

**Magda Côrtes Rodrigues Rezende**

**Causas do Diagnóstico Tardio  
no Câncer de Mama**

**Rio de Janeiro**

**2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA**

## **Causas do Diagnóstico Tardio no Câncer de Mama**

**Magda Côrtes Rodrigues Rezende**

**Dissertação submetida ao Corpo Docente da  
Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,  
como parte dos requisitos necessários à  
obtenção do Grau de Mestre em Medicina.  
Área de Concentração: Radiologia e áreas  
afins.**

***Orientador: Prof. Dr. Hilton Augusto Koch***

**Rio de Janeiro**

**2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Rezende, Magda Côrtes Rodrigues,

Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama/Magda Côrtes Rodrigues Rezende. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde/ Faculdade de Medicina/Departamento de Radiologia, 2010.

viii; 53 f. : il. ; 31 cm

Orientador: Hilton Augusto Koch.

Dissertação (mestrado) -- UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, 2010.

Referências bibliográficas: f. 28-31.

1. Neoplasia Mamária - diagnóstico. 2. Neoplasia Mamária – epidemiologia. 3. Diagnóstico tardio. 4. Estadiamento de Neoplasias. 5. Sintomas Cancerínicos. 6. Doenças Mamárias - diagnóstico. 7. Estudos Transversais. 8. Radiologia - Tese. I. Koch, Hilton Augusto. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, CCS, Departamento de Radiologia e Áreas Afins. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

## **Causas do Diagnóstico Tardio no Câncer de Mama**

**Magda Côrtes Rodrigues Rezende**

**Orientador:** Prof. Dr. Hilton Augusto Koch

### ***Banca Examinadora:***

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Célia Resende Djahjah*

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Eurídice Maria de Almeida Figueiredo*

*Prof. Dr. Luiz Cláudio Santos Thuler*

Suplentes:

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bianca Gutfilen*

*Prof. Dr Evaldo de Abreu*

**Rio de Janeiro**

**2010**

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, por terem me gerado e transformado num ser humano forte o suficiente para vencer os obstáculos da vida.*

*Ao meu esposo, José Francisco e aos meus filhos, Rafael e Henriqueta, por terem tornado a minha vida tão completa e feliz.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro;

Ao Professor Dr. Hilton Augusto Koch, por ter acreditado que eu poderia realizar este trabalho;

À Dra. Eurídice Maria de Almeida Figueiredo, minha maior amiga, que me incentivou e auxiliou em todos os momentos;

Ao Prof. Pedro Carvalho Rodrigues, pelo estímulo permanente e a inestimável contribuição ao longo das atividades de compilação e análise dos dados;

À Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha, que me auxiliou nos primeiros passos do trabalho;

Ao Dr. César Augusto Lasmar Pereira, Diretor do Hospital do Câncer III, que abriu as portas da Instituição para que eu pudesse realizar a pesquisa;

Ao Dr. Luiz Claudio Santos Thuler, que despertou em mim o interesse pelo universo do ensino e da pesquisa;

Aos colegas do Hospital do Câncer III e aos funcionários da Biblioteca, do ambulatório, do Serviço Social e do arquivo médico, pela ajuda que me deram e pelo excelente trabalho que desenvolvem.

Aos doutores Afrânio Coelho, Salete Rego e Solange Malfaccini, pelo belo trabalho que fizeram na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, implantando e ampliando os pólos de mama.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar os fatores que levam ao retardo na confirmação do diagnóstico de lesões suspeitas de câncer. Foi realizado um estudo observacional de corte transversal. Foram incluídas 104 mulheres que procuraram um hospital de câncer do Sistema Único de Saúde, com diagnóstico ou suspeita de câncer de mama. Foi aplicado um questionário semiestruturado com perguntas referentes às características demográficas, clínicas e de utilização de serviços. As variáveis foram comparadas pelos testes t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme a indicação. A fim de identificar as variáveis associadas ao retardo na confirmação diagnóstica do câncer de mama, foram calculadas as *odds ratio* com intervalo de confiança (IC 95%) e um modelo de regressão logística foi elaborado. A média de idade foi de 54 anos ( $\pm 12,6$ ), predominando mulheres brancas (48,1%), casadas (63,5%), residentes no Município do Rio de Janeiro (57,7%) e com baixo grau de escolaridade (60,6%). A mediana do tempo entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta foi de um mês; e, desta última até a confirmação diagnóstica, de 6,5 meses. Em 51,0% das mulheres, o diagnóstico foi tardio (estádios II a IV). Ausência de sintomas, longo intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a primeira avaliação e entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica mostraram-se fatores associados ( $p < 0,05$ ) ao retardo na obtenção do diagnóstico de lesões suspeitas. Os resultados deste estudo sugerem que os esforços devam ser concentrados na redução dos tempos necessários para agendar a consulta médica e para o esclarecimento do diagnóstico de lesões suspeitas, bem como na educação dos médicos e das mulheres sobre a importância dos sintomas mamários e o valor da avaliação, diagnóstico e tratamento precoces.

## ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate the factors leading to delays in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer. A cross-sectional, observational study was carried out in 104 women attending a cancer hospital with a diagnosis or suspected diagnosis of breast cancer. A semi structured questionnaire on the patients' demographic and clinical characteristics and the use of services was applied. Variables were compared using Student's t-test, the Mann-Whitney test, Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, as appropriate. In order to identify the variables associated with delays in breast cancer diagnosis, the odds ratios were calculated with their respective 95% confidence intervals (95%CI) and a logistic regression model was constructed. The age of patients was  $54 \pm 12.6$  years (mean  $\pm$  standard deviation). Most of the women were white (48.1%), married (63.5%), living in the city of Rio de Janeiro (57.7%) and poorly educated (60.6%). The median time between the first sign or symptom of the disease and first consultation was 1 month and the mean time between first consultation and confirmation of diagnosis was 6.5 months. In 51.0% of the women, diagnosis was late (stages II-IV). Asymptomatic presentation and longer delay between symptom onset and the first evaluation and between symptom onset and the diagnosis were found to be significant factors ( $p < 0.05$ ) for delays in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions. The results of this study suggest that efforts must be made to reduce the time needed to get an appointment with a doctor and to confirm the diagnosis of suspicious lesions, as well as to educate physicians and women themselves regarding the importance of breast symptoms and the value of prompt evaluation, diagnosis, and treatment.



