GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ASPECTOS DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ASSOCIADOS AO ESTADIAMENTO AVANÇADO

TATIANE BOARETTO CONSTÂNCIO
Orientadora: Profª. Drª. Ângela Ferreira Barros
Coorientadora: Profª. Drª. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF
2018

TATIANE BOARETTO CONSTÂNCIO

ASPECTOS DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ASSOCIADOS AO ESTADIAMENTO AVANÇADO

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher.

Orientadora: Profª. Drª. Ângela Ferreira Barros
Coorientadora: Profª. Drª. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF
2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Boaretto Constancio, Tatiane
BC757a ASPECTOS DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ASSOCIADOS AO ESTADIAMENTO AVANÇADO / Tatiane Boaretto Constancio; orientador Ângela Ferreira Barros; coorientador Leila Bernarda Donato Gottems. -- Brasília, 2018.
46 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2018.

1. Neoplasias da Mama. 2. Registros Hospitalares. 3. Estadiamento de neoplasias. 4. Tempo para o tratamento. I. Ferreira Barros, Ângela , orient. II. Bernarda Donato Gottems, Leila, coorient. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Tatiane Boaretto Constâncio

"Aspectos do atendimento às mulheres com câncer de mama associados ao estadiamento avançado

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 07/05/2018*.

Prof.(a). Dr.(a). Ângela Ferreira Barros
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Gislane Ferreira de Melo
Universidade Católica de Brasília (UCB)
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 07/05/2018*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS 6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 7
RESUMO 8
1 INTRODUÇÃO 9
1.1 Câncer de mama 9
1.2 Estadiamento e tempo para o tratamento do câncer de mama 9
1.3 Registros Hospitalares de Câncer 11
1.4 Ações públicas para o combate ao câncer de mama 12
2 OBJETIVO 13
3 PRODUTO 13
4 REFERÊNCIAS 14
5 ARTIGO ORIGINAL 18
5.1 Ficha identificação 18
5.2 Resumo e abstract 19
5.3 Introdução 20
5.4 Método 21
5.5 Resultados 22
5.6 Discussão 25
5.7 Conclusão 27
5.8 Referências 27
APÊNDICE 31
Apêndice I – Relatório para o gestor 31
Capa 31
Introdução 32
Resultados e Discussão 32
Conclusão 37
Referências 38
ANEXOS 41
Anexo I – Ficha de registro de tumor 41
Anexo II - Comprovante de submissão do artigo a revista "Cadernos de Saúde Pública" 43
Anexo III – Parecer de aprovação do CEP 44

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010 e registradas no Registro Hospitalar de Câncer, quanto às características sócio demográficas, de atendimento e clínicas ..... 22 e 23

Tabela 2. Distribuição das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 a 2010 e registradas no Registro Hospitalar de Câncer conforme o estadiamento e fatores associados 24

Tabela 3. Regressão logística múltipla das variáveis associadas ao estadiamento maior ou igual a IIB 25

Gráfico 1. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto a faixa etária e raça 33

Gráfico 2. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao grau de instrução e local de residência 34

Gráfico 3. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao estado conjugal e origem do encaminhamento 35

Gráfico 4. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao estadiamento e tipo histológico 35

Gráfico 5. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto a lateralidade e histórico familiar de câncer 36

Gráfico 6. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao tratamento recebido 36

Gráfico 7. Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama sem tratamento anterior, registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento 37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

DF – Distrito Federal

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

RHC - Registros Hospitalares de Câncer

RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno

SUS – Sistema Único de Saúde

TNM – Classificação dos Tumores Malignos

RESUMO

Introdução: O câncer de mama está entre os mais incidentes no mundo nas mulheres. No Brasil as taxas de mortalidade continuam elevadas e mulheres com câncer de mama atendidas em serviços públicos ainda apresentam estadiamento mais avançado da doença. **Objetivos**: Analisar os aspectos sociodemográficos e do atendimento às mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital público do Distrito Federal e verificar a associação desses aspectos com o estadiamento mais avançado da doença; Fornecer relatório com os resultados do estudo para a direção do Hospital de Base do Distrito Federal. **Método**: Foram coletados dados de mulheres com câncer de mama registradas no Registro Hospitalar de Câncer do hospital em questão, entre os anos de 1999 a 2010. Foi realizado análise descritiva e regressão logística simples e múltipla com a variável resposta estadiamento. **Resultados**: Mulheres diagnosticadas entre os anos de 2005 a 2010 (p=0,014; OR: 2,37; IC: 1,19-4,71) e que tiveram o tempo entre o diagnóstico e tratamento menor que 60 dias (p=0,001; OR: 0,43; IC: 0,26-0,71) foram associadas a estadiamento mais avançado. **Conclusões**: A utilização de dados do registro hospitalar de câncer deve ser valorizada para produzir e melhorar as informações sobre o câncer de mama, assim como observado entre os anos de 2005 a 2010. E diante da associação do estadiamento avançado em mulheres tratadas em até 60 dias, pode-se inferir um problema anterior com a atenção primária e secundária no encaminhamento e diagnóstico precoce dessa paciente. Necessitando de estudos para entender melhor esse cenário e fortalecer a rede de atendimento ao câncer de mama, além de tornar público os dados da pesquisa de forma mais clara aos gestores. Assim as decisões podem ser tomadas baseadas em evidências, podendo ser expostas como um relatório igual realizado nesse estudo ou outras formas de exposições, sempre pensando na aliança da pesquisa com a prática.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Registros Hospitalares; Estadiamento de neoplasias; Tempo para o tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is among the most incidents in the world in women. In Brazil mortality rates remain high and women with breast cancer served in public services still have more advanced staging of the disease. **Objectives:** To analyze sociodemographic aspects and of the care of women with breast cancer served in a public hospital of the Federal District and to check the association of these aspects with the most advanced staging of the disease; Provide report with the results of the study for the direction of the Basic Hospital of the Federal District. **Method:** Informations were collected from women with breast cancer registered in Hospital Cancer Record of the hospital in question, between the years 1999 to 2010. It was carried out descriptive analysis and regression logistical univariate and multivariate with the variable response staging. **Results:** Women diagnosed between the years 2005 to 2010 (p = 0,014; OR: 2.37; IC: 1,19-4,71) and which have had the time between diagnosis and treatment less than 60 days (p = 0.001; OR: 0.43; IC: 0,26-0,71) have been associated with the most advanced staging. **Conclusions:** The use of hospital cancer registry data should be valued to produce and improve information on breast cancer as well as observed between the years 2005 to 2010. And before the association of advanced staging in women treated in up to 60 days, one can infer a previous problem with primary and secondary attention in the referral and early diagnosis of this patient. In need of studies to better understand this scenario and strengthen the network of care for breast cancer, and to make the research data more clear to managers. So decisions can be taken based on evidence and can be exposed as an equal report carried out in this study or other forms of exhibitions, always thinking about the alliance of research with practice.

Keywords: Breast Neoplasms; Hospital Records; Neoplasm Staging.; Time-to-Treatment.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama

O desenvolvimento econômico e social paralelamente ao envelhecimento populacional transformou doenças crônicas não transmissíveis em um problema de saúde globa[1], dentre elas o câncer de mama que atualmente é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais frequente em mulheres[2].

Foram esperados, para o ano de 2012, aproximadamente 1,67 milhões de casos novos de neoplasias mamárias em todo o mundo, sendo 25% de todos os cânceres diagnosticados em mulheres. Para o Brasil em 2018, são esperados 59.700 casos novos e uma taxa de incidência esperada de 56,3 casos. No Distrito Federal (DF) foi esperado 62,1 casos a cada 100 mil mulheres[3].

É uma doença multifatorial envolvendo a vida reprodutiva, comportamental e biológica do indivíduo. Fatores como o envelhecimento, histórico familiar de câncer, nuliparidade, ter o primeiro filho após os 30 anos de idade aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama. Já fatores como consumo de álcool, excesso de peso e sedentarismo são considerados agentes potenciais[3].

Em 2012, foram 522 mil óbitos por câncer de mama em mulheres em todo mundo, correspondendo a 15% de todos os óbitos por câncer, e a quinta causa de morte por câncer em geral e, embora seja a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres em regiões menos desenvolvidas (324 mil óbitos), é a segunda causa de morte por câncer em regiões mais desenvolvidas (198 mil óbitos), após o câncer de pulmão[3–5]. A sobrevida do câncer de mama está íntima e positivamente relacionada à renda do país[6].

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) no Brasil, apontam que as taxas de mortalidade continuam elevadas, mesmo que o câncer de mama seja considerado de bom prognóstico. Muito provavelmente pelo fato de a doença ser diagnosticada em estadiamentos avançados[4].

1.2 Estadiamento e tempo para o tratamento do câncer de mama

O estadiamento do câncer de mama é classificado e normatizado conforme a Classificação dos Tumores Malignos – TNM publicado pela *Union for Internacional Cancer Control* e é utilizado para ajudar os médicos no planejamento do tratamento, indicar prognóstico, ajudar na avaliação dos resultados de tratamento, facilitar a troca de

informações entre os centros de tratamento e contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer[7].

Essa classificação dos tumores malignos utiliza um conjunto de três letras, no qual o T – representa a extensão do tumor; o N – representa a ausência ou a presença e a extensão das metástases em linfonodos regionais e o M – a ausência ou presença de metástases à distância, sendo 24 possibilidades disponíveis de classificação na combinação dessas letras[7].

Pensando na reunião de diferentes categorias em um número mais homogêneo para melhor visualização e avaliação, utiliza-se o estadiamento, que nada mais é que uma reunião de possíveis classificações do sistema TNM formando os estágios 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC e IV[7].

Em 2005, pesquisadores[8] sintetizaram a classificação do estadiamento como: estágio 0 corresponde ao carcinoma in situ, estágio I à invasão local inicial, estágio II aos tumores primários limitados ou com invasão linfática regional mínima, estágio III ao tumor local extenso ou à invasão linfática regional extensa, estágio IV ao tumor localmente avançado ou presença de metástases à distância. Assim, são considerados[9] precoces os estágios 0, I e II e tardios os estágios III e IV.

A associação entre a sobrevida dos pacientes e o estadiamento no momento do diagnóstico é verificada em muitos estudos[9–16], sendo que no caso do câncer de mama mulheres diagnosticadas em estágios iniciais tem percentuais mais elevados de sobrevivência. Em 2016, verificou-se sobrevida de cinco anos em 91,5% dos pacientes com estágio I, em 54,6% dos pacientes com estágio III e em 21,6% dos pacientes com estágio IV[16].

Estudos observaram que mulheres com estadiamento tardio são atendidas mais rapidamente justamente para minimizar essa associação a menor sobrevida e pior prognóstico quando comparadas a mulheres com estadiamento precoce[17,18]. O estadiamento tardio está associado a mulheres que apresentam atraso no diagnóstico[19–22], além de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos[23], com baixo nível educacional[23], moradoras de áreas com acesso restrito à saúde[24], procedentes do Sistema Único de Saúde (SUS)[18,25] e entre outros.

Algumas características associadas ao estadiamento tardio, também são associadas a maior intervalo entre o diagnóstico e tratamento. Como é o caso de mulheres com baixo escolaridade[17,26], que possivelmente sentem dificuldade em observar e

descrever os sintomas[27]. Pacientes procedentes do SUS[28] também são submetidas a maior atraso no tratamento, sugerindo pesquisas e aprimoramento dos registros para entender melhor as características dessas mulheres e dos atendimentos prestados a elas.

