturk, V. Celik, M. Kapkac, S. Girgin, M. Tireli, E. Ihtiyar, O. Demircan, M. S. Baskan, A. Koyuncu, I. Tasdelen, E. Dumanli, F. Ozdener, and P. Zaborek. 2014. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *European Journal of Public Health* 25 (1):9-14.



- Pace, L. E., T. Empunga, V. Hategekimana, J. M. V. Dusengimana, H. Habineza, J. B. Bigirimana, C. Mutumbira, E. Mpanumusingo, J. P. Ngiruwera, N. Tapela, C. et al. 2015. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. *The Oncologist* 20:780–788
- Paiva, C. J. K., and E. A. P. Cesse. 2015. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Revista Brasileira de Cancerologia* 61 (1):23-30.
- Partridge, A. H., M. E. Hughes, R. A. Ottesen, Y. N. Y. N. Wong, and S. B. Edge, R. L. Theriault, D. W. Blaney, J. C. Niland, E. P. Winer, J. C. Weeks, et al. 2012. The Effect of Age on Delay in Diagnosis and Stage of Breast Cancer. *Oncologist* 17 (6):775-782.
- Piñeros, M., R. Sánchez, R. Cendales, F. Perry, and R. Ocampo. 2009. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mexicana* 51 (5):372-380.
- Piñeros, M., R. M. Sánchez, F. Perry, O. A. García, R. Ocampo, and R. Cendales. 2011. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica Mexicana* 53 (6):478-485.
- Poum, A., S. Promthet, S. W. Duffy, and M. D. Parkin. 2014. Factors Associated With Delayed Diagnosis of Breast Cancer in Northeast Thailand. *Journal of Epidemiology* 24 (2):102-108.
- Price, A. J., P. Ndom, E. Atenguena, J. P. M. Nouemssi, and R. W. Ryder. 2012. Cancer Care Challenges in Developing Countries. *Cancer* 118 (14):3627-3635.
- Quaife, S. L., L. J. L. Forbes, A. J. Ramirez, K. E. Brain, C. Donnelly, A. E. Simon, J. Wardle. 2014. Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. *British Journal of Cancer* 110 (1):12-18.
- Ramirez, A. J., A. M. A. M. Westcombe, C. C. Burgess, S. Sutton, P. Littlejohns and M. A. Richards. 1999. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353 (9159):1127-31.
- Rezende, M. C. R., H. A. Koch, J. A. Figueiredo, and L. C. S. Thuler. 2009. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 31(2): 75-81.
- Richards, M. A., A. M. Westcombe, S. B. Love, P. Littlejohns, A. J. Ramirez. 1999. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353 (9159): 1119–26.
- Sharma, K., A. Costas, R. Damuse, J. Hamilton-Pierre, J. Pyda, C. T. Ong, L. N. Shulman and J. G. Meara. 2013. The Haiti Breast Cancer Initiative: Initial Findings and Analysis of Barriers-to-Care Delaying Patient Presentation. *Journal of Oncology* 121873.

Sheppard, V. B., C. Isaacs, G. Luta, S. C. Willey, M. Boisvert, F. W. K. Harper, K. Smith, S. Horton, M. C. Liu, Y. and Jennings, et al. 2013. Narrowing Racial Gaps in Breast Cancer Chemotherapy Initiation: The Role of the Patient-Provider Relationship. *Breast Cancer Research and Treatment* 139 (1):207-216.

Stamatovic, L. J. A., S. A. Vasovic, J. B. Trifunovic, N. C. Boskov, Z. D. Gajic, A. E. Parezanovic, M. F. Icevic, A. G. Cirkovic and N. G. Milic NG. 2018. Factors influencing time to seeking medical advice and onset of treatment in women who are diagnosed with breast cancer in Serbia. *Psychooncology* 27 (2):576-582. doi: 10.1002/pon.4551.

Torre, L. A., R. L. Siegel, E. M. Ward, and A. Jemal. 2016. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 25 (1):16-27. doi: 10.1158/1055-9965.

Ukwenya, A. Y., L. M. D. Yusufu, P. T. Nmadu, E. S. Garbaa, and A. Ahmed. 2008. Delayed treatment of symptomatic breast cancer: The experience from Kaduna, Nigeria. *South African Journal of Surgery* 46 (4):106-110.