## SUMÁRIO

<b>FICHA CATALOGRÁFICA.....</b>	ii
<b>DEDICATÓRIA.....</b>	iv
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	v
<b>RESUMO.....</b>	vii
<b>ABSTRACT.....</b>	viii
<b>SUMARIO.....</b>	ix
<b>1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....</b>	1
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	4
2.1. Classificação TNM – 6ª Edição / UICC.....	4
2.1.1. Tamanho do tumor (T).....	4
2.1.2. Linfonodos regionais (N).....	5
2.1.3. Metástases (M).....	6
2.2. Exame Clínico das Mamas.....	6
2.3. Exames de Imagem.....	7
2.4. Confirmação Diagnóstica.....	8
2.5. Estadiamento e Sobrevida.....	8
<b>3. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	11
<b>4. RESULTADOS.....</b>	14
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	21
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	26
<b>7. SUGESTÕES.....</b>	27
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	29
<b>9. ANEXOS.....</b>	33
I. Folha de Informação.....	34
II. Folha de Assinatura.....	35
III. Questionário.....	36
IV. Resumos de Depoimentos das Pacientes.....	38
V. Trabalho Publicado.....	47

## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A mastologia é uma especialidade que teve expressivo desenvolvimento nos últimos anos. Isto se deveu às pesquisas implementadas, que acumularam um grande volume de conhecimento específico relacionado à doença, às campanhas educativas, à realização do exame mamográfico como método de rastreamento, aos exames de imagem de grande poder de resolução, à menor radicalidade dos procedimentos cirúrgicos e ao aparecimento de novas drogas, que contribuíram para o progresso do tratamento.

Em 1981, Umberto Veronesi<sup>47</sup> publicou um estudo prospectivo randomizado, que considerava iguais os resultados da mastectomia radical clássica e da conservadora (quadrantectomia com linfadenectomia axilar), complementada com radioterapia, em tumores iniciais.

Estudos comparando as técnicas da mastectomia radical clássica e as mastectomias radicais modificadas não demonstraram diferença na efetividade entre os grupos, o que levou à menor radicalidade e, conseqüentemente, à realização de cirurgias menos agressivas, nos anos seguintes.

Apesar de avanços como esse, alcançados ao longo dos anos, o câncer de mama, continua sendo o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta incidência e aos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e da imagem pessoal.

A cada ano, no mundo, são registrados cerca de 1,1 milhão de casos novos e 410 mil óbitos por câncer de mama<sup>25</sup>. No Brasil, com base em projeções das taxas de incidência de câncer geradas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, o Ministério da Saúde (MS) estimou que, em 2010, o número de casos novos de câncer de mama esperados para o país será de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil, excluídos os casos de tumores de pele não melanoma.

Como ocorre no restante do mundo, onde as taxas de incidência são diferentes de acordo com o grau de desenvolvimento da região, as taxas de

incidência mais elevadas, no país, são estimadas para os estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as menores sendo estimadas para os estados das regiões Norte e Nordeste<sup>23</sup>.

Nos últimos anos, o câncer de mama tem sido o câncer que mais tem causado mortes entre as mulheres<sup>21</sup>. Desde 2005, a cada ano vêm sendo registrados, no país, mais de 10 mil óbitos por esse câncer, o que corresponde a aproximadamente 30 mortes por dia.

No país, na maior parte dos casos diagnosticados, a doença encontra-se em estágio avançado, com limitadas possibilidades de tratamento<sup>4</sup>. A análise das informações de 89 hospitais especializados no tratamento de câncer e de 7 serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia, referentes a 43.442 casos de câncer de mama, mostrou que, entre 1995 e 2002, 87,7% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama encontravam-se em estádios avançados (Estádio II= 42,8%, Estádio III= 32,6% e Estádio IV= 12,3%)<sup>45</sup>.

Há consenso de que a falta de acesso aos serviços de saúde é uma das mais importantes causas de progressão da doença<sup>16</sup>. O rastreamento efetivo do câncer de mama, com técnicas toleráveis e relativamente baratas, pode detectar a doença durante a fase pré-clínica, tendo um impacto favorável na taxa de mortalidade<sup>17</sup>. A mamografia de rastreamento tem como objetivo primordial a detecção do câncer de mama clinicamente oculto, na expectativa de interromper a história natural da neoplasia maligna<sup>15</sup>.

Os cânceres identificados em mulheres assintomáticas são propensos a terem tamanho menor e a estarem em estágios iniciais<sup>24</sup>; entretanto, ainda não há consenso sobre as orientações para o rastreamento do câncer de mama nos grupos etários com menos de 50 e mais de 70 anos. A *American Cancer Society*<sup>41</sup> apoia a realização de mamografia e exame clínico das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos, enquanto a *Canadian Task Force* recomenda o exame apenas para as mulheres entre 50 e 69 anos de idade<sup>3</sup>. No Brasil, o MS vem recomendando, desde 2004, a realização de mamografia de rastreamento para mulheres assintomáticas, na faixa etária entre 50 e 69 anos, com intervalos nunca superiores a dois anos. Já para as mulheres entre 40 e 49 anos de idade, a

recomendação vem sendo de rastreamento anual por meio do exame clínico da mama<sup>22</sup>. Contudo, a partir de 29 de abril de 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a assegurar a realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, conforme estabeleceu a lei número 11.664, de 29 abril de 2008.

No Brasil, em 1999, o SUS, responsável pela assistência médica de 70% dos brasileiros, realizou mamografias em somente 8% das mulheres com mais de 40 anos de idade<sup>26</sup>. Já em 2009, foram realizadas 1.970.683 mamografias unilaterais e 1.058.571 mamografias bilaterais para rastreamento, perfazendo um gasto total da ordem de R\$129.012.297,20. Esses exames foram realizados principalmente em instituições privadas conveniadas com o SUS (72,0%). Esse quantitativo seria suficiente para cobrir pouco mais de 2 milhões das 32.619.505 de mulheres brasileiras com mais de 40 anos de idade<sup>32</sup>.

## OBJETIVOS

1. Determinar a frequência de mulheres com câncer de mama em estágio avançado, matriculadas em um Centro de Referência do SUS no Rio de Janeiro.
2. Identificar os fatores determinantes do diagnóstico tardio e do retardo na confirmação diagnóstica das lesões mamárias, entre as pacientes atendidas.
3. Com base nos resultados da pesquisa, sugerir ações para facilitar o acesso das mulheres ao rastreamento e ao diagnóstico do câncer de mama no SUS, no Município do Rio de Janeiro.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Há consenso de que um dos principais determinantes do diagnóstico inicial do câncer de mama, em estágio avançado, é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas, o que compromete, de maneira importante, o prognóstico das pacientes<sup>39</sup>.

Vários fatores são avaliados no processo de escolha da melhor opção terapêutica no câncer de mama. Os fatores primários correspondem ao estadiamento clínico pré-operatório, que consiste na extensão local da doença, e na presença ou não de metástases, de acordo com a classificação TNM<sup>22</sup>. Essa classificação é utilizada para avaliar a extensão da doença, com a finalidade de ajudar a planejar o tratamento, a fornecer alguma indicação do prognóstico e a contribuir para a investigação contínua do câncer mamário.

As informações necessárias são obtidas pelo exame clínico metuculoso, onde se define: T (dimensão máxima do tumor), N (linfonodos regionais comprometidos) e M (presença de metástases)<sup>25</sup>.