1.3 Registros Hospitalares de Câncer

Os registros de informações sobre câncer no Brasil, utilizam os Registros de Câncer de Base Populacional para fornecer informações sobre o impacto do câncer na sociedade e assim auxiliam no planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle do câncer. Com parceria entre os Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS, formam o eixo estruturante para a vigilância do câncer e para o desenvolvimento de pesquisas em áreas afins[4].

Em 1983, foi implantado pelo INCA o primeiro RHC no Brasil com parcerias de instituições dos Estados Unidos. Em 1993, a Portaria n˚171 do Ministério da Saúde (MS), classificou os hospitais de atendimento oncológico do SUS no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade, considerando obrigatória a existência do RHC nesses hospitais para melhorar a qualidade da informação hospitalar[7].

Em 1998 e 2005, as portarias ministeriais n˚ 3.535 e n˚ 741 respectivamente, reafirmam e fortalecem a importância do RHC ao mesmo tempo que regulamentam as aptidões e qualidades das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, dos Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia[7].

Em 1999, foram realizadas oficinas com especialistas para padronizar rotinas e procedimentos dos RHC[29], sendo publicadas na primeira edição do manual dos RHC no ano 2000[30] e atualizadas na segunda edição do manual em 2010[7]. Essas rotinas auxiliam os registradores de cada hospital a preencherem as informações da "ficha de registro de tumor" (anexo I) de forma padronizada fisicamente e digitalmente no sistema do INCA.

O RHC está sendo utilizado por estudos como uma fonte secundária mais confiável[28] devido essa padronização e treinamento pelo INCA dos registradores de cada hospital. Além de ser uma rica fonte de dados para pesquisa científica, é considerado um instrumento de vigilância epidemiológica[18], com possibilidade de visualização dos dados em nível nacional[17] e análises de tendências temporais dos fenômenos associados à doença[25].

Dessa forma o RHC auxilia no monitoramento e avaliação das ações de controle e pesquisa do câncer, além de auxiliar na tomada de decisão frente à avaliação dos efeitos dos tratamentos e controle das variáveis coletadas por meio da "ficha de registro de tumor"[25].

1.4 Ações públicas para o combate ao câncer de mama

A partir de registros e estudos das mulheres com câncer de mama, pode-se propor aprimoramento na organização dos serviços de saúde para apresentarem melhores resultados. No caso do câncer de mama a prevenção e a detecção precoce devem ser as principais estratégias de controle[31]. Segundo o INCA, a prevenção primária do câncer de mama baseia-se em alimentação saudável, prática de atividade física regular e manutenção do peso ideal, podendo evitar cerca de 30% dos casos[4].

Como prevenção secundária a triagem populacional pode ser utilizada e permite a detecção precoce de indivíduos assintomáticos quando um câncer é localizado e com possibilidade de cura, ou a detecção de lesões pré-cancerosas que podem ser impedidas de se tornarem câncer invasivo. Há estudos que verificam a eficácia desse rastreamento na seleção do câncer de mama, mas os benefícios devem ser ponderados contra as consequências negativas do excesso de diagnóstico e sobretratamento[31], já sendo questionado essa abordagem na atualidade por esse motivo[32].

Apesar desse questionamento, o MS ainda continua recomendando o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. A detecção precoce pode ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento[33].

Outras recomendações também podem reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil e melhorar a assistência à saúde, como é o caso do amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama. Assim as pessoas podem adotar atitudes preventivas em saúde, identificar primeiros sinais e sintomas e saber a quem recorrer[34].

A garantia de atendimento também é um passo a se seguir, para que pacientes com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas recebam o diagnóstico no prazo máximo de 60 dias[34], e o tratamento em 60 dias após o diagnóstico conforme a Lei n° 12.732, de 2012[35].

Nos últimos 20 anos, os países desenvolvidos verificaram reduções da mortalidade por câncer de mama principalmente em decorrência de melhorias no tratamento e nos serviços de assistência à saúde[32]. Porém as mulheres com câncer de mama atendidas em serviços públicos no Brasil apresentam estadiamentos mais avançado da doença e consequentemente pior prognóstico e sobrevida[15,18,25]. Dessa forma, a investigação da assistência prestada por esses serviços ajudaria a compreender suas dificuldades e auxiliariam na informação para aprimoramento dos mesmos.

2 OBJETIVOS

1. Analisar os aspectos sociodemográficos e do atendimento às mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital público do Distrito Federal e verificar a associação desses aspectos com o estadiamento mais avançado da doença;
2. Fornecer relatório com os resultados do estudo para a direção do Hospital de Base do Distrito Federal.

3 PRODUTO

O produto desse mestrado profissional visa favorecer o uso de evidências científicas pelos gestores por meio de um relatório (ou sumário executivo) para ajudá-los interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico. Além da produção de artigo científico com os dados da pesquisa.

Melhorar o uso das evidências científicas na formulação e implementação de políticas de saúde inclui processos de tradução e disseminação do conhecimento[36]. LaRocca e colaboradores[37], em 2012, por meio de uma revisão sistemática tentaram abordar quais estratégias de tradução do conhecimento são mais eficazes entre profissionais, gerentes e formuladores de políticas para promover o uso de evidências de pesquisa em configurações de saúde pública.

Esse estudo de 2012 concluiu que nenhuma estratégia de tradução do conhecimento de forma singular mostrou-se eficaz em todos os contextos[37]. Dentre as estratégias, constam por exemplo, sessões educacionais e canais de divulgação do conhecimento (internet, impressos e etc). Entretanto, para se alcançar melhores resultados é necessário considerar as características do conhecimento que está sendo transferido, dos provedores, dos participantes e das organizações.

Nesse trabalho, utilizou-se dados de um CACON do DF e realizou-se um relatório sucinto (apêndice I) para o diretor dessa instituição, estando disponível para eventuais dúvidas e favorecendo por meio dessa informação a tomada de decisões.

4 REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J, Silva J da, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet [Internet]. 21 de maio de 2011 [citado 31 de agosto de 2017];377(9779):1778–97. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655

2. World Health Organization. Cancer today [Internet]. 2018 [citado 3 de janeiro de 2018]. Available at: http://gco.iarc.fr/

3. Brasil. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2017. 128 p. Available at: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp

4. Brasil. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2016 [citado 31 de agosto de 2017]. 122 p. Available at: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf

5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer [Internet]. 1 de março de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];136(5):E359–86. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842

6. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L, et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. Lancet [Internet]. 2 de outubro de 2010 [citado 3 de janeiro de 2018];376(9747):1186–93. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20709386

7. Brasil. Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e gestão [Internet]. 2º ed. Rio de Janeiro; 2010 [citado 31 de agosto de 2017]. 536 p. Available at: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/INCA2009015_livro_registros_MIOLO.pdf

8. Inez M, Gadelha P, Costa MR, Almeida RT. Estadiamento de Tumores Malignos -análise e sugestões a partir de dados da APAC Classification of Malignant Tumours -analysis and suggestions based on APAC data. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2005 [citado 17 de janeiro de 2018];51(3):193–9. Available at: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo1.pdf

9. Abreu E de, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2002 [citado 17 de janeiro de 2018];48(1):113–31. Available at: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf

10. Flores-Luna L, Salazar-Martínez E, Duarte-Torres RM, Torres-Mejía G, Alonso-Ruiz P, Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama [Internet]. Vol. 50, Salud Pública de México. [Secretaría de

Salubridad y Asistencia]; 2008 [citado 17 de janeiro de 2018]. 119-125 p. Available at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200005

11. Acevedo B. JC, Rossat A. C, Gutiérrez C. J, Reyes V. JM. Cáncer de mama: Experiencia del Centro Integral de la Mama de Cínica Las Condes 1996-2005. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2006 [citado 17 de janeiro de 2018];17(4). Available at: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cancer-mama-experiencia-del-centro-X0716864006320859

12. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. junho de 2009 [citado 17 de janeiro de 2018];25(6):1285–96. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600011&lng=pt&tlng=pt

13. Son BH, Kwak BS, Kim JK, Kim HJ, Hong SJ, Lee JS, et al. Changing Patterns in the Clinical Characteristics of Korean Patients With Breast Cancer During the Last 15 Years. Arch Surg [Internet]. 1 de fevereiro de 2006 [citado 17 de janeiro de 2018];141(2):155. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490892

14. Moraes AB de, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR de. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. outubro de 2006 [citado 17 de janeiro de 2018];22(10):2219–28. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000028&lng=pt&tlng=pt

15. Guerra MR, Silva GA e, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira R de VC de, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. agosto de 2015 [citado 1 de fevereiro de 2018];31(8):1673–84. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26375646

16. Medeiros JM de, Linhares JC, Hatschbach SBB, Hubie DP, Rahman SA, Orlandi D, et al. Perfil epidemiológico e estudo de sobrevida dos pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, PR. Rev Bras Mastol [Internet]. 2016 [citado 1 de fevereiro de 2018];26(3):107–12. Available at: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/06/MAS_v26n3_107-112.pdf

17. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. junho de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];31(6):1269–82. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601269&lng=pt&tlng=pt

18. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor

antes do tratamento [Internet]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2009 [citado 6 de dezembro de 2017]. Available at: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5692/1/Dissertacao SILVA PF.pdf

19. Shin DW, Cho J, Kim SY, Guallar E, Hwang SS, Cho B, et al. Delay to Curative Surgery Greater than 12 Weeks Is Associated with Increased Mortality in Patients with Colorectal and Breast Cancer but Not Lung or Thyroid Cancer. Ann Surg Oncol [Internet]. 26 de agosto de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];20(8):2468–76. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529782

20. Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, et al. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic breast cancer in China. Ann Surg Oncol [Internet]. março de 2015 [citado 18 de setembro de 2017];22(3):883–8. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25212834

21. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]. outubro de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];35(10):458–63. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

22. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, Uscanga-Sánchez S, Mainero-Ratchelous F, Hernández-Ávila JE, et al. Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer. Salud Pública de México [Internet]. 2016 [citado 18 de setembro de 2017];58(2):237–50. Available at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200237&lang=pt

23. Abrahão K de S, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. Maturitas [Internet]. dezembro de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];82(4):365–70. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26358931

24. Williams F, Jeanetta S, O'Brien DJ, Fresen JL. Rural-urban difference in female breast cancer diagnosis in Missouri. Rural Remote Health [Internet]. 2015 [citado 6 de dezembro de 2017];15(3):3063. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26223824

25. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. 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 [Internet]. Vol. 20, Ciência & Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 [citado 21 de agosto de 2017]. p. 3805–16. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805&lng=pt&tlng=pt

26. Barros ÂF, Uemura G, de Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. Femina [Internet]. 2012 [citado 19 de novembro de 2017];40(1):31–6. Available at: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3077.pdf

27. Hansen RP, Olesen F, Sørensen HT, Sokolowski I, Søndergaard J.

Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. BMC Health Serv Res [Internet]. 28 de fevereiro de 2008 [citado 6 de dezembro de 2017];8:49. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307790

28. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Womens Health [Internet]. 2017 [citado 17 de setembro de 2017];17(1):13. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222726

29. Brasil. INCA - Agência de notícias - INCA publica edição atualizada do manual Registros Hospitalares de Câncer – Planejamento e Gestão [Internet]. 2011 [citado 31 de agosto de 2017]. Available at: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/inca_publica_edicao_atualizada_manual_registros_hospitalares_cancer