Unger-Saldaña, K. 2014. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World Journal of Clinical Oncology* 5 (3):465-477. doi:10.5306/wjco.v5.i3.465.

Unger-Saldaña, K., D. Ventosa-Santaulària, A. Mirnada, and G. Verduzco-Busto. 2018. Barriers and explanatory mechanisms of delays in the patient and diagnosis intervals of care for breast cancer in Mexico. *Oncologist*, 23 (4):440-453. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0431.

Urban, L. A. B. D., L. F. Chala, S. P. Bauab, M. B. Schaefer, R. P. Santos, N. M. A. Maranhão, A. L. Kefalas, J. M. Kalaf, C. A. P. Ferreira, E. O. Canella, et al. 2012. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiologia Brasileira* 45:6.

Vandergrift, J. L., J. C. Niland, R. L. Theriault, S. B. Edge, Y. N. Wong, L. S. Loftus, T. M. Breslin, C. A. Hudis, S. H. Javid, H. S. Rugo, et al. 2013. Time to Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer in National Comprehensive Cancer Network Institutions. *Journal of the National Cancer Institute* 105 (24):1912.

Williams, F. 2015. Assessment of Breast Cancer Treatment Delay Impact on Prognosis and Survival: a Look at the Evidence from Systematic Analysis of the Literature. A Pilot Study. *Journal of Cancer Biology and Research* 3(4):1071.

Yau, T. K., C. W. Choi, E. Ng, R. Yeung, I. S. Soong, and A. W. M. Lee. 2010. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer center. *Hong Kong Medical Journal* 16 (5):373-377.

**Table 1.** Chance of delay, defined as first medical visit of > 60 days after recognition of symptoms, expressed as odds ratio (OR) and confidence intervals (95%CI), for each variable.

<b>Variable</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (95%CI)</b>
<b>Age (N= 103)</b>		
≥ 60 years	30 (32.3%)	Ref.
50 - 59 years	33 (34.8%)	0.87 (0.30-4.83)
40 - 49 years	27 (22.6%)	0.84 (0.27-2.59)
< 40 years	13 (10.3%)	1.25 (0.32-4.83)
<b>Education level (N= 102)</b>		
High	16 (15.7%)	Ref.
Intermediate	41 (40.2%)	1.92 (0.53-7.00)
Low	45 (44.1%)	1.22 (0.33-4.48)
<b>Income (N= 102)</b>		
High	21 (20.6%)	Ref.
Middle	26 (25.5%)	1.47 (0.44-4.85)
Low	55 (53.9%)	0.75 (0.25-2.22)
<b>Occupation status (N= 101)</b>		

Employed	34 (33.7%)	Ref.
Unemployed	67 (66.3%)	1.26 (0.51-3.07)
<b>Stable relationship (N= 103)</b>		
Yes	62 (60.2%)	Ref.
No	41 (39.8%)	2.04 (0.88-4.73)
<b>Private Health Insurance (N= 102)</b>		
Yes	14 (13.7%)	Ref.
No	88 (86.3%)	1.90 (0.49-7.32)
<b>Religion (N= 102)</b>		
Protestant	30 (29.4%)	Ref.
Catholic	72 (70.6%)	1.46 (0.57-3.76)
<b>Medical visits at living place* (N= 102)</b>		
Always	11 (10.8%)	Ref.
Sometimes	13 (12.7%)	1.82 (0.14-23.25)
Rarely/never	78 (76.5%)	6.25 (0.76-51.33)
<b>Visit to basic health service unit (N= 102)</b>		
Regular <sup>2</sup>	36 (35.3%)	Ref.
Sometimes	20 (19.6%)	2.76 (0.96-7.36)

Rarely/Never	46 (45.1%)	2.66 (0.96-7.36)
<b>Performance of mammography (N= 70)</b>		
Regular <sup>1</sup>	36 (51.4%)	Ref.
Sometimes	4 (5.7%)	4.14 (0.49-34.75)
Never	30 (42.9%)	1.78 (0.57-5.53)
<b>Performance of CBE (N= 70)</b>		
Regular <sup>2</sup>	35 (50.0%)	Ref.
Sometimes	9 (12.9%)	2.00 (0.40-10.05)
Never	26 (37.1%)	1.47 (0.44-4.89)