### 2.1. Classificação TNM – 6ª Edição / UICC

#### 2.1.1. Tamanho do tumor (T)

Tx - Tumor primário não pode ser avaliado

T0 - Não há evidência de tumor primário

Tis - Carcinoma *in situ*

Tis (CDIS) - Carcinoma ductal *in situ*

Tis (CLIS) - Carcinoma lobular *in situ*

Tis (Paget) - Doença de Paget da papila sem tumor associado

T1 - Tumor menor ou igual a 2cm

T1mic - Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão

T1a - Tumor maior que 0,1cm e menor ou igual a 0,5cm

T1b - Tumor maior que 0,5cm e menor ou igual a 1cm

T1c - Tumor maior que 1cm e menor ou igual a 2cm

T2 - Tumor com mais de 2 e até 5cm em sua maior dimensão

T3 - Tumor com mais de 5cm em sua maior dimensão

T4 - Tumor de qualquer tamanho com extensão para pele ou parede torácica

T4a - Extensão para a parede torácica

T4b - Edema (incluindo *peau d'orange*), ou ulceração da pele da mama

T4c - Associação do T4a e T4b

T4d - Carcinoma inflamatório

Observações:

a) O comprometimento do músculo grande peitoral não caracteriza T4.

b) A presença de retração da pele ou papila não interfere no estadiamento.

### 2.1.2. Linfonodos regionais (N)

Nx - Linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 - Ausência de metástases para linfonodos

N1 - Linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is) comprometidos(s)

N2 - Metástase(s) para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos à estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodos da cadeia mamária interna homolateral

N2a - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos às estruturas vizinhas

N2b - Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo (s) da cadeia mamária interna, sem evidência clínica de metástase axilar

N3 - Metástase(s) para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral (is) clinicamente aparente (s), na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna

N3a - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es)

N3b - Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral(is) e para linfonodo(s) axilar(es)

N3c - Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)

Observações: Clinicamente aparente é definido como detectado por estudos de imagem (exceto linfocintigrafia), pelo exame clínico, ou pelo diagnóstico patológico macroscópico.

### 2.1.3. Metástases (M)

Mx - Metástase a distância não pode ser avaliada

M0 - Ausência de metástase a distância

M1 - Presença de metástase a distância

## 2.2. Exame Clínico das Mamas

O exame clínico das mamas (ECM) continua a ser parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico do câncer e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico<sup>22</sup>, pois é um instrumento muito útil para a definição e, sobretudo, para a instituição da conduta terapêutica imediata de uma patologia focal<sup>1</sup>. Ele consiste da anamnese, por meio do diálogo com a paciente, da inspeção e da palpação das mamas e das cadeias linfáticas de drenagem. A sensibilidade do exame na identificação dos tumores de mama está diretamente relacionada às dimensões da lesão. Nas inferiores a 1 cm, em mulheres idosas, alcança cerca de 30 a 40% de sensibilidade<sup>6</sup>.

É importante desmitificar o exame clínico como meio diagnóstico em mastologia, porque ele é simples e de fácil execução; no entanto, uma consulta correta, com o objetivo de detectar lesões de menores dimensões, não pode ser rápida, nem superficial e requer experiência. A Figura 1 mostra as diferentes etapas do exame clínico das mamas: inspeção estática e dinâmica, palpação das cadeias linfáticas de drenagem e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.



Figura 1. Exame clínico das mamas

Fonte: Juliana de Almeida Figueiredo

### 2.3. Exames de Imagem

O diagnóstico por imagem da mama já se consagrou na propedêutica mamária, através dos diversos métodos diagnósticos. Os avanços tecnológicos permitiram o surgimento de aparelhos dedicados à mama, que enriquecem o arsenal disponível aos mastologistas com vistas ao diagnóstico precoce, tais como a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética. A mamografia é um exame que apresenta boa sensibilidade e um custo relativamente baixo, constituindo o melhor método de rastreamento do câncer de mama.

Estudo de Tabar e cols<sup>42</sup> mostrou que, em países desenvolvidos, há uma redução de 44% da mortalidade por câncer de mama em mulheres, entre 40-69 anos, rastreadas por meio de mamografia.

O Sistema Bi-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) foi proposto pelo Colégio Americano de Radiologia, em conjunto com outras instituições, como o Instituto Americano de Câncer e o Colégio Americano de Cirurgiões, em 1992, com o objetivo de melhorar a eficácia dos programas de rastreamento mamário e de implementar a qualidade dos laudos de mamografia



emitidos pelos médicos radiologistas. No Brasil, a recomendação da sua utilização foi feita na Reunião de Consenso, realizada em abril de 1998, com a participação do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e da Federação Brasileira de Radiologia (Febrasgo). A 4ª edição do Sistema Bi-RADS foi lançada em 2003.

#### 2.4. Confirmação Diagnóstica

Nem toda lesão diagnosticada pelos recursos de imagem, no entanto, se confirma como câncer. Se houver lesões suspeitas de malignidade, deve-se buscar a confirmação diagnóstica pela citologia, por meio da punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológica pela *core biopsy*, ou pela biópsia cirúrgica convencional<sup>22</sup>. Outros métodos disponíveis são a biópsia esterotáxica e a biópsia assistida a vácuo.

#### 2.5. Estadiamento e Sobrevida

Em uma série de 362 pacientes tratadas no antigo hospital de Oncologia do Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS), hoje Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no período de 1975 a 1980, foram encontrados percentuais de sobrevida de 90, 72 e 59%, respectivamente, para os estádios I, II e III, demonstrando que a sobrevida é maior para os casos iniciais, independente da técnica operatória<sup>46</sup>.

Anaelena e cols, em uma série de 252 pacientes atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, verificaram que 75,8% das pacientes, quando foram diagnosticadas, tinham o tumor maior que 2 cm, o que representa um diagnóstico em fase tardia da doença, nos estadiamentos clínicos II ou III<sup>33</sup>.

Estudos de sobrevida no Brasil, baseados em séries de casos de Registros de Câncer de Base Populacional e de hospitais das cidades de São Paulo, Goiânia, Curitiba, Rio de Janeiro, Belém, Santa Maria e Juiz de Fora, mostraram que a sobrevida global, em cinco anos, variou entre 57,1 e 80,0% (valor mediano= 69,4%), ficando entre 77,9 e 100% (valor mediano= 89,0%) nos casos em que o diagnóstico foi realizado nos estádios iniciais (estádios I e II). Valores de

sobrevida em cinco anos tão baixos quanto 8,1 e 10,0% foram observados quando o diagnóstico foi realizado com a doença em estágio IV (valor mediano = 43,4%)<sup>7,9,11,12,13,18,29, 34, 36</sup>.

Outro estudo realizado em Santo André, São Paulo, mostrou que o atraso no diagnóstico está, em grande parte, relacionado ao tempo que a paciente demora a procurar os serviços de saúde<sup>44</sup>. Os autores destacaram, em ordem decrescente de importância clínica, o intervalo de tempo entre: a mamografia e a biópsia, o resultado da biópsia e a cirurgia, e o resultado do exame anatomopatológico e o início do tratamento.