30. Brasil. Registro Hospitalares de Câncer: rotinas e procedimentos [Internet]. 1º ed. Rio de Janeiro; 2000 [citado 25 de janeiro de 2018]. Available at: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/registros_hospitalares.pdf

31. Olver I. Cancer control-A global perspective. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 23 de janeiro de 2017 [citado 25 de janeiro de 2018];26(1):e12654. Available at: http://doi.wiley.com/10.1111/ecc.12654

32. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. In: Gøtzsche PC, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [citado 25 de janeiro de 2018]. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001877.pub5

33. Brasil. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro; 2015. 168 p.

34. Brasil. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012 [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [citado 25 de janeiro de 2018]. 52 p. Available at: http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomendações_Mama_2012.pdf

35. Brasil. Lei nº. 12.732, de 22 de novembro de 2012 [Internet]. 2012. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

36. Brasil. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisãao [Internet]. 1º ed. Ministério da Saúde, organizador. Brasília; 2015 [citado 13 de dezembro de 2017]. 36 p. Available at: www.saude.gov.br/bvs

37. LaRocca R, Yost J, Dobbins M, Ciliska D, Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 7 de dezembro de 2012 [citado 13 de dezembro de 2017];12(1):751. Available at: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-751

5 ARTIGO ORIGINAL

5.1 Ficha de identificação

Aspectos do atendimento às mulheres com câncer de mama associados ao estadiamento avançado

Tatiane Boaretto Constâncio[1]; Ângela Ferreira Barros[2]; Leila Bernarda Donato Gottems[3]; Sarah Lemos Araújo[4]

Titulação dos autores

1 Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

2 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

3 Doutora em Administração pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

4 Enfermeira formada pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília (DF), Brasil.

Contribuição dos autores

1 Concepção; projeto; análise e interpretação dos dados; Redação do artigo; Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

2 Concepção; projeto; análise e interpretação dos dados; Redação do artigo; Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

3 Concepção; projeto; análise e interpretação dos dados; Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

4 Concepção; projeto; análise e interpretação dos dados; Redação do artigo; Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Autor para correspondência:

Tatiane Boaretto Constâncio

QRSW 08 bloco A12 apt 301 – Brasília/DF (Brasil) CEP: 70675812

tatianeboaretto@gmail.com

Esse trabalho não possui conflitos de interesse e teve financiamento próprio.

Este artigo foi escrito conforme as normas da revista Cadernos de Saúde Pública.

5.2 Resumo e abstract

Objetivos: Analisar os aspectos sociodemográficos e do atendimento às mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital público do Distrito Federal e verificar a associação desses aspectos com o estadiamento mais avançado da doença. **Método**: Foram coletados dados de mulheres com câncer de mama registradas no Registro Hospitalar de Câncer do hospital em questão, entre os anos de 1999 a 2010. Foi realizado análise descritiva e regressão logística simples e múltipla com a variável resposta estadiamento. **Resultados**: Mulheres diagnosticadas entre os anos de 2005 a 2010 (p=0,014; OR: 2,37; IC: 1,19-4,71) e que tiveram o tempo entre o diagnóstico e tratamento menor que 60 dias (p=0,001; OR: 0,43; IC: 0,26-0,71) foram associadas a estadiamento mais avançado. **Conclusões**: A utilização de dados do registro hospitalar de câncer deve ser valorizada para produzir e melhorar as informações sobre o câncer de mama, assim como observado entre os anos de 2005 a 2010. E diante da associação do estadiamento avançado em mulheres tratadas em até 60 dias, pode-se inferir um problema anterior com a atenção primária e secundária no encaminhamento e diagnóstico precoce dessa paciente. Necessitando de estudos para entender melhor esse cenário e fortalecer a rede de atendimento ao câncer de mama.
Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Registros Hospitalares; Estadiamento de neoplasias; Tempo para o tratamento.

Objectives: To analyze sociodemographic aspects and of the care of women with breast cancer served in a public hospital of the Federal District and to check the association of these aspects with the most advanced staging of the disease; Provide report with the results of the study for the direction of the Basic Hospital of the Federal District. **Method:** Informations were collected from women with breast cancer registered in Hospital Cancer Record of the hospital in question, between the years 1999 to 2010. It was carried out descriptive analysis and regression logistical univariate and multivariate with the variable response staging. **Results:** Women diagnosed between the years 2005 to 2010 (p = 0,014; OR: 2.37; IC: 1,19-4,71) and which have had the time between diagnosis and treatment less than 60 days (p = 0.001; OR: 0.43; IC: 0,26-0,71) have been associated with the most advanced staging. **Conclusions:** The use of data from the hospital cancer Registry should be valued to produce and improve information on breast cancer as well as observed between the years 2005 to 2010. And before the association of Advanced staging in women treated in up to 60 days, one can infer a previous problem with primary and secondary attention in the referral and early diagnosis of this patient. Needing studies to better understand this scenario and strengthen the breast Cancer Care network.
Keywords: Breast Neoplasms; Hospital Records; Neoplasm Stagin; Time-to-Treatment.

5.3 Introdução

O câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo e uma ameaça crescente em países de baixa renda[1]. Entre as neoplasias, o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre mulheres[2], assim como no Brasil[3]. Em todo o país estimou-se para 2018, 59.700 novos casos de neoplasia mamária, com uma taxa de incidência esperada de 56,3 casos e no Distrito Federal (DF) de 62,1 casos a cada 100 mil mulheres[3].

O monitoramento e análise dos dados desses pacientes é de fundamental importância para prevenção, aprimoramento dos próprios registros e dos serviços de saúde. Em nível regional os hospitais dispõem dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que são setores responsáveis por fontes sistemáticas de informações, de forma física e digital, para coleta de dados desses pacientes[4].

Em um contexto nacional o câncer de mama tem sido diagnosticado em uma fase avançada da doença em cerca de 45% dos casos, demonstrando a necessidade de estratégias para melhorar a detecção precoce[5]. No Sistema Único de Saúde (SUS) as mulheres com câncer de mama apresentam menor sobrevida quando comparadas ao sistema privado[6], por serem diagnosticadas em estágios mais avançados da doença[7].

Essa realidade sugere que as mulheres que utilizam o SUS apresentam mais dificuldade para realizar o diagnóstico e tratamento[8]. Acredita-se que uma atuação desarticulada entre os serviços de saúde[9] e a falta de recursos humanos e de estrutura física[1] contribuam para essa situação.

Estudos apontam que aspectos sócio-demográficos como cor da pele[10], menor renda[11] e menor grau de instrução[5,7] são associados ao diagnóstico mais avançado. Porém ainda é controverso quais aspectos relacionados à organização dos serviços podem ser associados ao diagnóstico mais tardio[12–15].

Diante da lacuna em se compreender os aspectos relacionados ao atendimento que precisam ser melhorados para se favorecer o diagnóstico em estágio mais precoce da doença e o tratamento em tempo oportuno, o presente estudo tem como objetivo analisar os aspectos sociodemográficos e do atendimento às mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital público do Distrito Federal e verificar a associação desses aspectos com o estadiamento mais avançado da doença

5.4 Método

Realizou-se um estudo transversal, analítico e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A população do estudo foram os casos de câncer com localização primária na mama em mulheres registradas no RHC do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) entre os anos de 1999 a 2010.

Foram coletados dados de 2747 casos de câncer de mama em mulheres. A coleta ocorreu entre março e julho de 2016, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde pelo nº de parecer 1.524.770.

Os dados foram retirados da "Ficha de registro de tumor" que foi elaborada e padronizada pelo Instituto Nacional do Câncer cujo preenchimento é realizado de modo uniformizado por registradores do Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Dessa ficha foram analisadas as seguintes variáveis seguidas da porcentagem de perda dos dados devido a incompletude encontrada: idade ao diagnóstico (0,4%), raça (29%), grau de instrução (45%), local de residência (6%), data do diagnóstico (32%), diagnósticos e tratamentos anteriores (0,3%), tipo histológico (0%), estadiamento (61%), data do primeiro tratamento (32%), tratamento recebido (0%), estado conjugal (15%), histórico familiar de câncer (37%), origem do encaminhamento (9%) e lateralidade do tumor (9%).

Quanto ao local de residência, as mulheres foram categorizadas como moradoras do DF, dos municípios próximos ao DF integrantes da Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE) ou de nenhuma das opções anteriores. A variável diagnóstico e tratamentos anteriores se refere às pacientes que chegaram ao HBDF sem diagnóstico e sem tratamento; com diagnóstico e sem tratamento; ou com diagnóstico e com tratamento.

Na análise descritiva foram realizadas as medidas de tendência central e medidas de dispersão das variáveis contínuas, bem como a distribuição percentual das variáveis categóricas. Realizou-se um modelo de regressão logística simples considerando como variável resposta o estadiamento do câncer de mama ($0 <$ II; $1 \geq$ IIB). Para essa análise foram excluídas todas as pacientes que já haviam realizado um primeiro tratamento em outra instituição de saúde.

Em seguida foi realizado um modelo de regressão logística múltipla pelo método *stepwise forward*. Nesse modelo foram inseridas as variáveis independentes que apresentaram valores de $p \leq 0,25$[17]. Foram mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,05$. Para essa análise, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0.

5.5 Resultados

As mulheres apresentavam média de idade de 52,9 anos (± 26,7 anos). Prevaleceram mulheres entre 50 a 69 anos, da cor da pele parda, com ensino fundamental incompleto, casadas e procedentes do DF. Quase 38% das mulheres tiveram como origem do encaminhamento o SUS. Sendo que 47% das pacientes chegaram sem diagnóstico e sem tratamento. Elas foram predominantemente diagnosticadas com carcinoma ductal infiltrante, no estadiamento II e na mama esquerda (Tabela 1). A maioria das mulheres foram submetidas a cirurgia (56,6%) e quimioterapia isolada ou combinada (62,1%).

A maioria das mulheres não apresentaram histórico familiar de câncer. Dentre as que receberam o primeiro tratamento no hospital estudado, a maioria foi tratada em até 60 dias após o diagnóstico.

Tabela 1. Distribuição das 2747* mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010 e registradas no Registro Hospitalar de Câncer, quanto às características sócio demográficas, de atendimento e clínicas.

Variáveis	Categorias	N	%
Faixa etária	Menores de 39 anos	450	16,4
	Entre 40 a 49 anos	796	29,1
	Entre 50 a 69 anos	1189	43,5
	Maiores de 70 anos	302	11,0
Raça	Branca	826	42,5
	Preta	148	7,6
	Amarela	32	1,6
	Parda	939	48,3
Grau de instrução	Analfabeto	184	12,3
	Ensino fundamental incompleto	589	39,3
	Ensino fundamental completo	289	19,3
	Ensino médio completo	326	21,7
	Nível superior	111	7,4
Local de residência	DF	1974	76,4
	RIDE-DF	385	14,9
	Fora DF e RIDE-DF	225	8,7
Estado conjugal	Casado	1213	52,0
	Solteiro	575	24,7
	Separado/Divorciado	207	8,9
	Viúvo	336	14,4
Origem do encaminhamento	SUS	953	38,0
	Não SUS	606	24,1
	Veio por conta própria	949	37,8
	Não se aplica	3	,1

Continuação Tabela 1

Variáveis	Categorias	N	%
Lateralidade	Direita	1210	48,6
	Esquerda	1220	49,0
	Bilateral	34	1,4
	Não se aplica	27	1,0
Histórico familiar de câncer	Sim	822	47,6
	Não	906	52,4
Diagnóstico e tratamento anteriores	Sem diagnóstico e sem tratamento	1286	47,0
	Com diagnóstico e sem tratamento	674	24,6
	Com diagnóstico e com tratamento	778	28,4
Estadiamento	0	3	0,3
	I	177	16,7
	II	370	35,0
	III	340	32,0
	IV	170	16
Tipo histológico	Carcinoma ductal infiltrante	2417	88
	Outros	330	12
Cirurgia isolada ou combinada	Sim	1555	56,6
	Não	1192	43,4
Quimioterapia isolada ou combinada	Sim	1705	62,1
	Não	1042	37,9
Radioterapia isolada ou combinada	Sim	1245	45,3
	Não	1502	54,7
Hormonioterapia isolada ou combinada	Sim	1294	47,1
	Não	1453	52,9

* Diferenças encontradas correspondem a perda de informação, informada no método.
Legenda: DF – Distrito Federal; RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno; SUS – Sistema Único de Saúde.