\*p< 0.05; <sup>1</sup>Each year or each second year; <sup>2</sup>Each year

**Table 2.** Clinical and histopathological characteristics of breast cancer patients (N= 103).

<b>Variable</b>	<b>N (%)</b>
<b>Perceived symptoms before diagnosis</b>	
Nodule	61 (63.5%)
Nodule and other symptoms	18 (18.8%)
Other symptoms <sup>1</sup>	17 (17.7%)

Missing	7
<b>TNM</b>	
I	4 (4.7%)
II	28 (32.9%)
III	38 (44.7%)
IV	15 (17.7%)
Missing	18
<b>Histological Grade</b>	
I	3 (3.4%)
II	55 (62.5%)
III	30 (34.1%)
Missing	15

<sup>1</sup>Pulmonary haemorrhage, clear fluid; breast depression; swollen breast with areolar retraction; painful breast abscess; inverted areola, inflamed breast; breast pain; breast regurgitation; "burning sensation"; phlogistic signs in left breast; mammary protuberance; breast crease.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais da metade das pacientes procuraram um profissional de saúde nos primeiros trinta dias após o reconhecimento dos sintomas. Em relação aos fatores que contribuem para o atraso da paciente, os resultados indicaram que variáveis socioeconômicas como nível educacional baixo e médio, não estar trabalhando e não viver em um relacionamento estável aumentaram as chances do atraso.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde, pacientes que nunca ou raramente realizavam consultas no lugar de residência tinham seis vezes mais chances de ter atraso do que as que realizavam, resultados semelhantes aos encontrados na literatura, e que aponta para a existência de uma barreira de acesso à essas mulheres. Apesar de nenhuma das detecções do presente estudo ter ocorrido através de consultas aos profissionais de saúde, mulheres que realizavam visita regular às UBS e que realizavam exames de rastreamento como mamografia e exame clínico das mamas diminuíram as chances do atraso, demonstrando que o comportamento de prevenção das mulheres está associado a um comportamento mais rápido de procura pelo diagnóstico. Isso pode indicar que mulheres que aderem aos programas de rastreamento possuem melhor conhecimento dos sintomas e menos medo da doença, características já apresentadas pela literatura como influentes no processo de atraso da paciente.

Essa pesquisa traz contribuições importantes para o estudo do atraso da paciente na Paraíba, por ser uma análise inédita da temática na região. Porém, dentre as limitações do estudo, apresentam-se o fato de não ter analisado as questões psicológicas e de informação com maior precisão. E o fato de algumas questões exigirem recordação de eventos passados, como por exemplo a variável dependente que questiona o dia da percepção dos sintomas e o dia da procura ao profissional de saúde após essa detecção, que pode ter suscitado em vieses de memória, comprometendo os dados. Uma das consequências dessa limitação, foi a diminuição do N amostral, onde foram coletados 155 pacientes e apenas 103 sabiam informar as datas questionadas. Por esse motivo, a modelagem ajustada da regressão não foi realizada, impedindo estabelecer uma relação mais precisa entre as variáveis. Assim, surge a necessidade de novos estudos na área que possam suprir essas limitações, especialmente no tocante ao aumento da amostra, a elucidação de aspectos psicológicos e a compreensão do que está por trás do comportamento preventivo das mulheres, a fim de oferecer novos encaminhamentos para a temática em questão.

## **7 MEMORIAL DESCRITIVO**

Em 2016 conquistei o título de bacharela em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e em 2017 ingressei no Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Dentre as coisas em comum, apresentadas por ambos os cursos, considero a mais importante: Olhar com sensibilidade para o outro, e buscar mecanismos para amenizar seu sofrimento.



Durante a graduação, participei de trabalhos voltados para a Psicologia da Saúde, como: “A redução de danos no processo de reabilitação de pacientes dependentes de álcool” e a “Formação acadêmica em psicologia e os desafios da prática profissional no contexto da saúde pública”. Também busquei cursos de aperfeiçoamento dentro da área de saúde, como: “Envelhecimento e atenção integral à saúde do idoso”, “Abordagem interdisciplinar ao usuário do crack e seus familiares”, “Violência e abusos: Prevenção e Intervenção”, todos ofertados pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Enquanto projeto de extensão, em 2014 participei do projeto Doutores da Brincadeira, coordenado pelo psicólogo Eugênio Araújo, em parceria com a Pro-Reitoria para assuntos comunitários (PRAC) da UFCG, o projeto visava a oferta de suporte lúdico a crianças internadas nos hospitais públicos da cidade de Campina Grande - PB. Em 2015 participei Projeto de Extensão Sentido de Vida e Trabalho (PROEX-SVT), sob coordenação do professor Pablo de Aquino, pela UFCG, que tinha como objetivo analisar a qualidade de vida dos profissionais que atuavam no Hospital Universitário (HU) de Campina Grande - PB.