No que diz respeito às razões para esses atrasos, uma revisão sistemática da literatura mostrou associação com idade avançada e ausência de nódulo, mas não foi observada associação com o estado civil<sup>44</sup>. Já um estudo realizado na Itália destacou que os fatores para atraso no diagnóstico relacionados à paciente foram idade mais elevada e nível educacional baixo, enquanto os fatores relacionados à atenção foram não ser atendida por mastologistas<sup>31</sup>.

O estudo de Gullate e cols<sup>19</sup> no qual foram incluídas mulheres afro-americanas, demonstrou que os principais fatores de atraso no diagnóstico, relacionados às mulheres, foram: baixo nível educacional, falta de conhecimento sobre a gravidade dos sintomas mamários e seus fatores de risco, desconhecimento dos benefícios potenciais da detecção precoce do câncer e existência de perspectivas fatais sobre a doença. Outros fatores relacionados à mulher foram: idade avançada, baixo nível socioeconômico, medo do diagnóstico, temor das consequências do tratamento, vergonha, noções equivocadas sobre a etiologia do câncer de mama, outras prioridades familiares, negação e crenças. Nesse estudo, os autores concluíram que um atraso de três meses na instituição do tratamento é um importante fator para o aumento da letalidade por câncer de mama.

Por outro lado, Caplan e cols<sup>5</sup> após analisarem 367 mulheres com câncer de mama, concluíram que somente em 25% dos casos o atraso pode ser atribuído à própria mulher. Na maior parte das vezes, a responsabilidade deve ser conferida aos serviços de saúde. Autores brasileiros, ao analisar a situação do

câncer de mama no país, têm considerado que a falta de acesso aos serviços de saúde é uma das mais importantes causas da progressão da doença<sup>16</sup>.

Diversos autores<sup>20,28,30,38</sup> têm mostrado que, além da falta de acesso ao exame mamográfico, alguns outros fatores podem interferir no diagnóstico tardio do câncer de mama. Entre eles estão: cor negra, aumento no índice de massa corpórea, nunca ter sido casada, baixa renda, baixo nível socioeconômico, não ter plano de saúde privado, não ter recursos financeiros para procurar o médico, falta de acesso ao exame clínico das mamas e falta de transporte. Ademais, diferentes crenças e aspectos culturais podem interferir nesse processo.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo exploratório descritivo, de corte transversal. Sua base populacional foi formada por uma amostra aleatória, constituída de 104 mulheres que procuraram o Hospital do Câncer III (HC III), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para confirmação diagnóstica e tratamento de lesões mamárias, independentemente da idade e da forma de encaminhamento. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do INCA, em 11 de junho de 2003 (registro nº 30/03), respeitando-se as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 196, de 10 de outubro de 1996 (Anexo 1).

Com base na prevalência esperada de diagnósticos tardios estimados em 45%, para um nível de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 10%, o tamanho amostral mínimo foi definido em 95 mulheres. Contudo, com o intuito de evitar comprometimento por perdas, esses valores foram acrescidos de 10%, tomando-se uma amostra aleatória de 104 mulheres.

O HCIII localiza-se na zona norte do Município do Rio de Janeiro, e presta assistência médico-hospitalar gratuita pelo SUS. Possui 52 leitos ativos dedicados exclusivamente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama e foi escolhido por se tratar da Unidade de Saúde do SUS que atende, isoladamente, ao maior número de pacientes com neoplasia mamária, no Município, assim como pela facilidade em se conseguir as informações complementares necessárias, tendo em vista a excelência do seu arquivo médico. Sua localização estratégica, seu conceito como referência em patologia mamária e a gratuidade da atenção fazem com que pacientes com pouco poder aquisitivo, residentes nos subúrbios ou nos municípios vizinhos, procurem ou sejam encaminhadas a ele.

Para compreender o funcionamento da Unidade, foram feitas entrevistas com os funcionários responsáveis pelo primeiro atendimento às pacientes, a saber: o vigilante que orientava as pacientes para a recepção, a recepcionista que as encaminhava para o Serviço Social, a assistente social responsável pela pré-triagem e o médico triagista, responsável pelo primeiro atendimento médico na Unidade.

As entrevistas com as pacientes foram realizadas pela pesquisadora (M.C.R.R.), no mesmo dia em que elas eram matriculadas na Instituição. Esse momento foi escolhido porque as informações relativas ao percurso da paciente na rede de saúde sofreriam menor viés de memória e por ser mais fácil a consulta a exames e receitas médicas anteriores. As entrevistas foram iniciadas em 16 de janeiro de 2004 e finalizadas em 02 de julho de 2004. Os dados relativos à data e ao método usado para confirmação diagnóstica no Hospital foram complementados pela busca de informações no prontuário médico.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II) foi explicado verbalmente e todas as informações e questionamentos acerca do estudo foram respondidos. Em seguida, as pacientes foram submetidas a uma entrevista para preenchimento de um questionário semiestruturado (Anexo III), composto, predominantemente, por perguntas do tipo fechadas, referentes: às características demográficas (conforme definição da própria paciente), aos aspectos clínicos da doença atual (conforme documentação apresentada pela paciente ou registro em prontuário médico) e à utilização de serviços (da mesma forma, conforme informado pela paciente ou registro em prontuário médico).

Foram considerados como serviços públicos de saúde todos aqueles pertencentes ou conveniados ao SUS. Foram incluídas mulheres com 26 ou mais anos de idade, em investigação diagnóstica de lesões mamárias ou em busca de tratamento, que concordaram em participar do estudo. Foi considerado retardo na confirmação diagnóstica quando o tempo entre o primeiro sinal ou sintoma e o diagnóstico de câncer foi maior ou igual ao percentil 75 dessa variável na população estudada; ou seja, 15 meses. Além disso, foi considerada doença avançada os casos nos estádios II, III e IV<sup>10</sup>.

A análise estatística foi realizada por meio dos programas *EpilInfo* (versão 3.4, 2007) e *SPSS for Windows* (versão 14.01, 2005). As variáveis ordinais e nominais foram comparadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) ou teste exato de Fisher, quando indicado. Como medida de efeito foi calculada a *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%), considerando-se o objetivo do estudo de analisar os fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias. Um modelo de regressão logística foi elaborado,

visando a identificar as variáveis associadas de maneira independente ao desfecho estudado. Nesse modelo, foram incluídas somente as variáveis cujo valor de  $p$  foi menor que 0,05 na análise univariada. Para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Buscando ter maior conhecimento e compreensão sobre o processo de evolução da doença e as dificuldades de acesso encontradas pelas pacientes, aos recursos diagnósticos, foram registrados seus comentários e suas queixas. Embora não fizessem parte dos objetivos específicos da pesquisa, os depoimentos foram considerados uma importante contribuição na busca de soluções para o enfrentamento do problema (Anexo IV).