Os fatores associados ao estadiamento mais avançado de forma independente, foram mulheres com menos de 60 anos ($p = 0,01$), mulheres que ainda não apresentavam diagnóstico na primeira consulta do hospital estudado ($p = 0,04$), mulheres que foram diagnosticadas entre os anos de 2005 e 2010 ($p < 0,001$) e mulheres tratadas em menos de 60 dias a contar da data do diagnóstico ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão logística simples das variáveis associadas ao estadiamento < IIB e ≥ IIB

		Estadiamento				
Variáveis	Categorias	< IIB	≥ IIB	p	OR	IC
Idade	≥ 60 anos	120 (11,4%)	159 (15,1%)	-	1,00	-
	< 60 anos	268 (25,4%)	507 (48,1%)	0,01	1,43	1,08-1,89
Raça	Branca	132 (17,5%)	208 (27,6%)	-	1,00	-
	Outras	148 (19,7%)	265 (35,2%)	0,39	1,14	0,85-1,53
Estado conjugal	Com companheiro	168 (18,7%)	277 (30,8%)	-	1,00	-
	Sem companheiro	149 (16,6%)	305 (35,2%)	0,12	1,24	0,94-1,63
Local de residência	DF	301 (29,3%)	480 (46,6%)			
	Fora DF	79 (7,7%)	169 (16,4%)	0,06	1,34	0,99-1,82
Grau de instrução	≥ Ensino fundamental completo	109 (18,0%)	180 (29,7%)	-	1,00	-
	< Ensino fundamental completo	104 (17,1%)	214 (35,3%)	0,20	1,25	0,89-1,74
Origem encaminhamento	Não SUS ou por conta própria	202 (21,1%)	382 (39,9%)	-	1,00	-
	SUS	151 (15,8%)	222 (23,2%)	0,07	0,77	0,60-1,02
Com diagnóstico	Sim	107 (13,8%)	201 (25,9%)	-	1,00	-
	Não	129 (16,6%)	338 (43,6%)	0,04	1,40	1,02-1,90
Ano do diagnóstico	1999 a 2004	88 (8,4%)	87 (8,3%)	-	1,00	-
	2005 a 2010	297 (28,4%)	575 (54,9%)	<0,001	1,96	1,41-2,72
Tempo entre diagnóstico e tratamento	≤ 60 dias	172 (16,8%)	395 (38,7%)	-	1,00	-
	> 60 dias	208 (20,4 %)	246 (24,1%)	<0,001	0,52	0,40-0,67

Legenda: DF – Distrito Federal; SUS – Sistema Único de Saúde.

Já na regressão logística múltipla só permaneceram associadas ao estadiamento avançado as mulheres que foram diagnosticadas entre os anos de 2005 e 2010 (p = 0,014) e mulheres tratadas em menos de 60 dias a contar da data do diagnóstico (p = 0,001) (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão logística múltipla das variáveis associadas ao estadiamento ≥ IIB

Variáveis	Categoria	p	OR	IC
Ano do diagnóstico	1999 a 2004	-	1,00	-
	2005 a 2010	0,014	2,37	1,19-4,71
Tempo entre diagnóstico e tratamento	≤ 60 dias	-	1,00	-
	> 60 dias	0,001	0,43	0,26-0,71

5.6 Discussão

Verificou-se no presente estudo que mulheres diagnosticadas entre os anos de 2005 a 2010 e com intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento menor que 60 dias foram associadas ao estadiamento tardio.

Em relação ao estadiamento mais avançado em mulheres diagnosticadas entre 2005 e 2010, é possível que o registro dos dados, especialmente do estadiamento, tenha melhorado em virtude da publicação do documento de consenso para o controle do câncer de mama em 2004 pelo Ministério da Saúde[18], tendo em vista que esse documento apresentou recomendações desde a prevenção dos fatores de risco aos cuidados paliativos e foi importante para a padronização das ações. Em outra pesquisa também foi observado um aumento do número de registro de casos em 2006, quando comparado ao ano de 2001[19].

Quanto ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento, verificou-se que a maioria das mulheres, que chegaram ao hospital estudado sem tratamento, iniciaram o primeiro tratamento em até 60 dias, corroborando com resultados de outro estudo brasileiro[19]. No entanto, ainda apresenta-se como um intervalo maior do que mulheres de um estudo norte americano, onde a maioria iniciou o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico do câncer de mama[20].

No presente estudo o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico foi associado a estadiamento mais avançado, assim como em outros estudos brasileiro[21,22], sugerindo que as mulheres com diagnóstico mais avançado são priorizadas para realizarem o tratamento mais rápido provavelmente com o intuito de minimizar o impacto negativo no

prognóstico e na sobrevida dessas pacientes[21]. Entretanto, essa medida não reduz o dano causado pela doença diagnosticada em estágio avançado, sendo indicado o diagnóstico mais precoce. Isso sugere que o maior atraso na trajetória até o tratamento do câncer de mama ocorre antes do diagnóstico, provavelmente devido a dificuldades para conseguir consulta especializada e a biópsia para diagnóstico[23].

Em relação a idade, a incidência do câncer de mama aumenta significativamente depois dos 50 anos, sendo a idade um dos fatores de risco mais significativos[3]. Nesse estudo predominaram mulheres entre 50 a 69 anos, assim como alguns estudos[21,25,26], divergindo de outros que verificaram predominância na faixa etária de 40 a 49 anos[22,27,28]. Mulheres mais jovens foram associadas a estadiamento mais avançado, porém essa associação não permaneceu na regressão logística múltipla.

Na análise do grau de instrução, a maioria apresentava ensino fundamental incompleto assim como em outras pesquisas[21,22]. O menor grau de instrução foi associado a estadiamento mais avançado[5], talvez devido a dificuldade de acesso e compreensão das informações. Essa associação não foi verificada no presente estudo.

Em relação ao estado conjugal, verificou-se prevalência de mulheres casadas, assim como achados em outros estudos[21,22,25,26]. A presença de um parceiro pode facilitar o diagnóstico precoce, observando e discutindo o significado dos sintomas e encorajando sua apresentação a um profissional de saúde[29]. Porém essa associação não foi verificada no presente estudo.

As mulheres com câncer de mama que vivem distantes de grandes centros urbanos são mais propensas a serem diagnosticadas com câncer de mama em estadiamento tardio[30], devido ao longo percurso e dificuldades de deslocamento para realização de exames e consultas. No presente estudo não foi verificada essa associação possivelmente porque a categorização dessa variável somente pelo local de residência não permitiu analisar a distância até os locais de diagnóstico e tratamento, sendo indicado outro tipo de mensuração.

Sobre a origem do encaminhamento foi verificado em outros estudos[19,22] que as paciente encaminhadas pelo SUS apresentavam diagnóstico em estadiamento tardio, porém essa associação não foi verificada no presente estudo.

Assim como os resultados do presente estudo, algumas pesquisas relatam que as pacientes em sua maioria chegavam com diagnóstico[22,26], provavelmente devido ao centro de referência em oncologia ser um dos últimos passos na rede de atendimento a essas pacientes[22]. Porém quase metade das mulheres chegaram ao hospital estudado sem

diagnóstico reforçando a fragilidade em hospitais de atenção secundária de realizarem o diagnóstico, propiciando ao hospital terciário maior sobrecarga de pacientes. A investigação do atendimento de mulheres com câncer de mama na atenção primária e secundária cabe como sugestão para novos estudos para melhor compreensão desse cenário.

É importante pontuar como limitações dessa pesquisa o uso de dados secundários e a incompletude dos dados. O período de 1999 a 2010, se justifica pelo fato do RHC do HBDF só ter as fichas de registro de tumor preenchidas desse período desde de que iniciou o registro dessas pacientes dessa forma. O atraso se deve a falta de recursos humanos para coleta de informações do prontuário e preenchimento da ficha.

Entretanto, acredita-se que a quantidade de casos analisados tenha minimizado essa limitação. Além disso, o uso de dados do RHC para pesquisa demonstra para gestores e pesquisadores a necessidade de fortalecer e incentivar esses serviços para o monitoramento dos casos de câncer atendidos no país.

5.7 Conclusão

A qualidade dos resultados pode ajudar a fortalecer as diretrizes para diagnóstico precoce e garantia de tratamento oportuno. O reconhecimento de problemas sociais associados ao estadiamento avançado pode levar a maior atenção a essas mulheres. Deixando mais claro para essas pacientes informações sobre o câncer de mama, a importância da investigação, vias de acesso para realização dos exames e tratamento no momento da consulta.

Os dados desse serviço de saúde podem ajudar no fortalecimento da rede de atenção à saúde com a melhoria dos serviços de regulação assistencial e regulação de exames, facilitando o acesso rápido de casos suspeitos de malignidade ao diagnóstico e tratamento.

Apesar da maioria das mulheres do estudo ter sido tratada em até 60 dias a contar da data do diagnóstico, os resultados apontam maior chance de estadiamento mais avançado para mulheres tratadas em menos de 60 dias. Isso insinua distorções na assistência prestada às mulheres sugerindo que ações sejam realizadas para favorecer a conexão entre a atenção primária, secundária e terciária, a fim de diminuir possíveis atrasos na trajetória dessa paciente até o diagnóstico.