O contato com a saúde pública, especificamente, a temática do Câncer de Mama, surgiu após uma aproximação maior com os trabalhos já construídos pelo professor Mathias, que me impulsionou a me especializar nesse campo. Após tornar-me discente do programa, comecei a participar do grupo de estudo: “Epidemiologia e Genética do Câncer”, onde conquistei a oportunidade de me aprofundar na temática em questão, e me engrandecer enquanto profissional e ser humano. Durante esse processo, construímos diversos trabalhos para apresentações em congressos nacionais e internacionais, onde pudemos divulgar um pouco dos achados científicos encontrados.

É importante considerar que o presente trabalho, intitulado “Atraso da Paciente no Diagnóstico do Câncer de Mama” deve ser visto sob um enfoque de compreensão e busca de análise dos mecanismos que estão por trás do comportamento dessas mulheres. Dessa forma, é preciso cautela para não fomentar um processo de culpabilização destas, uma vez que há toda uma estrutura psicossocial envolta à esse comportamento.

Finalizando, gostaria de mais uma vez demonstrar a minha gratidão ao apoio fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), que mesmo em dias difíceis, buscam incentivar a pesquisa gratuita e de qualidade no país.

## REFERÊNCIAS

ACS. Cancer facts & figures 2019. **Atlanta**: American Cancer Society. 2019.

ATTARI, S. *et al.* Study of Relationship Illness Perception and Delay in Seeking Help for Breast Cancer Patients Based on Leventhal's Self-Regulation Model. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. v.17, 2016.

BARROS, A.F., UEMURA, G., MACEDO, J.L.S. Tempo Para Acesso ao Tratamento do Câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n.10, p. 458-463, 2013.

BOURDEANU, L., et al. Barriers to Treatment in Patients With Locally Advanced Breast Cancer. **J Natl Compr Canc Netw**. v.11, n.10, p.1193-1198, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Ciência e Tecnologia**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva, Departamento de apoio à descentralização**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Lei dos 60 dias para tratamento do câncer [internet]. Brasília: **Ministério da Saúde, Portal da Saúde**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm)>, Acessado em: 20 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: **Editores do Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. Objetivos do Milênio. Visto em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/agenda/>>. Acesso em 3 de março de 2019.

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Ca: A Cancer Journal for Clinicians**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.394-424, 12 set. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>.

BUSTAMI, R.T. *et al.* Variations in time to receiving first surgical treatment for breast cancer as a function of racial/ethnic background: a cohort study. **JRSM Open**. v.5, n.7, 2014. doi: 10.1177/2042533313515863.

CAPLAN, L. Delay in Breast Cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. **Front Public Health**. v.2, p.87, 2014. doi: 10.3389/fpubh.2014.00087.

CEBALLOS-GARCÍA, G., GIRALDO-MORA, C. "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. **Aquichán**. v.11, n.2, p.140-157, 2011.

ERMIAH, E., et al. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. **BMC Res Notes**. v.2, n.5, p.452, 2012. doi: 10.1186/1756-0500-5-452.

FAYANJU, O. *et al.* Patient and Process Factors Associated with Late-Stage Breast Cancer Diagnosis in Safety-Net Patients: A Pilot Prospective Study. **Ann Surg Oncol**. v.20, n.3, p.723-732, 2013. doi: 10.1245/s10434-012-2558-1.

FERLAY, J. *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **International Journal of Cancer**. 6 dez. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.31937>.

FOTHERGILL, A. Knowledge transfer between researchers and practitioners. **Natural Hazards Review**. v.1, p. 91-98. 2000.