#### 4. RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 104 mulheres, com idade variando entre 26 e 87 anos (média =  $54,0 \pm 12,6$ ). As características demográficas das pacientes incluídas são mostradas na Tabela 1. Predominaram mulheres com menos de 49 anos de idade (45,2%); de raça/cor negra ou parda (51,9%); casadas e viúvas (82,7); e com ensino fundamental incompleto (38,5%). Cinquenta e sete pacientes (57,7%) residiam no Município do Rio de Janeiro, enquanto as demais eram provenientes de outros municípios do Estado, com predomínio das cidades mais próximas como Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói e São Gonçalo. A distribuição por bairros, no Rio de Janeiro, mostrou franca prevalência de residência das pacientes, nos bairros do subúrbio, da Zona Norte e da Ilha do Governador (88%).

Tabela 1. Características demográficas das pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no HC III / INCA (n=104)

Variável	Frequência	%
Faixa etária		
▪ < 49 anos	47	45,2
▪ 50 – 69 anos	42	40,4
▪ ≥ 70 anos	15	14,4
Raça/Cor		
▪ Branca	50	48,1
▪ Negra e parda	54	51,9
Estado civil		
▪ Casada e viúva	86	82,7
▪ Solteira	14	13,5
▪ Divorciada	4	3,8
Grau de escolaridade		
▪ Fundamental incompleto	40	38,5
▪ Fundamental completo	28	26,9
▪ Médio completo	21	20,2
▪ Superior completo	10	9,6
▪ Desconhecido	5	4,8

Com relação às alterações observadas na mama (Tabela 2), foram evidenciados nódulos mamários em 51,0% das mulheres, seguidos de dor mamária (9,6%) e secreção papilar (6,7%). Outras queixas foram: espessamento, mudança de posição do mamilo, mancha na pele, nódulo na axila e inflamação.

As alterações que levaram à necessidade de esclarecimento diagnóstico foram identificadas pela própria paciente na maior parte dos casos (66,3%) e apenas oito pacientes (7,7%) tiveram a lesão mamária identificada pelo exame clínico. Um quarto (25,0%) das mulheres era assintomático, apresentando alterações somente no exame mamográfico.

Sobre o autoexame das mamas, 41,3% das pacientes afirmaram que o realizavam regularmente, enquanto 31,7% admitiram que não o realizavam. 26,9% das pacientes deixaram dúvida, não admitindo a não realização, nem tampouco a sua realização regularmente.

Quanto ao diagnóstico, no momento da matrícula, 35,6% das pacientes apresentaram laudo de exame histopatológico.

Quanto ao estadiamento, verificou-se que 51,0% dos casos analisados encontravam-se em uma fase avançada da doença (estádios clínicos II = 28,8%, III = 8,7% e IV = 13,5).

Dos 26 casos em que a lesão havia sido detectada por mamografia, 80,8% encontravam-se nos estádios 0 ou I, enquanto apenas 19,2% apresentava-se em estágio avançado (estádios II, III e IV).



Tabela 2. Características clínicas das pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no HC III / INCA (n=104)

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Alterações na mama</b>		
▪ Nódulo	53	51,0
▪ Dor mamária	10	9,6
▪ Secreção papilar	7	6,7
▪ Outras queixas*	8	7,7
▪ Achado mamográfico (assintomáticas)	26	26,0
<b>Forma de identificação da lesão</b>		
▪ Identificada pela paciente	69	66,3
▪ Identificada por médico no exame clínico	8	7,7
▪ Identificada por mamografia	26	25,0
▪ Outra forma de identificação**	1	1,0
<b>Prática regular do autoexame das mamas</b>		
▪ Sim	43	41,3
▪ Não	33	31,7
▪ Informação pouco confiável	28	26,9
<b>Diagnóstico de câncer no momento da matrícula</b>		
▪ Não	67	64,4
▪ Sim	37	35,6
<b>Estadiamento</b>		
▪ 0	14	13,5
▪ I	12	11,5
▪ II	30	28,8
▪ III	9	8,7
▪ IV	14	13,5
▪ Ignorado / Doença benigna	25	24,0

\* Outras queixas: espessamento, mudança da posição do mamilo, mancha na pele, nódulo na axila e inflamação.

\*\*Outra forma de identificação: alteração na mama percebida pela filha.

Com relação aos locais de realização dos atendimentos (Tabela 3) 51,9% das mulheres informaram ter realizado a primeira consulta em serviços privados, enquanto 48,1% foram atendidas em Unidades Públicas de Saúde.

Na data da admissão no HC III / INCA, 97 pacientes (93,3%) trouxeram exames mamográficos, sendo que 68,0% deles haviam sido realizados em serviços privados. Das 49 ultrassonografias apresentadas, 79,6% haviam sido realizadas em serviços privados. Das 37 pacientes com diagnóstico histopatológico, no momento da admissão no hospital, em 25 (67,6%) o exame havia sido feito em serviços privados.

Os métodos mais utilizados para a confirmação do diagnóstico foram a *core biopsy* em 40 pacientes (38,4%), seguida pela biópsia cirúrgica convencional em 18 pacientes (17,3%).

Tabela 3. Local dos atendimentos realizados pelas pacientes, antes da 1ª consulta no HC III / INCA (n=104)

Variável	Frequência	%
Local da primeira consulta		
▪ Serviço privado	54	51,9
▪ Serviço público	50	48,1
Mamografias apresentadas na 1ª consulta no INCA		
▪ Serviço privado	66	68,0
▪ Serviço público	31	32,9
Ultrassonografias apresentadas na 1ª consulta no INCA		
▪ Serviço privado	39	79,6
▪ Serviço público	10	20,4
Confirmação histopatológica		
▪ Serviço privado	25	67,6
▪ Serviço público	12	32,4

O tempo utilizado pelas pacientes para obter os recursos assistenciais na rede de saúde é demonstrado na Tabela 4. O intervalo de tempo entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta variou de um a 60 meses (mediana 1 mês), sendo menor ou igual a um mês em 54,7% das pacientes. O tempo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica variou de 0 a 54

meses (mediana 6,5 meses); em apenas 20% dos casos, esse tempo foi menor que 90 dias. Já o tempo total, decorrido entre o primeiro sinal ou sintoma e a confirmação diagnóstica, variou de 1 a 65 meses (mediana 8,0 meses). As pacientes informaram terem ido, anteriormente à matrícula no INCA, entre uma e 12 vezes a serviços de saúde para consultas, excluindo-se as idas para realização de exames.

Tabela 4. Histórico de utilização de serviços pelas pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no HC III / INCA (n=104)

<b>Variável</b>	<b>Mediana em meses (mín.- máx.)</b>
Meses decorridos entre o primeiro sinal ou sintoma e a primeira consulta	1 (1 - 60)
Meses decorridos entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica	6,5 (0-54)
Meses decorridos entre o primeiro sinal ou sintoma e a confirmação diagnóstica	8 (1-65)
Número de vezes em que a paciente foi a serviços de saúde para consultas médicas*	4 (1-12)

\* Excluindo os deslocamentos para fazer exames

Na análise univariada (Tabela 5), observou-se maior chance de retardo na confirmação diagnóstica ( $p < 0,05$ ) entre as mulheres cujo tempo entre o início da doença e a primeira consulta foi maior que um mês e quando o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi maior que 10 meses. Além disso, a apresentação da doença em estádios iniciais (0 e I) também se mostrou associada ao retardo no diagnóstico.