5.8 Referências

1. Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Villarreal-Garza C, Bychkovsky BL, Debiasi M, Liedke PER, et al. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. Lancet Oncol [Internet]. outubro de 2015 [citado 31 de agosto de

2017];16(14):1405–38. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26522157

2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer [Internet]. 1 de março de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];136(5):E359–86. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842

3. Brasil. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2017. 128 p. Available at: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp

4. Brasil. Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e gestão [Internet]. 2º ed. Rio de Janeiro; 2010 [citado 31 de agosto de 2017]. 536 p. Available at: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/INCA2009015_livro_registros_MIOLO.pdf

5. Abrahão K de S, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. Maturitas [Internet]. dezembro de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];82(4):365–70. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26358931

6. Balabram D, Turra CM, Gobbi H. Survival of patients with operable breast cancer (Stages I-III) at a Brazilian public hospital - a closer look into cause-specific mortality. BMC Cancer [Internet]. 24 de dezembro de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];13(1):434. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24063763

7. Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana KCG. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. Rev bras cancerol [Internet]. 2013 [citado 31 de agosto de 2017];361–7. Available at: http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-724472

8. Tomazelli JG, Silva GA, Tomazelli JG, Silva GA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012*. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. novembro de 2017 [citado 9 de fevereiro de 2018];26(4):713–24. Available at: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000400713&scielo=S2237-96222017000400713

9. Brasil. Informativo: Monitoramento das ações de controle do câncer de mama [Internet]. 2015 [citado 19 de fevereiro de 2018]. Available at: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.pdf

10. Warner ET, Tamimi RM, Hughes ME, Ottesen RA, Wong Y-N, Edge SB, et al. Time to diagnosis and breast cancer stage by race/ethnicity. Breast Cancer Res Treat [Internet]. dezembro de 2012 [citado 19 de fevereiro de 2018];136(3):813–21. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23099438

11. Liu Y, Zhang J, Huang R, Feng W-L, Kong Y-N, Xu F, et al. Influence of occupation and education level on breast cancer stage at diagnosis, and treatment options in China: A nationwide, multicenter 10-year epidemiological study. Medicine (Baltimore) [Internet]. abril de 2017 [citado 19 de fevereiro de 2018];96(15):e6641. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403116

12. Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP de, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. Rev Bras Epidemiol [Internet]. setembro de 2012 [citado 19 de fevereiro de 2018];15(3):595–604. Available at:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&lng=pt&tlng=pt

13. Shin DW, Cho J, Kim SY, Guallar E, Hwang SS, Cho B, et al. Delay to Curative Surgery Greater than 12 Weeks Is Associated with Increased Mortality in Patients with Colorectal and Breast Cancer but Not Lung or Thyroid Cancer. Ann Surg Oncol [Internet]. 26 de agosto de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];20(8):2468–76. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529782

14. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, Uscanga-Sánchez S, Mainero-Ratchelous F, Hernández-Ávila JE, et al. Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer. Salud Pública de México [Internet]. 2016 [citado 18 de setembro de 2017];58(2):237–50. Available at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200237&lang=pt

15. Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, et al. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic breast cancer in China. Ann Surg Oncol [Internet]. março de 2015 [citado 18 de setembro de 2017];22(3):883–8. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25212834

16. Brasil. Lei nº. 12.732, de 22 de novembro de 2012 [Internet]. 2012. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

17. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2005 [citado 18 de março de 2018]. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/0471722146

18. Brasil. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso [Internet]. 2004 [citado 25 de setembro de 2017]. Available at: http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf

19. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. 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 [Internet]. Vol. 20, Ciência & Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 [citado 21 de agosto de 2017]. p. 3805–16. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805&lng=pt&tlng=pt

20. Wright GP, Wong JH, Morgan JW, Roy-Chowdhury S, Kazanjian K, Lum SS. Time from diagnosis to surgical treatment of breast cancer: factors influencing delays in initiating treatment. Am Surg [Internet]. outubro de 2010 [citado 11 de dezembro de 2017];76(10):1119–22. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105624

21. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. junho de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];31(6):1269–82. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601269&lng=pt&tlng=pt

22. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento [Internet]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2009 [citado 6 de dezembro de 2017]. Available at: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5692/1/Dissertacao SILVA PF.pdf

23. Traldi MC, Galvão P, Morais SS de, Fonseca MRC da C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Cad Saúde Colet. 2016;24(2):185–91.

24. Canada. SUMMARY REPORT Review of Lifestyle and Environmental Risk Factors for Breast Cancer [Internet]. 2001 [citado 15 de dezembro de 2017]. Available at: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-586-2001E.pdf

25. Cabral ALLV, Cherchiglia M, Casale C, Giatti L. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [citado 15 de dezembro de 2017]; Available at: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-social-e-cancer-de-mama-diferenciais-no-intervalo-entre-o-diagnostico-e-o-tratamento-em-mulheres-de-diferentes-perfis-sociodemograficos/16160

26. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Womens Health [Internet]. 2017 [citado 17 de setembro de 2017];17(1):13. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222726

27. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]. outubro de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];35(10):458–63. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

28. Ozmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapkac M, et al. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. Eur J Public Health [Internet]. fevereiro de 2015 [citado 18 de setembro de 2017];25(1):9–14. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25096257

29. Neal RD, Allgar VL. Sociodemographic factors and delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. Br J Cancer [Internet]. 6 de junho de 2005 [citado 7 de dezembro de 2017];92(11):1971–5. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15900296

30. Williams F, Jeanetta S, O'Brien DJ, Fresen JL. Rural-urban difference in female breast cancer diagnosis in Missouri. Rural Remote Health [Internet]. 2015 [citado 6 de dezembro de 2017];15(3):3063. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26223824

APÊNDICE

Apêndice I – Relatório para o gestor

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Escola Superior de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ASPECTOS DO ATENDIMENTO À MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ASSOCIADOS AO ESTADIAMENTO AVANÇADO

Relatório para a direção do Hospital
de Base do Distrito Federal (HBDF)

Mestranda: Tatiane Boaretto Constâncio

(email para contato: tatianeboaretto@gmail.com)

Orientadora: Profª. Drª. Ângela Ferreira Barros

Coorientadora: Profª. Drª. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF

2018

INTRODUÇÃO

O câncer de mama está entre os mais incidentes no mundo nas mulheres[1]. Nos últimos 20 anos, os países desenvolvidos verificaram reduções da mortalidade por câncer de mama principalmente em decorrência de melhorias no tratamento e nos serviços de assistência à saúde[2].

As mulheres com câncer de mama atendidas em serviços públicos no Brasil apresentam estadiamentos mais avançado da doença e consequentemente pior prognóstico e sobrevida[3]. Dessa forma, a investigação da assistência prestada por esses serviços ajudaria a compreender suas dificuldades e auxiliariam na informação para aprimoramento dos mesmos.

Diante da lacuna em se compreender os aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde que precisam ser melhorados para se favorecer o diagnóstico mais precoce da doença, o presente estudo tem como objetivo analisar os aspectos sociodemográficos e do atendimento às mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e verificar a associação desses aspectos com o estadiamento mais avançado da doença.

Atualmente a pouca utilização das evidências científicas se deve a diversos fatores como, por exemplo, baixo nível de interação entre tomadores de decisão e pesquisadores[4]. Sendo assim este relatório, visa maior interação entre o pesquisador e o gestor do local, em que foram coletadas as informações do estudo.

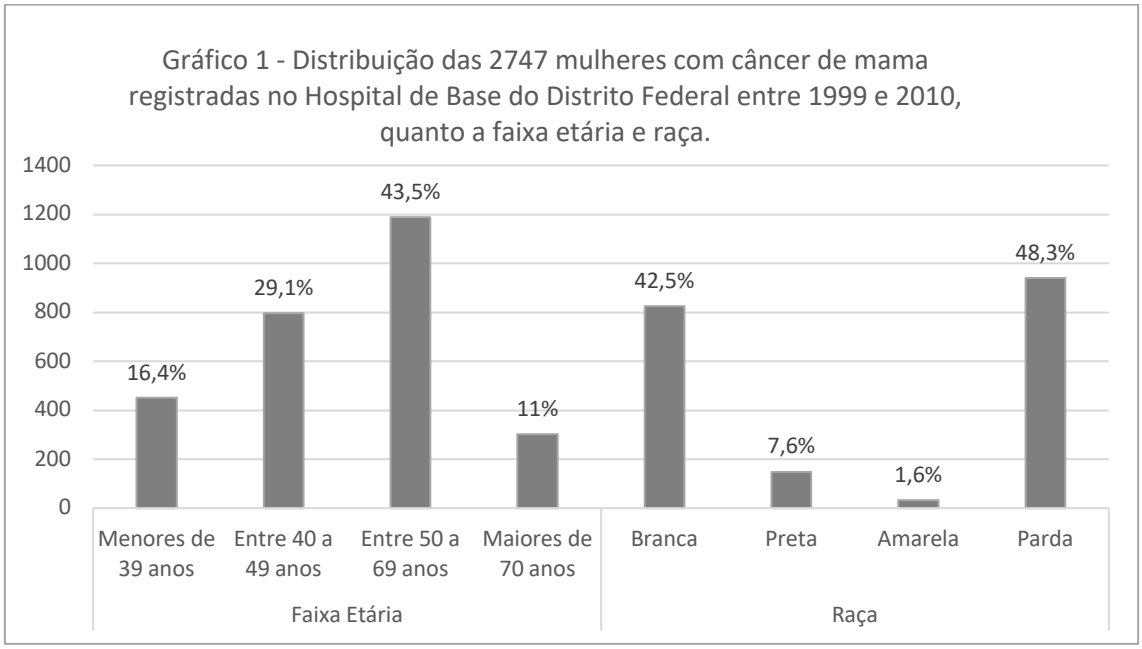
Foram coletados 2747 casos de mulheres com câncer de mama registradas pelo preenchimento da "ficha de registro de tumor" no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HBDF entre os anos de 1999 a 2010, desde o início da utilização da "ficha de registro de tumor" para padronização[5] da coleta de informações pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) até os últimos registros realizados pelo HBDF durante o período da coleta de dados (julho/2016).

Demonstra-se a seguir de forma clara e objetiva os resultados da pesquisa, diante da análise descritiva das variáveis e também da associação dessas variáveis com o estadiamento avançado da doença. Email disponível na capa para sanar eventuais dúvidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

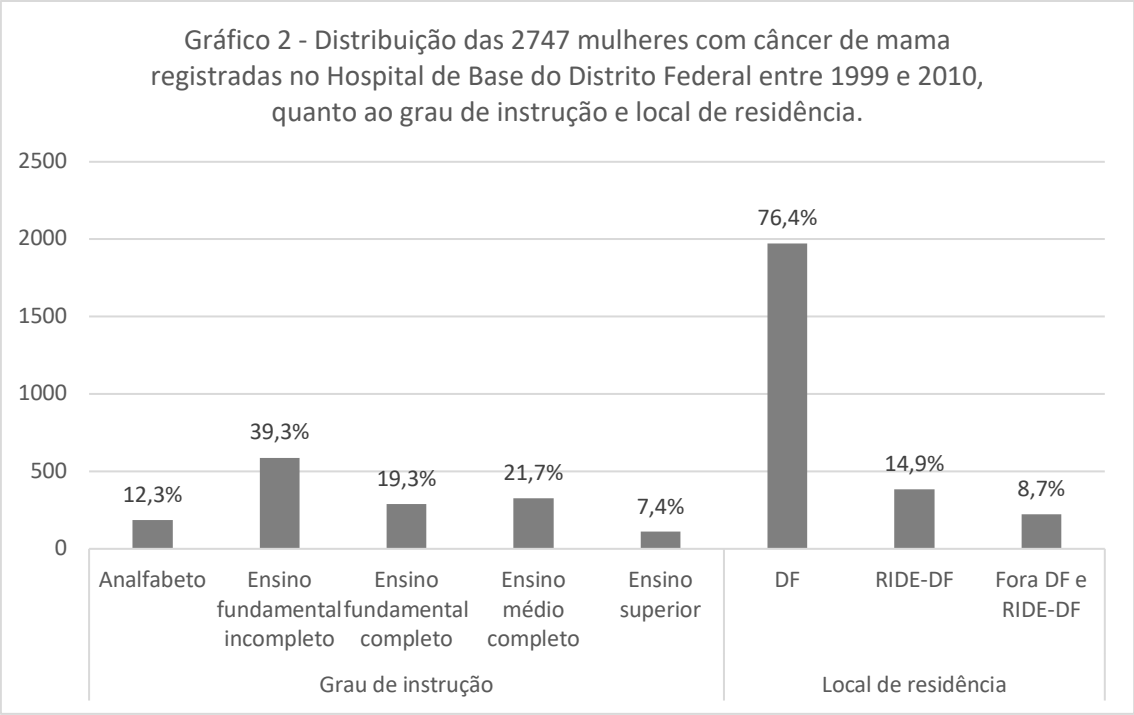
Os resultados descritivos estão apresentados em forma de gráficos ao longo do texto, para maior clareza das informações contrastadas com a literatura sobre o assunto.