FREITAS, A., WELLER, M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. **Ciênc & Saúde Col**. v.20, n.10, p.3177-89, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19692014>.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n.8, p.1673-1684, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145214>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2019. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

KHAN, A. *et al.* Patient self delay among women with breast cancer. **J Ayub Med Coll Abbot tabad**. v.30, n.4, p.558-561, 2018.

KHAN, M. A. *et al.* Presentation Delay in Breast Cancer Patients, Identifying the Barriers in North Pakistan. **Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.377-380, 4 fev. 2015. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention. <http://dx.doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.1.377>.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. 7 ed. – SP: **Atlas**, 2010.

LOURENÇO, A. V. Women cancer prevention and pharmaceutical contribution. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, [s.l.], v. 46, n. 1, p.45-52, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-82502010000100006>.

LOPES, T.C.R. *et al.* Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. **Asian Pac J Cancer Prev**. v.18, n.11, p.3017-23, 2017. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.11.3017.

MAGHOUS, A. *et al.* Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan womem. **BMC Cancer**. v.16, n.356, 2016. doi:10.1186/s12885-016-2394-y.

MALY, R. C. *et al.* What Influences Diagnostic Delay in Low-Income Women with Breast Cancer? **Journal Of Women's Health**, [s.l.], v. 20, n. 7, p.1017-1023, jul. 2011. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2105>.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.1269-1282, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00048514>.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.185-190, jun. 2003. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302003000200039>.

NINDREA, R.D.; ARYANDONO, T.; LAZUARDI, L. Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast Asia: a meta-analysis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 18, n. 12, p. 3201-3206, 2017. doi: [10.22034/APJCP.2017.18.12.3201](http://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.12.3201).

NUNES, B.A.P. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. **Rev. Bras Mastologia**. v.22, n.4, p. 117-123. 2012.

OSHIRO, M.; KAMIZATO, M. Patients' help-seeking experiences and delaying in breast cancer diagnosis: A qualitative study. **Japan Journal Of Nursing Science**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.67-76, 23 maio 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12173>.

OSHIRO, M.L. *et al.* Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Cancerol**. v.60, n.1, p.15-23, 2014.

OZMEN, V. *et al.* Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. **The European Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.9-14, 5 ago. 2014. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku086>.

PAIVA, C.J.K., CESSE, E.A.P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Rev. Bras. de Cancerol**. v.61, n.1, p.23-30, 2015.

- PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006.
- PORTER, P. “Westernizing” Women's Risks? Breast Cancer in Lower-Income Countries. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 358, n. 3, p.213-216, 17 jan. 2008. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp0708307>.
- REZENDE, M.C.R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Rev bras ginecol obstet**. v. 31, n.2, p.75-81, 2009.
- RICHARDS, M.A., et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **Lancet**. v. 353, p.1119–26, 1999.
- RUMEL, D. “Odds ratio”: algumas considerações. **Rev. Saúde Pública**. v. 20, v. 3. São Paulo. 1986.
- SOUZA, C. B. *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p.3805-3816, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.00422015>.
- SHEPPARD, V. B. *et al.* Narrowing racial gaps in breast cancer chemotherapy initiation: the role of the patient–provider relationship. **Breast Cancer Research And Treatment**, [s.l.], v. 139, n. 1, p.207-216, 16 abr. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-013-2520-3>.
- TAIB, N.; YIP, C.; LOW, W. Recognizing Symptoms of Breast Cancer as a Reason for Delayed Presentation in Asian Women - The Psycho-sociocultural Model for Breast Symptom Appraisal: Opportunities for Intervention. **Asian Pacific J Cancer Prev**. v.12, n.6, p.1601-1608, 2011.
- THERNEAU, T. M.; GRAMBSCH, P. M. Modeling survival data: extending the Cox model. **Springer**, 2000.
- TORRE, L. *et al.* Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends–An Update. v.25, n.1, p.16-27, 2016. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578.
- TRALDI, M. C. *et al.* Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.185-191, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020026>.
- TRAMONTE, M.S. *et al.* Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. **Rev. Med**. v.49, n.5, p.451-62, 2016.
- TRUFELLI, D. C. *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 54, n. 1, p.72-76, fev. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302008000100024>.

UNGER-SALDAÑA, K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World J Clin Oncol**. v.5, p. 465-77, 2014. doi:10.5306/wjco.v5.i3.465.