Tabela 5. Fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas no Hospital do Câncer III / INCA com suspeita de neoplasia mamária (n=104)

<b>Variável</b>	<b>Retardo no diagnóstico Nº (%)</b>	<b>Odds Ratio (IC 95%)</b>	<b>Valor de p</b>
Idade < 50 anos vs ≥ 50 anos	15(53,6%)	1,6 (0,7-3,7)	0,32
Cor da pele branca vs parda ou negra	10 (35,7)	0,5 (0,2-1,3)	0,14
Estado civil solteira vs demais	5 (17,9)	1,8(0,5-7,0)	0,33
Escolaridade < 11 anos de estudo ou desconhecida vs ≥ 11 anos de estudo	26 (92,9)	2,2 (0,5-10,8)	0,51
Autoexame das mamas regular	11 (50,0)	1,5 (0,6-4,2)	0,41
Local da primeira consulta em serviço público vs serviço privado	13 (46,4)	1,1 (0,5-2,7)	0,79
Queixa clínica* vs diagnóstico por imagem	25 (89,3)	3,53 (0,96-12,9)	0,046
Identificação da lesão pela paciente vs por médico ou mamografia	21 (75,0)	1,8 (0,7-4,7)	0,24
Tempo entre o início da doença e a primeira consulta > 1 mês vs ≤ 1 mês	16 (57,1)	5,0 (2,0-12,5)	<0,001
Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico > 10 meses vs ≤ 10 meses	23 (82,1)	36,8 (10,9-124,0)	<0,001
Confirmação histopatológica no momento da matrícula no HCIII	17 (60,7)	1,2 (0,5-3,0)	0,66
Estádio no momento do diagnóstico (estádios 0 e I) vs avançado (estádios II a IV)	21 (75,0)	4,3 (1,6-11,2)	0,002
Diagnóstico final de câncer	25 (89,3)	3,5 (1,0-12,7)	0,05

\* Queixas clínicas: Nódulo, secreção, dor, inflamação ou outra queixa.

Dessas variáveis, apenas o tempo entre o início da doença e a primeira consulta e entre a primeira consulta e o diagnóstico, e o estadiamento mais inicial, 0 e I no momento da matrícula com ausência de queixa clínica, mostraram-se associados, de forma independente, ao desfecho estudado (Tabela 6).

Tabela 6. Análise multivariada dos fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas no HC III/INCA com suspeita de neoplasia mamária (n=104)

<b>Fatores</b>	<b>Odds Ratio (IC 95%)</b>	<b>Valor de p</b>
Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico > 10 meses	201,9 (19,7-2075,5)	< 0,001
Tempo entre o início da doença e a primeira consulta	14,3 (1,6-129,3)	0,018
Ausência de queixa clínica	9,4 (1,2-72,8)	0,03

## 5. DISCUSSÃO

No Brasil, o aumento da mortalidade por câncer de mama tem sido atribuído, sobretudo, ao retardamento no diagnóstico e à falta de implementação da terapêutica adequada<sup>22</sup>. Esse câncer é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. Entretanto, o atraso no diagnóstico vem impedindo que as pacientes sejam beneficiadas pelos procedimentos terapêuticos que poderiam, de fato, reverter o curso clínico da doença<sup>49</sup>.

O presente estudo confirmou a elevada prevalência de doença avançada (estádios II, III e IV) nas mulheres matriculadas no HC III/INCA. Estudo envolvendo 89 hospitais mostrou prevalência semelhante, onde mulheres diagnosticadas com câncer de mama também se encontravam em estádios avançados da doença e menos de 11% delas se encontravam no estágio I (figura 2)<sup>45</sup>.

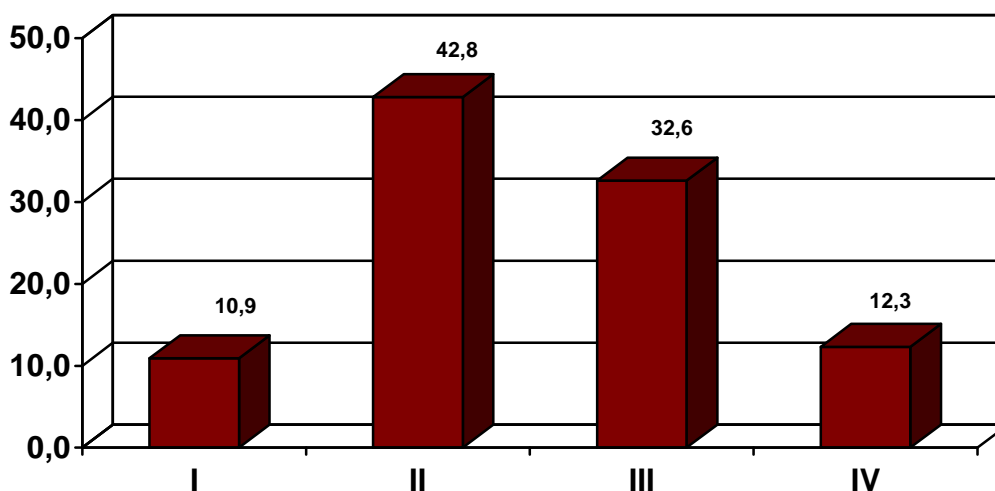


Figura 2. Estadiamento no momento do diagnóstico dos casos de câncer de mama atendidos em 89 hospitais brasileiros.

Fonte: Thuler e Mendonça (RBGO, 2005)

As pacientes apresentaram média de idade de 54 anos. A mais jovem apresentava 26, enquanto a mais idosa 87 anos. Em um estudo levantado<sup>27</sup> foi identificada média de idade de 54,7 anos, com variação de 22 a 82 anos, coincidindo, em parte, com o presente trabalho; enquanto noutro estudo, realizado

no Brasil por Trufelli e cols<sup>44</sup>, a média de idade das pacientes foi de 56,3 anos, muito próxima à descrita na presente pesquisa. Embora a idade seja um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, de acordo com os resultados obtidos, essa variável não esteve associada ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias. A idade também não se mostrou preditora de doença avançada em dois estudos conduzidos nos Estados Unidos da América<sup>20,28</sup>. Entretanto, pesquisadores apontaram a idade como um importante fator, ao mostrar que mulheres mais jovens<sup>38</sup> e as mais idosas<sup>30</sup> apresentavam a doença em estágio mais avançado. Já em São Paulo<sup>8</sup>, foram comparadas mulheres com câncer de mama em três faixas etárias (menos de 40 anos, entre 40 e 50 anos, e mais de 50 anos), concluindo-se que não há diferença na distribuição por estádios entre esses grupos. Em outros estudos, porém, foi observada maior chance de retardo no diagnóstico entre as mulheres mais idosas<sup>19, 34</sup>.