Houve maior prevalência de mulheres na faixa etária de risco para o câncer de mama, ou seja, entre 50 e 69 anos, assim como outro estudo[6–8] e também de mulheres da cor da pele parda, assim como outras pesquisas[8,9].



Com relação ao grau de instrução, a maioria das mulheres apresentavam ensino fundamental incompleto. Em outro estudo verificou-se que o baixo nível de escolaridade está associado com estadiamento avançado[10], porém esse resultado não foi verificado no presente estudo. Pacientes com maior nível de escolaridade tendem a descrever melhor os sintomas[11].

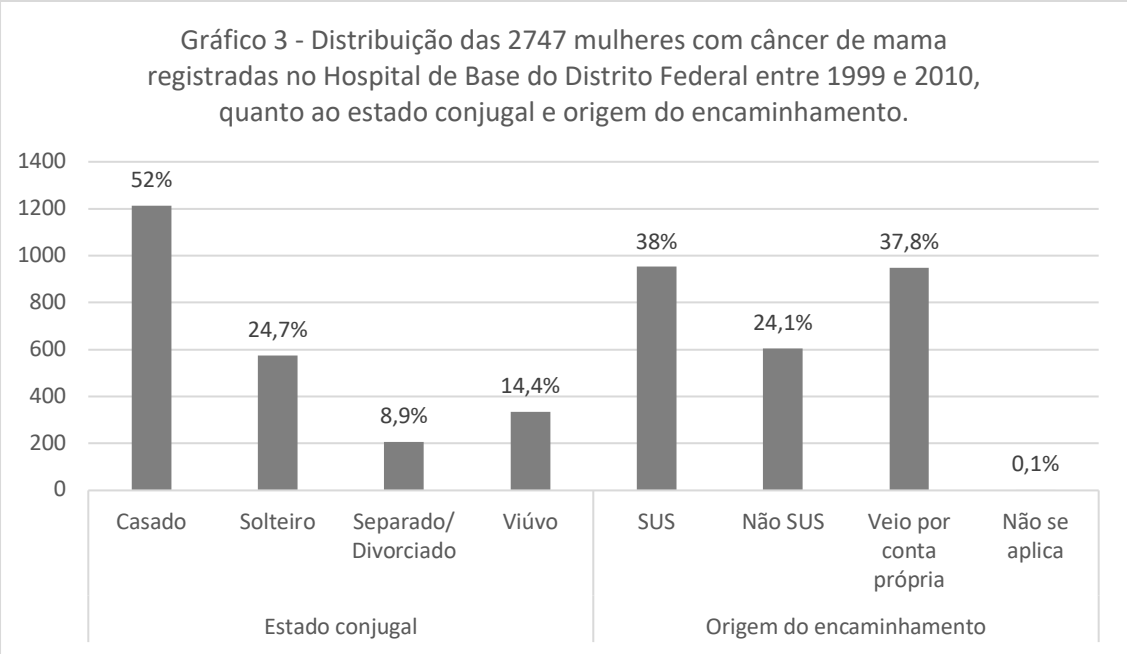
Outro fator importante a ser observado para a acessibilidade e adesão adequada ao tratamento do câncer de mama, seria o local de moradia dessas mulheres. As mulheres que vivem em áreas com acesso limitado aos serviços de saúde são mais propensas a serem diagnosticadas com câncer de mama em estadiamento tardio[12], estando o atraso no diagnóstico associado ao percurso e dificuldades de deslocamento para realização de exames e consultas. Porém não houve associação entre residir fora do Distrito Federal (DF) e estadiamento avançado.



* Legenda: DF – Distrito Federal; RIDE – Rede Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno

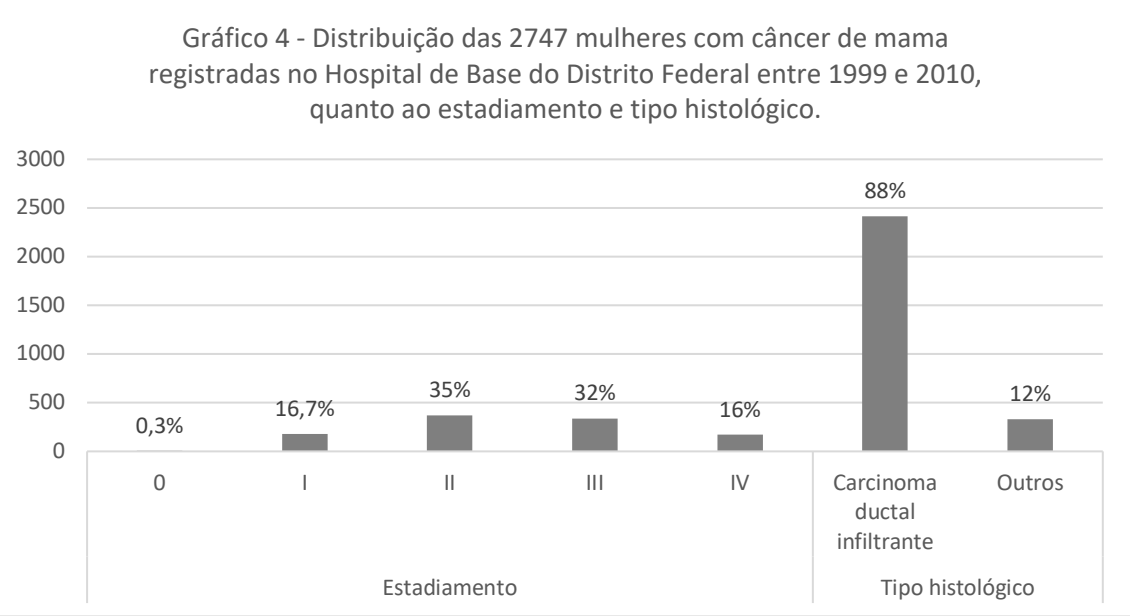
A maioria das mulheres eram casadas, sendo que a presença de um parceiro pode facilitar o diagnóstico precoce, observando e discutindo o significado dos sintomas e encorajando sua apresentação a um profissional de saúde[13]. Porém essa associação não foi verificada no presente estudo.

A maioria das mulheres não chegaram para atendimento em nível terciário no HBDF encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sugerindo fragilidade na linha de cuidado para assistência oncológica à essas pacientes. Pacientes advindas do SUS tem maior atraso entre o diagnóstico e o tratamento quando comparadas as pacientes referenciadas pelo serviço particular[7], além de associação com estadiamento tardio[9,14]. Porém essas associações não foram verificadas no presente estudo.



* Legenda: SUS - Sistema Único de Saúde

Elas foram predominantemente diagnosticadas com carcinoma ductal infiltrante, no estadiamento II e na mama esquerda, em conformidade com outros artigos com relação ao tipo histológico[6,9,10], estadiamento[6,7,15] e lateralidade do tumor[9].



A maioria das mulheres não apresentaram histórico familiar de câncer, apesar de ser um importante fator de risco para o surgimento do câncer de mama[16]. Foram submetidas a cirurgia e quimioterapia isolada ou combinada, assim como em outros estudos[6].

Gráfico 5 - Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto a lateralidade e histórico familiar de câncer.

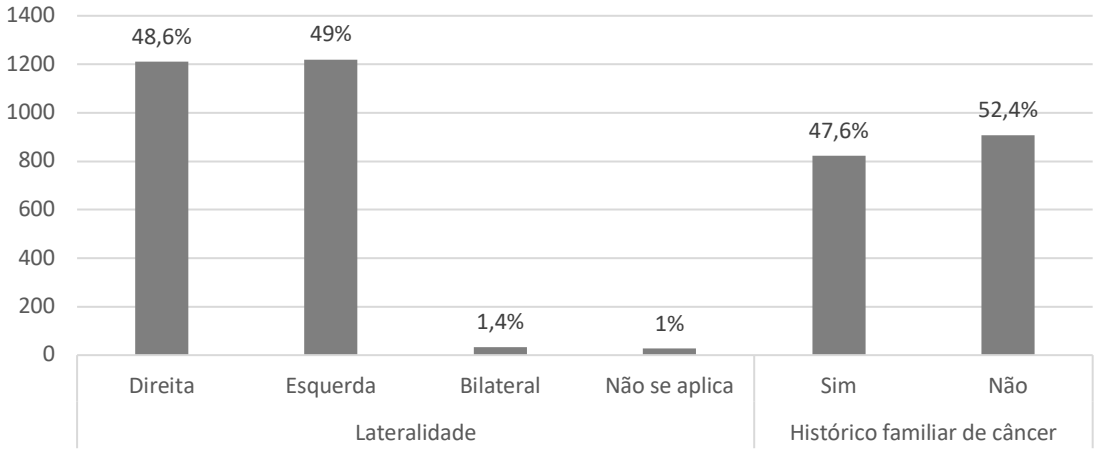
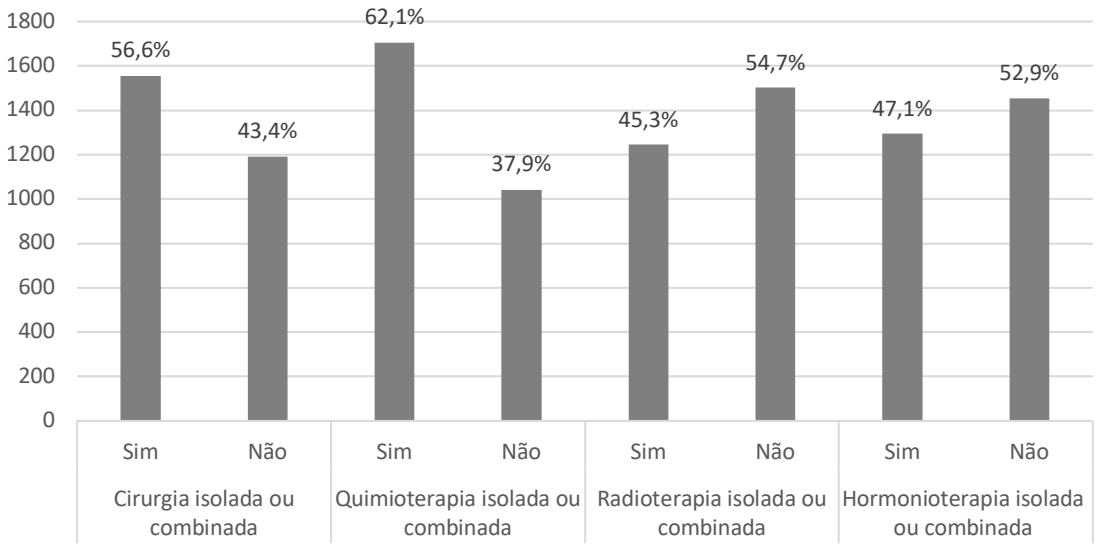
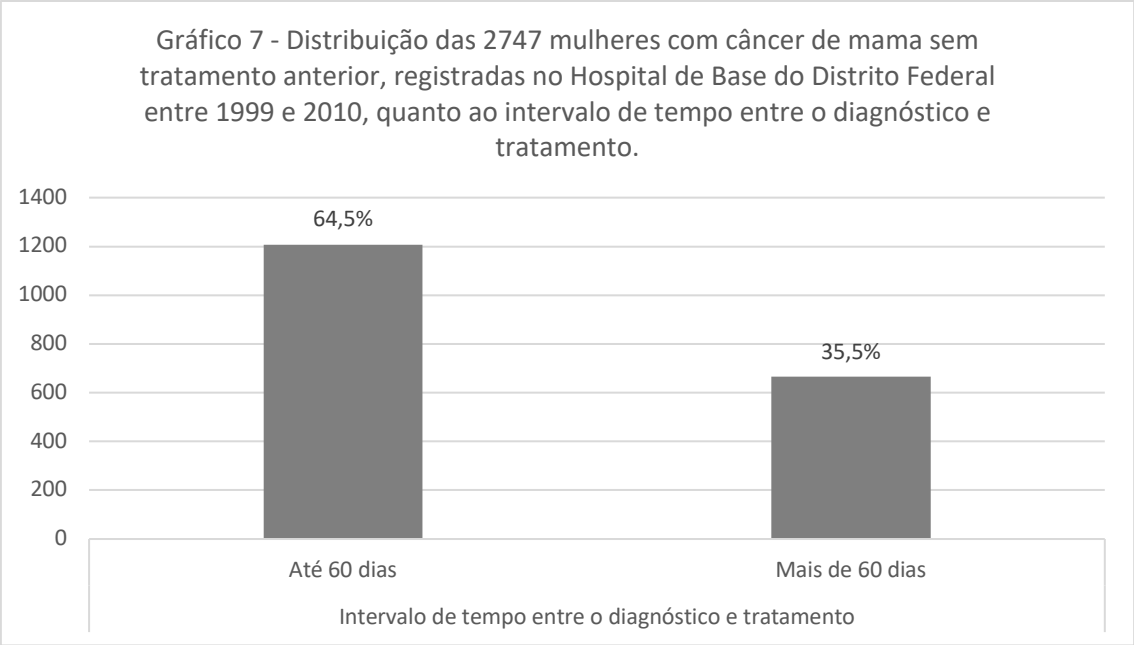