UNGER-SALDAÑA, K. *et al*. Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico. **The Oncologist**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.440-453, 28 dez. 2017. Alphamed Press. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0431>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Cancer. 2018. Disponível em:  
<<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 30 fev. 2019.

WHO. SCHNITT, S.J.; LAKHANI, S.R. Breast câncer. In: STEWART, B. and WILD, C.P. (ed.), International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report** 2014, World Health Organization. p.362-73, 2014. Disponível em:  
<<http://governance.iarc.fr/SC/SC50/Biennial%20Report%202012-2013.pdf>>. Acesso em 16 de março de 2019.

# APÊNDICE

**Apêndice A- Formulário**



APÊNDICE 1: Formulário de avaliação do atraso do paciente ao buscar o serviço para tratamento 38																																																	
Seção 1: Informações Demográficas e Socioeconômicas																																																	
<p>1. Nome: _____</p> <p>2. Município onde mora: _____ 3. Idade: _____ anos</p> <p>4. Origem étnica declarada: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena</p> <p>5. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior/ pós-graduado</p> <p>6. Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada</p> <p>7. Qual a sua religião? _____</p> <p>8. Você recebe algum auxílio financeiro governamental?  <input type="checkbox"/> Sim, Qual auxílio? _____ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Você trabalha? <input type="checkbox"/> Sim, Qual a sua ocupação? _____ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10. Renda familiar média (salários mínimos): ( ) nenhum salário ( ) meio salário mínimo ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) Mais de 10</p>																																																	
Seção 2: Informações Sobre o Acesso aos serviços de saúde																																																	
<p>1. Você tem plano de saúde privado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Antes do diagnóstico de câncer de mama, você tinha acesso aos serviços de saúde?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Os serviços de saúde que tinha/tem acesso é em sua maioria:  <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p>4. Com que frequência você utiliza os seguintes serviços de saúde:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Frequência</th> <th>Nunca</th> <th>Raramente</th> <th>Às vezes</th> <th>Frequentemente</th> <th>Sempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unidade Básica de Saúde</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consultório particular na mesma cidade</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consultório particular em outra cidade</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pronto socorro ou emergência</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laboratório para fazer exames</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outro serviço:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Unidade Básica de Saúde						Hospital						Consultório particular na mesma cidade						Consultório particular em outra cidade						Pronto socorro ou emergência						Laboratório para fazer exames						Outro serviço:					
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre																																												
Unidade Básica de Saúde																																																	
Hospital																																																	
Consultório particular na mesma cidade																																																	
Consultório particular em outra cidade																																																	
Pronto socorro ou emergência																																																	
Laboratório para fazer exames																																																	
Outro serviço:																																																	
Seção 3: Informações Relacionadas ao intervalo de tempo do 1º Sintoma ao Procura de um Profissional de Saúde																																																	
<p>1. Antes de ter câncer de mama, você sabia reconhecer os sintomas indicativos da doença?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																																																	

2. Fazia exames para detecção precoce?  Sim  Não, por quê?

3. Se sim na questão anterior, com que frequência você realizava os exames a seguir:

Frequência \ Exames	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Autoexame da mama					
Exame clínico da mama					
Mamografia					

4. Você apresentou algum sintoma antes do diagnóstico?  Sim  Não, pular para questão 6.

5. Qual(ais) o(s) primeiro(s) sintoma(s) observado(s)?

6. Quem primeiro percebeu as alterações mamárias?

Observador	Você		Médico			Outro. Quem?			
	Após a percepção do sintoma procurou um profissional de saúde?	Sim	Não	Onde ocorreu essa consulta?	Data da consulta:	Onde isso aconteceu?			
Questionamentos pertinentes ao observador	Se não, o que levou a não procurar?			Era uma consulta de rotina ou de triagem pra o câncer de mama?	Rotina	Triagem	Após essa detecção você procurou um especialista?	Sim	Não
	Data em que percebeu os 1º sintomas:			Esse profissional:	Encaminhou ou a uma unidade de referência	Solicitou exames para confirmar o diagnóstico (questão 7 e 8)	Tive que procurar outros profissionais para ter o diagnóstico	Data da consulta com o especialista:	
	Data da 1ª consulta:								

7. Se sim na questão anterior, Onde os exames foram realizados e quem custeou?

- Em uma clínica particular conveniada ao seu plano de saúde.  Em uma clínica particular, com meus próprios recursos.
- Em uma clínica particular conveniada ao SUS.  No hospital onde faço tratamento.
- Outro.  Outro.