Apesar de as pacientes serem majoritariamente de raça/cor negra e parda (51,9%), dada a miscigenação da população brasileira e a dificuldade em se classificar adequadamente as pessoas no que diz respeito a essa variável, é importante considerar a existência de um possível viés nessa classificação. Entretanto, essa variável foi considerada importante, uma vez que poderia ser considerada um indicador da situação socioeconômica. Em mulheres negras, a mamografia tem mostrado uma baixa especificidade e alta sensibilidade, visto que apresentam tumores de maiores dimensões e doença mais avançada do que as brancas<sup>50</sup>. Além disso, uma análise prospectiva de 1.222 mulheres norte-americanas mostrou que os fatores associados ao estadiamento do câncer de mama se expressam de forma diferenciada entre brancas e negras<sup>20</sup>. No presente estudo, embora as mulheres de cor parda ou negra apresentassem atraso no diagnóstico com mais frequência do que as brancas (64,3% *versus* 35,7%), essa diferença não se mostrou significativa, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, ao número de pacientes avaliadas.

A análise dos dados apontou um predomínio de mulheres casadas, sendo que o estado civil também não interferiu no estadiamento inicial da doença e no atraso no diagnóstico. De forma semelhante, em um estudo de sobrevida,

envolvendo 1.022 mulheres com câncer de mama, a situação conjugal não foi considerada um fator importante<sup>35</sup>. Entretanto, em uma pesquisa envolvendo 540 pacientes norte-americanas, o fato de nunca ter sido casada aumentou em quase três vezes o risco de apresentar doença em estágio avançado<sup>28</sup>.

No presente estudo, a maior parte das mulheres (85,6%) tinha baixa escolaridade, ou seja, eram semianalfabetas ou apenas com o ensino fundamental ou médio. Entretanto, essa variável também não se mostrou associada ao desfecho estudado, a despeito de outros autores destacarem sua importância<sup>19,30</sup>. Isso pode ter ocorrido devido à homogeneidade da população atendida no hospital.

O autoexame das mamas não é uma técnica apropriada para o diagnóstico precoce do carcinoma de mama, mas vem sendo considerado como um método auxiliar, tendo em vista que a mulher passa a conhecer a estrutura da própria mama e, conseqüentemente, pode fornecer informações, ao médico, que colaborem com o diagnóstico<sup>49</sup>. Até o presente momento, não há evidências científicas de que a sua prática promova a redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Em um ensaio clínico não randomizado, iniciado em 1973 na Inglaterra pelo *UK Early Detection of Breast Cancer Study Group*, não foi constatada redução nas taxas de mortalidade, devido a esse câncer, atribuíveis ao autoexame<sup>14</sup>. De maneira semelhante, dois ensaios clínicos randomizados, para avaliar o impacto sobre a mortalidade por câncer de mama<sup>40,43</sup>, envolvendo um grande número de mulheres, apontaram para a ineficácia do autoexame em reduzi-la. Concordando com essas observações, no presente estudo, a não realização do autoexame das mamas não esteve associada ao retardo para a confirmação do diagnóstico de câncer.

Quanto ao tipo de serviço procurado anteriormente à matrícula no HCIII / INCA, embora se tenha evidenciado que mais da metade (51,9%) das pacientes procurou um serviço privado para a primeira consulta, essa variável não mostrou associação significativa com o retardo na confirmação diagnóstica do tumor. Diferentes estudos<sup>30,48</sup> vêm mostrando que mulheres atendidas em hospitais públicos tiveram câncer avançado mais frequentemente. Pode-se especular, para o presente estudo, que os serviços privados tenham tido um papel social



importante, pois supriram o vazio deixado pelo setor público, tendo em vista que a maior parte dos exames foi realizada em serviços privados.

Um fato importante a ser destacado no presente estudo é que o nódulo foi a alteração mamária mais frequentemente observada (51,0%), o que pode explicar a sua fácil detecção ao autoexame ou a possibilidade de sua identificação acidental, sem a utilização de qualquer estratégia rotineira de detecção precoce do câncer das mamas. Em geral, os sinais e sintomas do câncer de mama são tardios e observados somente em pacientes com a doença em estádios mais avançados, quando os nódulos já são palpáveis. Assim sendo, na análise multivariada, a ausência de queixa clínica foi um dos fatores associados ao retardo na confirmação do diagnóstico em ambas as análises, univariada e multivariada. Em outro estudo nacional <sup>44</sup>, no entanto, foi destacado que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estádios mais avançados da doença. Em uma revisão sistemática da literatura <sup>31</sup>, a apresentação de outro achado, que não o nódulo, esteve entre as razões para atrasos no diagnóstico. Além disso, neste estudo, somente 25,0% das pacientes tiveram suas lesões identificadas pela mamografia, demonstrando a inacessibilidade a esse exame, que tinha baixa oferta pelo serviço público local, como um método de rastreamento, na ocasião da coleta dos dados. Contudo, nos casos detectados por meio do exame de imagem, a maior parte (80,8%) encontrava-se nos estádios 0 ou I. Esses dados evidenciam a importância da mamografia para o diagnóstico de lesões em fases iniciais.

Este estudo mostrou uma forte associação entre os tempos decorridos entre o início da doença e a primeira consulta e entre a primeira consulta e o diagnóstico, com o retardo na confirmação do diagnóstico do câncer. No primeiro caso, mais da metade das pacientes procurou o Hospital em até um mês após o início dos sintomas, o que mostrou a conscientização das mulheres sobre a gravidade da possível doença a ser investigada e a necessidade do diagnóstico, com vistas à instituição do tratamento curativo. Já o intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi maior que 6,5 meses em metade das mulheres, apontando para a morosidade do Sistema de Saúde do Município, no período estudado. Esses resultados confirmam as conclusões de Caplan e cols <sup>5</sup>, de que

na maior parte das vezes a responsabilidade no atraso diagnóstico deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher.

O fato de 64,4% das pacientes não terem confirmação histopatológica no momento da primeira consulta no HC III / INCA, levantou a suspeita de ser um dos fatores associados ao retardo na confirmação do diagnóstico, apesar de não ter sido confirmada de forma independente ao desfecho estudado. De maneira semelhante, Trufelli *e cols.*<sup>44</sup> destacaram que o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a biópsia da lesão suspeita, o que equivale, no presente estudo, ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico.

A apresentação da doença em estádios iniciais (0 e I), também mostrou-se fortemente associada ao retardo na confirmação histopatológica, possivelmente explicada pela dificuldade da rede de saúde, de oferecer os meios para diagnóstico de lesões impalpáveis.