Gráfico 6 - Distribuição das 2747 mulheres com câncer de mama registradas no Hospital de Base do Distrito Federal entre 1999 e 2010, quanto ao tratamento recebido.



O ano do diagnóstico também interferiu no estadiamento de forma significativa, expondo mulheres que foram diagnosticadas entre os anos de 2005 e 2010 a maior chance de apresentarem estadiamento mais avançado. Isso possivelmente reflete uma melhora do registro dos casos.

Apesar da maioria das mulheres do estudo ter sido tratada em até 60 dias após o diagnóstico como preconizado pela Lei nº 12.732[17], os resultados apontam maior chance de estadiamento mais avançado para mulheres tratadas em menos de 60 dias.



CONCLUSÃO

O presente estudo apresenta como limitação utilizar dados de prontuários coletados por outras pessoas e a incompletude dos dados. Essa limitação dificulta a análise precisa das variáveis, porém não invalida os resultados por serem originários de um serviço treinado para registro dessas informações. Além disso essas mesmas informações são utilizadas pelo INCA para subsidiar a elaboração de políticas, diretrizes e estratégias para diagnóstico precoce do câncer de mama.

Os dados da pesquisa foram coletados no RHC do HBDF entre os anos de 1999 a 2010, desde o início da padronização[5] da coleta de informações pelo INCA até os últimos registros realizados pelo HBDF até julho de 2016. Esse atraso no registro se deve a pouca quantidade de funcionários para realizar o preenchimento da "ficha de registro de tumor" e inserir os dados digitalmente no sistema do INCA.

Para que não haja incompletude dos dados e que estudos posteriores consigam analisar todas as variáveis dos pacientes em tempo real, sugere-se:

1. Fornecer orientações para os profissionais do HBDF sobre o serviço do RHC e a importância dos dados da "ficha de registro de tumor" para a instituição e para o DF;
2. Verificação com a equipe de informática da possibilidade de inserção dessa ficha no prontuário eletrônico, para que os profissionais da saúde na primeira consulta e acompanhamento possam apenas completar os dados da ficha.

Apesar da incompletude dos dados, houve concordância dos resultados com artigos semelhantes. Demonstrando que a qualidade dos resultados pode ajudar a fortalecer as diretrizes para diagnóstico precoce e garantia do tratamento oportuno como, por exemplo:

1. Fortalecer as orientações para os sinais de alerta da mama;
2. Recomendar rastreamento do câncer de mama por mamografia a cada 2 anos para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos;
3. Realizar prontamente o encaminhamento de lesões mamárias suspeitas de malignidade a partir da atenção primária para a atenção secundária por meio da regulação assistencial;
4. Facilitar o acesso aos exames diagnósticos nos serviços de saúde dos casos suspeitos de malignidade por meio da regulação de exames laboratoriais[1].

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro; 2015. 168 p.

2. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. In: Gøtzsche PC, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [citado 25 de janeiro de 2018]. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001877.pub5

3. Guerra MR, Silva GA e, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira R de VC de, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. agosto de 2015 [citado 1 de fevereiro de 2018];31(8):1673–84. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26375646

4. Brasil. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisãao [Internet]. 1º ed. Ministério da Saúde, organizador. Brasília; 2015 [citado 13 de dezembro de 2017]. 36 p. Available at: www.saude.gov.br/bvs

5. Brasil. INCA - Agência de notícias - INCA publica edição atualizada do manual Registros Hospitalares de Câncer – Planejamento e Gestão [Internet]. 2011 [citado 31 de agosto de 2017]. Available at: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/inca_publica_edicao_atualizada_manual_registros_hospitalares_cancer

6. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. junho de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];31(6):1269–82. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601269&lng=pt&tlng=pt

7. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu

LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Womens Health [Internet]. 2017 [citado 17 de setembro de 2017];17(1):13. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222726

8. Cabral ALLV, Cherchiglia M, Casale C, Giatti L. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [citado 15 de dezembro de 2017]; Available at: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-social-e-cancer-de-mama-diferenciais-no-intervalo-entre-o-diagnostico-e-o-tratamento-em-mulheres-de-diferentes-perfis-sociodemograficos/16160

9. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento [Internet]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2009 [citado 6 de dezembro de 2017]. Available at: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5692/1/Dissertacao SILVA PF.pdf

10. Abrahão K de S, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. Maturitas [Internet]. dezembro de 2015 [citado 31 de agosto de 2017];82(4):365–70. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26358931

11. Hansen RP, Olesen F, Sørensen HT, Sokolowski I, Søndergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. BMC Health Serv Res [Internet]. 28 de fevereiro de 2008 [citado 6 de dezembro de 2017];8:49. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307790

12. Williams F, Jeanetta S, O'Brien DJ, Fresen JL. Rural-urban difference in female breast cancer diagnosis in Missouri. Rural Remote Health [Internet]. 2015 [citado 6 de dezembro de 2017];15(3):3063. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26223824

13. Neal RD, Allgar VL. Sociodemographic factors and delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. Br J Cancer [Internet]. 6 de junho de 2005 [citado 7 de dezembro de 2017];92(11):1971–5. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15900296

14. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. 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 [Internet]. Vol. 20, Ciência & Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 [citado 21 de agosto de 2017]. p. 3805–16. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203805&lng=pt&tlng=pt

15. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]. outubro de 2013 [citado 31 de agosto de 2017];35(10):458–63.

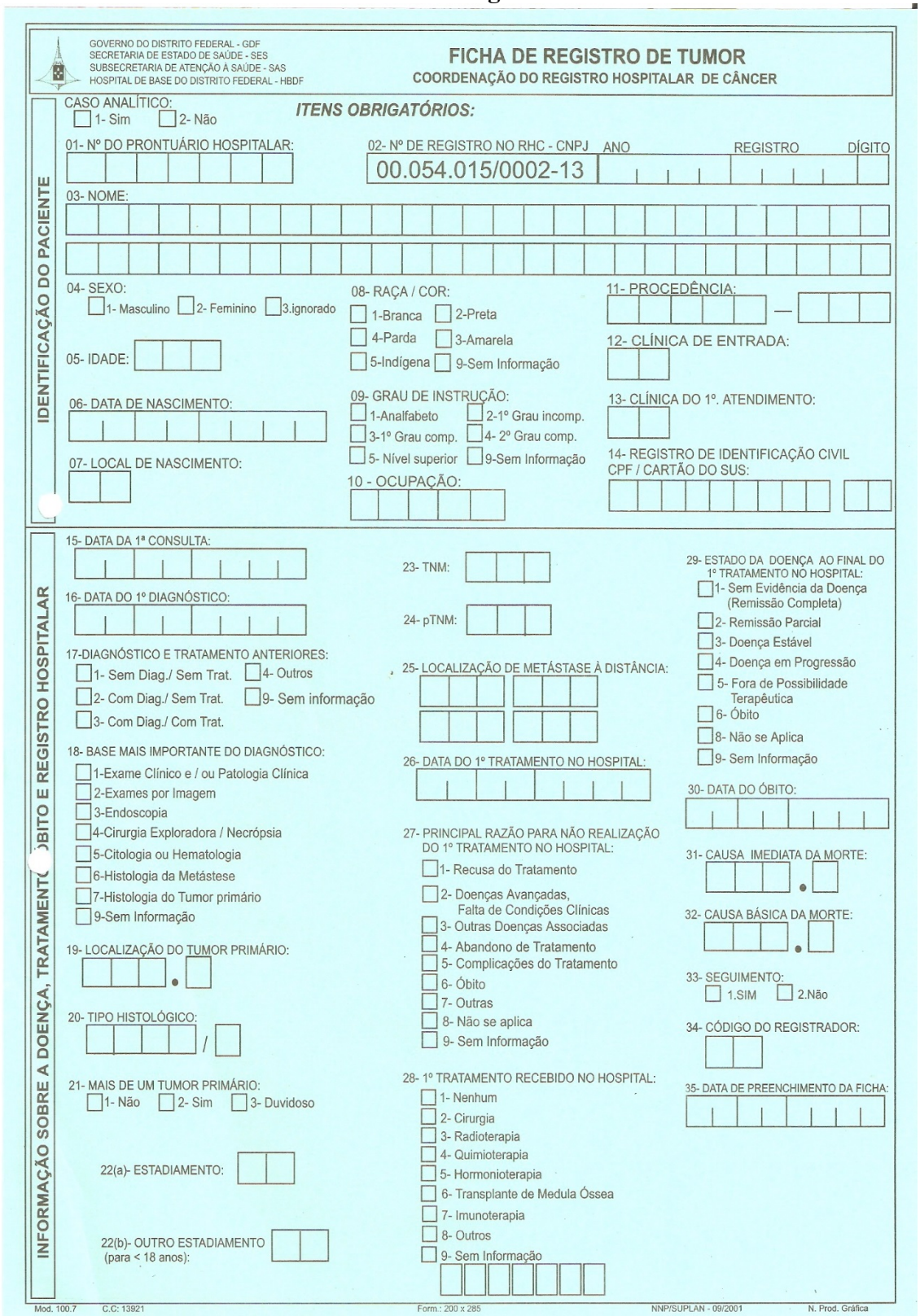
Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

16. Brasil. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2017. 128 p. Available at: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp

17. Brasil. Lei nº. 12.732, de 22 de novembro de 2012 [Internet]. 2012. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

ANEXOS

Anexo I – Ficha de Registro de Tumor



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL - GDF
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF

FICHA DE REGISTRO DE TUMOR
COORDENAÇÃO DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CASO ANALÍTICO: ☐ 1- Sim ☐ 2- Não

ITENS OBRIGATÓRIOS:

01- Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR:

02- Nº DE REGISTRO NO RHC - CNPJ 00.054.015/0002-13 ANO REGISTRO DÍGITO

03- NOME:

04- SEXO: ☐ 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3.ignorado

05- IDADE:

06- DATA DE NASCIMENTO:

07- LOCAL DE NASCIMENTO:

08- RAÇA / COR: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☐ 4-Parda ☐ 3-Amarela ☐ 5-Indígena ☐ 9-Sem Informação

09- GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐ 1-Analfabeto ☐ 2-1º Grau incomp. ☐ 3-1º Grau comp. ☐ 4- 2º Grau comp. ☐ 5- Nível superior ☐ 9-Sem Informação

10 - OCUPAÇÃO:

11- PROCEDÊNCIA: —

12- CLÍNICA DE ENTRADA:

13- CLÍNICA DO 1º. ATENDIMENTO:

14- REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL CPF / CARTÃO DO SUS:

INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA, TRATAMENTO E REGISTRO HOSPITALAR

15- DATA DA 1ª CONSULTA:

16- DATA DO 1º DIAGNÓSTICO:

17-DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES: ☐ 1- Sem Diag./ Sem Trat. ☐ 2- Com Diag./ Sem Trat. ☐ 3- Com Diag./ Com Trat. ☐ 4- Outros ☐ 9- Sem informação

18- BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO: ☐ 1-Exame Clínico e / ou Patologia Clínica ☐ 2-Exames por Imagem ☐ 3-Endoscopia ☐ 4-Cirurgia Exploradora / Necrópsia ☐ 5-Citologia ou Hematologia ☐ 6-Histologia da Metástese ☐ 7-Histologia do Tumor primário ☐ 9-Sem Informação

19- LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO: .

20- TIPO HISTOLÓGICO: /

21- MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO: ☐ 1- Não ☐ 2- Sim ☐ 3- Duvidoso

22(a)- ESTADIAMENTO:

22(b)- OUTRO ESTADIAMENTO (para < 18 anos):

23- TNM:

24- pTNM:

25- LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA:

26- DATA DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL:

27- PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL: ☐ 1- Recusa do Tratamento ☐ 2- Doenças Avançadas, Falta de Condições Clínicas ☐ 3- Outras Doenças Associadas ☐ 4- Abandono de Tratamento ☐ 5- Complicações do Tratamento ☐ 6- Óbito ☐ 7- Outras ☐ 8- Não se aplica ☐ 9- Sem Informação

28- 1º TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL: ☐ 1- Nenhum ☐ 2- Cirurgia ☐ 3- Radioterapia ☐ 4- Quimioterapia ☐ 5- Hormonioterapia ☐ 6- Transplante de Medula Óssea ☐ 7- Imunoterapia ☐ 8- Outros ☐ 9- Sem Informação

29- ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL: ☐ 1- Sem Evidência da Doença (Remissão Completa) ☐ 2- Remissão Parcial ☐ 3- Doença Estável ☐ 4- Doença em Progressão ☐ 5- Fora de Possibilidade Terapêutica ☐ 6- Óbito ☐ 8- Não se Aplica ☐ 9- Sem Informação

30- DATA DO ÓBITO:

31- CAUSA IMEDIATA DA MORTE: .

32- CAUSA BÁSICA DA MORTE: .

33- SEGUIMENTO: ☐ 1.SIM ☐ 2.Não

34- CÓDIGO DO REGISTRADOR:

35- DATA DE PREENCHIMENTO DA FICHA:

Mod. 100.7 C.C: 13921 Form.: 200 x 285 NNP/SUPLAN - 09/2001 N. Prod. Gráfica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ITENS OPCIONAIS

36- ESTADO CONJUGAL ATUAL:
- ☐ 1- Casado
- ☐ 2- Solteiro
- ☐ 3- Desquitado /separado / divorciado
- ☐ 4 - Viúvo
- ☐ 9- Sem informação

37- DATA DA TRIAGEM: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

38-HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER:
- ☐ 1- Sim
- ☐ 2- Não
- ☐ 9- Sem Informação

39- ALCOOLISMO:
- ☐ 1- Sim
- ☐ 2- Não
- ☐ 8- Não se Aplica
- ☐ 9- Sem Informação

40- TABAGISMO:
- ☐ 1- Sim
- ☐ 2- Não
- ☐ 8- Não se Aplica
- ☐ 9- Sem Informação

IINFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA

41- ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:
- ☐ 1- SUS
- ☐ 2- Não SUS
- ☐ 3- Veio por conta própria
- ☐ 9- Sem informação

42- EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR:
- ☐ 1- Exame Clínico e Patologia Clínica
- ☐ 2- Exames por Imagem
- ☐ 3- Endoscopia e Cirurgia Exploradora
- ☐ 4- Anatomia Patológica
- ☐ 9- Sem informação

43- LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL: ☐☐☐.☐

44- LATERALIDADE:
- ☐ 1- Direita
- ☐ 2- Esquerda
- ☐ 3- Bilateral
- ☐ 8- Não se Aplica
- ☐ 9- Sem informação

INFORMAÇÕES SOBRE A ORIGEM DO PACIENTE

44- ENTRADA PELO PRONTO SOCORRO:
- ☐ 1- Clínica Médica
- ☐ 2- Cirurgia Geral
- ☐ 3- Ginecologia
- ☐ 4 - Urologia
- ☐ 5 - Neurocirurgia
- ☐ 6 - Otorrinolaringologia
- ☐ 7 - Outras
- ☐ 8 - Não se aplica
- ☐ 9 - Sem informação

45 - HOSPITAL REGIONAL DE ORIGEM:
- ☐ 1- HRAS
- ☐ 2- HRAN
- ☐ 3- HRT
- ☐ 4 - HRG
- ☐ 5 - HRS
- ☐ 6 - HRC
- ☐ 7 - Outros / SES - DF
- ☐ 8 - Não se aplica
- ☐ 9 - Sem informação

OBSERVAÇÕES

100.07_ verso

Anexo II - Comprovante de submissão do artigo a revista “Cadernos de Saúde Pública”

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> 17:34 (Há 4 minutos)

para mim

Prezado(a) Dr(a). Tatiane Boaretto Constâncio:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Aspectos do atendimento às mulheres com câncer de mama associados ao estadiamento avançado" (CSP_0791/18) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página http://www.ensp.fiocruz.br/csp.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marilia Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

Cadernos de Saúde Pública / *Reports in Public Health*
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: ÂNGELA FERREIRA BARROS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53785916.2.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.524.770

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo de série analítico. Para conclusão de graduação de enfermagem. Introdução: O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência nas mulheres no Brasil e no Distrito Federal. O diagnóstico precoce é a principal estratégia para reduzir a mortalidade por essa doença. Porém a maioria das mulheres apresenta diagnóstico em estágio avançado. Isso pode ser decorrente de dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em especial, no atendimento especializado dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Objetivo: analisar o acesso ao tratamento para o câncer de mama em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Distrito Federal e caracterizar o perfil dos pacientes com neoplasia mamária atendidos, bem como as características do encaminhamento, tempo entre primeira consulta, diagnóstico e início do tratamento nesse serviço. Método: Será realizado um estudo retrospectivo de série temporal analítico na base de

dados do registro hospitalar de câncer (RHC) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) que é registrado no Instituto Nacional de Câncer(INCA) como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Na população do estudo serão incluídos todos os casos de câncer com localização primária na mama que foram registrados no registro hospitalar de câncer do HBDF desde 1999 a 2010. Serão excluídos da amostra os casos de câncer que não tenham localização primária na

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

mama ou que não tenham sido incluídas na base de dados do respectivo registro hospitalar de câncer. A coleta de dados será realizada entre abril e dezembro de 2016 na ficha de registro de tumor, elaborada e padronizada pelo INCA cujo
preenchimento é realizado de modo uniformizado por registradores formados e treinados pelo próprio instituto. Essas fichas são arquivadas no RHC do HBDF. Serão analisadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, naturalidade, procedência, grau de instrução, estado conjugal, história familiar de câncer, história de tabagismo, história de alcoolismo, estadiamento, lateralidade, tipo histológico, diagnóstico e tratamento anterior, origem do encaminhamento, data da 1a consulta no hospital, data do diagnóstico, data do primeiro tratamento, tipos de tratamento. A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde conforme recomendação das diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados será feita utilizando-se do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e posterior tratamento estatístico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acesso ao tratamento para o câncer de mama em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Distrito Federal (CACON).

Objetivo Secundário:

•Caracterizar o perfil de pacientes com neoplasia mamária atendidos pelo CACON.

•Analisar a origem e características do encaminhamento para o CACON.

•Apontar o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento.

•Apontar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

•Verificar associação das características epidemiológicas e do encaminhamento para o CACON com o tempo para início do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há um baixo risco de exposição de dados pessoais dos pacientes que tiveram seus dados registrados no registro hospitalar de câncer do Hospital de Base do Distrito Federal.

Benefícios:

Os resultados podem auxiliar os gestores a compreender as potencialidades e fragilidades do acesso de pacientes com câncer de mama aos serviços do principal centro de atenção especializada em oncologia do Distrito Federal, bem como estruturar mecanismos para melhorar

serviços de diagnóstico e o sistema de regulação para atendimento oncológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

HIPOTESES: não foram formuladas hipóteses, mas sim indagações. As hipóteses são premissas, formulações, suposições, especulações ou eventuais desfechos a serem confirmadas ou refutados para tentar intuitivamente tentar realidade objeto que se deseja estudar. É possível formular hipóteses positivas negativas e nulas a respeito do presente estudo.

RISCO: vale lembrar o capitulo V da resolução 466 de que toda a pesquisa envolvendo seres humanos implica em riscos desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitada a dispensa de TCLE, currículo da pesquisadora apresentada (todavia a pesquisadora é aparentemente a sua própria orientadora?), termo de concordância apresentado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos ao pesquisador que:

1. Apresente hipoteses positivas negativas e nulas
2. Que apresente os riscos de acordo com o capitulo V da resolução 466 e que apresente a abordagem para minimiza-los
3. Que esclareça que é o orientador da pesquisadora

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_650556.pdf	28/03/2016 12:22:07		Aceito
Outros	Resposta_pendencia.pdf	28/03/2016 12:21:30	ÂNGELA FERREIRA BARROS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_HBDF_RHC.PDF	02/03/2016 11:30:53	ÂNGELA FERREIRA BARROS	Aceito
Outros	Termo_concordancia_HBDF_RHC.PDF	02/03/2016	ÂNGELA FERREIRA	Aceito

Outros	Termo_concordancia_HBDF_RHC.PDF	11:30:27	BARROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Requerimento_liberacao_TCLE.pdf	02/03/2016 11:28:16	ÂNGELA FERREIRA BARROS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Angela_Ferreira_Barros.pdf	06/01/2016 16:38:15	ÂNGELA FERREIRA BARROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Artigo_RHC_2016_para_CEP.doc	06/01/2016 16:34:15	ÂNGELA FERREIRA BARROS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BRASILIA, 02 de Maio de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)