8. Origem do encaminhamento:  Em uma clínica particular conveniada ao SUS.
- Unidade Básica de Saúde
- Em uma clínica particular conveniada ao seu plano de saúde.
- Em uma clínica particular, com meus próprios recursos.
- Outro

## Seção 4: Informações Relacionadas ao acesso à unidade de referência

1. O transporte utilizado para chegar ao hospital é:  Transporte Público  
 Transporte Particular  Transporte Clandestino (lotação)  Transporte da prefeitura, pular questão 3.
2. Qual o custo que você tem com o transporte para chegar ao hospital?  
 \_\_\_\_\_
3. Se transporte da prefeitura, houve algum atraso no tempo de agendamento desse transporte até utilizá-lo?  
 Sim, qual o tempo desse atraso? \_\_\_\_\_  Não
4. Durante o tempo de tratamento você teve gastos com a alimentação?  
 Sim, qual o valor gasto? \_\_\_\_\_  Não
5. Quando você vem à unidade hospitalar traz algum acompanhante?  
 Sim, Quem é seu acompanhante? \_\_\_\_\_  Não
6. Você já perdeu alguma consulta agendada?  
 Sim, por quê? \_\_\_\_\_  Não
7. Você deixou de realizar algum exame diagnóstico recomendado?  
 Sim, por quê? \_\_\_\_\_  Não
8. Foi realizado algum exame no serviço privado?  Sim. Qual? \_\_\_\_\_  Não
9. Se sim na questão anterior, qual o custo do exame realizado no setor privado?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# **ANEXO**

## Anexo 1- Termos para consentimento de coleta das Instituições



**Fundação Assistencial da Paraíba - FAP**  
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó  
CNPJ: 08.841.421/0001-57 - CEP 58.429-350  
Campina Grande - PB - Telefone: (83) 2102-0300  
e-mail: presidencia@hospitaldafap.org.br

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: **“ANÁLISE DO ATRASO DO PACIENTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA”**. Sob a orientação do Prof<sup>o</sup>. Mathias Weller, a ser desenvolvida pela orientanda Milena Edite Case de Oliveira, ambos da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – o orientador será responsável pela orientanda, caso contrário o primeiro não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 26 de junho de 2017.

  
**PROF<sup>o</sup> HELDER MACEDO RODRIGUES**

Presidente da FAP/Coordenador do NEPE/FAP

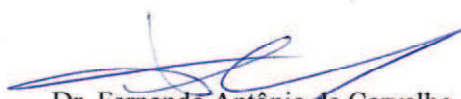
Helder Macedo Rodrigues  
CRA/PB 2167  
CPF: 485.692.834-15  
Presidente FAP



**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL/CARTA DE ANUÊNCIA**

Avaliamos o Projeto de Pesquisa “ANÁLISE DO ATRASO DO PACIENTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA”, e, em nossa avaliação, o Hospital Napoleão Laureano poderá participar como instituição colaboradora do referido projeto. Ressaltamos ainda, que é da responsabilidade do pesquisador todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após a conclusão da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para a instituição.

João Pessoa, 12 de junho de 2017.



Dr. Fernando Antônio de Carvalho  
Diretor Técnico do HNL

## Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO ATRASO DO PACIENTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

**Pesquisador:** Mathias Weller

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 63083816.0.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.201.826

#### Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado: ANÁLISE DO ATRASO DO PACIENTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para Análise e parecer com fins de elaboração da dissertação da Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, das mestrandas Táciela Thamires de Melo Santos e Milena Edite Case de Oliveira, sob a orientação do Professor Dr. Mathias Weller. O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica analítica do tipo transversal, já aprovado em sua primeira apresentação na data de 12 de dezembro de 2016 foi reapresentado através de emenda ao projeto para inclusão de um segundo local de pesquisa, identificado com Hospital Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa-PB.

#### Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: Identificar o atraso do paciente e do sistema de saúde no tratamento do câncer de mama.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os indivíduos que aceitarem participar desta pesquisa poderão ser submetidos a riscos mínimos e transitórios, como o psicológico relacionado ao estresse emocional de recordar momentos marcantes desde o diagnóstico da neoplasia mamária ao tratamento e as dificuldades encontradas nos serviços de saúde durante o percurso na busca por tratamento, de desconforto pelo tempo

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.201.826

exigido para realização da entrevista e o risco de constrangimento, pois o formulário contém questionamentos das dificuldades sócio-econômicas do paciente que pode ter influenciado no seu atraso na busca do serviço de tratamento. Nenhum procedimento na coleta de dados oferecerá risco à dignidade dos pacientes entrevistados. A pesquisa obedecerá aos critérios éticos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ao participar desta pesquisa a entrevistada não terá nenhum benefício direto, mas a mesma estará contribuindo com a identificação dos aspectos que cooperam para seu atraso na busca do tratamento para o câncer de mama e dos fatores ligados aos serviços de saúde que colaboram para esse atraso, desta forma buscaremos divulgar os resultados obtidos para o hospital onde será realizada a pesquisa e para a secretaria de saúde e proporemos alternativas para reduzir as causas dos atrasos identificados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos encontram-se devidamente anexados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O referido estudo apresenta relevância social a toda comunidade paraibana, bem como, contribui cientificamente para produção de novas literaturas a cerca do tema.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_973076 E2.pdf	04/08/2017 11:09:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	14/12/2016 17:37:22	Mathias Weller	Aceito

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.201.826

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf	14/12/2016 17:31:37	Mathias Weller	Aceito
Folha de Rosto	comite.pdf	14/12/2016 17:15:46	Mathias Weller	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 04 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**Marconi do Ó Catão**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

### **Anexo 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: Análise do atraso do paciente e do sistema de saúde no tratamento do câncer de mama.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho: Análise do atraso do paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama terá como objetivo geral: Identificar o atraso do paciente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Ao voluntário só caberá a autorização para coleta dos dados esses serão coletados de duas formas: A primeira através de uma entrevista e a segunda através de uma pesquisa no prontuário do usuário. A primeira fase trata-se de uma entrevista semiestruturada, que será realizada pela pesquisadora seguindo o horário de atendimento da unidade, com técnica face a face, que tem por objetivo coletar dados referentes às dificuldades pessoais do entrevistado na sua trajetória na busca por tratamento contra o câncer de mama. A segunda fase trata-se de uma busca documental, com análise no prontuário do usuário para o levantamento do histórico do seu tratamento e os dados clinico- histopatológicos.

Os indivíduos que aceitarem participar desta pesquisa poderão ser submetidos a riscos mínimos e transitórios, como o psicológico relacionado ao estresse emocional de recordar momentos marcantes desde o diagnóstico da neoplasia mamária ao tratamento e as dificuldades encontradas nos serviços de saúde durante o percurso na busca por tratamento, de desconforto pelo tempo exigido para realização da entrevista e o risco de constrangimento, pois o formulário contém questionamentos das dificuldades socioeconômicas do paciente que pode ter influenciado no seu atraso na busca do serviço de tratamento.

Ao participar desta pesquisa o entrevistado não terá nenhum benefício direto, mas o mesmo estará contribuindo com a identificação dos aspectos que cooperam para seu atraso na busca do tratamento para o câncer de mama e dos fatores ligados aos serviços de saúde que colaboram para esse atraso, desta forma buscaremos divulgar os resultados obtidos para o hospital onde será realizada a pesquisa e para a secretaria de saúde e propor alternativas para reduzir as causas dos atrasos identificados.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
  
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
  
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
  
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
  
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 9-9941-8090**, com **Mathias Weller**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

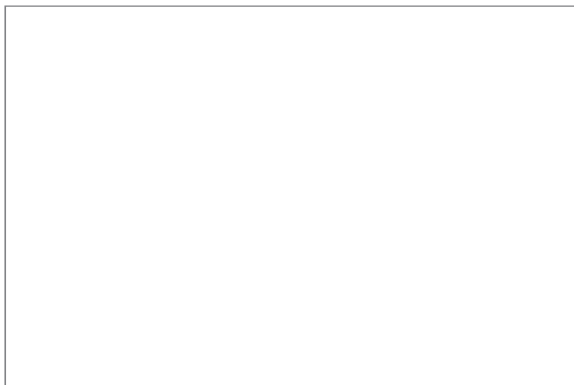
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).