Podem ser destacadas algumas limitações deste estudo. O fato de ter sido realizado em uma única instituição pública pode ter contribuído para uma homogeneização no perfil das pacientes, e implica na não extrapolação de seus resultados para o Sistema de Saúde do Município como um todo. Outra limitação refere-se ao número de mulheres que foi incluído (n=104), levando a um baixo poder estatístico para que fatores de risco de baixa magnitude fossem detectados. Com base na prevalência esperada de diagnósticos tardios estimados em 45%, para um nível de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 10%, o tamanho amostral mínimo foi definido em 95 mulheres. Contudo, com o intuito de evitar comprometimento por perdas, esses valores foram acrescidos de 10%, tomando-se uma amostra aleatória de 104 mulheres. Um aspecto que também merece destaque refere-se às variáveis eleitas para compor esta investigação, resultando na ausência de importantes fatores conhecidos como determinantes do atraso no diagnóstico, como: nível socioeconômico, índice de massa corporal aumentado, acesso a serviços de saúde e crenças das pacientes, entre outros.

## 6. CONCLUSÕES

1. A frequência de mulheres com câncer avançado, matriculadas no HC III / INCA, um centro de referência do SUS para câncer de mama, foi de 51%.
2. Os principais fatores determinantes do diagnóstico tardio e do retardo na confirmação diagnóstica das lesões mamárias, evidenciados neste estudo, foram: o tempo elevado entre o início da doença e a primeira consulta, o tempo elevado entre a primeira consulta e o diagnóstico, e a ausência de sinais e sintomas no momento da matrícula no HC III.
3. Com base nos resultados alcançados, e nos depoimentos das pacientes, são apresentadas sugestões para facilitar o acesso das mulheres ao rastreamento e ao diagnóstico do câncer de mama no SUS, no Município do Rio de Janeiro.

## 7. SUGESTÕES

Elas reafirmam as recomendações divulgadas no *Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama*, realizado em abril de 2004, pelo INCA / MS e partem do princípio de que, qualquer ação de estímulo à qualificação profissional e de controle de qualidade, não deve ser focalizada apenas sobre a rede pública de saúde, tendo em vista a importante participação dos serviços privados, no Sistema de Saúde como um todo. Assim sendo, sugere-se:

- Estimular e treinar amplamente os médicos de diversas especialidades e não apenas os ginecologistas, em qualquer nível de atenção, para a realização do exame clínico das mamas, como parte do atendimento integral à saúde da mulher, especialmente tendo em vista a simplicidade e a importância do exame.
- Estimular os médicos de diversas especialidades e não apenas os ginecologistas, a solicitarem exames de mamografia de rastreamento, em acordo com as recomendações do Consenso e para oferecer orientações corretas às mulheres, compatíveis com os achados mamográficos descritos nos laudos emitidos pelos médicos radiologistas.
- Manter permanente vigilância sobre a qualidade dos exames de imagem, oferecendo treinamento e constante avaliação dos médicos interpretadores dos exames de mamografia.
- Estimular a criação de serviços para referência e encaminhamento das mulheres com lesões suspeitas nas mamas, com vistas à investigação e à confirmação diagnóstica, de forma a evitar a sua “peregrinação” pela rede de saúde. Equipar estes serviços com os recursos diagnósticos mínimos: profissionais treinados no exame clínico das mamas e equipamentos e materiais para confirmação diagnóstica pela PAAF, pela *core biopsy* ou pela biópsia cirúrgica convencional.
- Estimular a formação e a atualização permanente de citopatologistas.
- Encaminhar as pacientes para os serviços especializados no tratamento do câncer, com o diagnóstico já confirmado.
- Continuar a educar as mulheres quanto à importância de examinarem as suas mamas, tendo o cuidado de não produzir “medo paralisante” mas

sim, de conscientizá-las sobre a possibilidade de cura do câncer de mama, quando diagnosticado e tratado precocemente.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreoli C, Maggio CO, Galimberti V. O exame clínico no diagnóstico semiológico. In: Veronesi U. Mastologia oncológica. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 60-72.
2. Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2007.
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendation Rewording: Screening for Breast Cancer [Internet]. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2008 [citado 2008 Out 10]. Available from: <http://www.ctfphc.org/>.
4. Canella EO. Detecção do câncer de mama: revisão de literatura para o clínico. J Bras Med. 1999;77(4):87-100.
5. Caplan LS, Edwards BK, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Prev Med. 1996;25(2):218-24.
6. Ciatto S, Roselli Del Turco M, Catarzi S, Cataliotti L, Cardona G, Teglia C, e cols Causes of breast cancer misdiagnosis at physical examination. Neoplasian. 1991;38(5):523-31.
7. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(4):339-46.
8. Clagnan WS, Andrade JM, Carrara HUA, Tiezzi DG, Reis FJC, Marana HRC, e cols Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):67-74.
9. Coelho FRG, Kowalski LP, Franco ELF, Contesine H, Zefferino LC. Análise de sobrevida de uma amostra de 2000 casos de câncer tratados no Hospital A.C. Camargo de 1980 a 1987. Acta Oncol Bras. 1993;13(1-3):8-16.
10. Day NE, Williams DR, Khaw KT. Breast cancer screening programmes: the development of a monitoring and evaluation system. Br J Cancer. 1989;59(6):954-8.
11. De Abreu E. Câncer de mama feminina em Goiânia: análise da sobrevida em 10 anos na coorte diagnosticada entre 1988-90 [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
12. De Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(10):2219-28
13. Eisenberg ALA. Sobrevida de cinco anos para pacientes com carcinoma ductal infiltrante de mama sem comprometimento de linfonodos axilares: coorte

hospitalar, 1992-1996 [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

14. Ellman R, Moss SM, Coleman D, Chamberlain J. Breast self-examination programmes in the trial of early detection of breast cancer: ten years findings. *Br J Cancer*. 1993;68(1):208-12.

15. Frasson A, Koch H, Santos RP, Zerwes F. Lesões mamárias não palpáveis. Quando não biopsiar? *Rev Bras Mastol*. 1999;9:7-14.

16. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):319-23.

17. Greenwald P, Kramer B, Weed D. Expanding horizons in breast and prostate cancer prevention and early detection. *J Cancer Educ*. 1993;8(2):91-107.

18. Guerra MR. Sobrevida e fatores prognósticos para o câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais, na coorte diagnosticada entre 1998 e 2000 [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

19. Gullatte MM, Phillips JM, Gibson LM. Factors associated with delays in screening of self-detected breast changes in African-American women. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2006;17(1):45-50.

20. Hunter CP, Redmond CK, Chen VW, Austin DF, Greenberg RS, Correa P, e cols Breast cancer: factors associated with stage at diagnosis in black and white women. Black/White Cancer Survival Study Group. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(14):1129-37.

21. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [citado 2009 Out 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.html>.

22. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(2):77-90.

23. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [citado 2009 Out 23]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>.

24. Jackson VP. Screening mammography: controversies and headlines. *Radiology*. 2002;225(2):323-6.

25. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin*. 2008;58(2):71-96.

26. Koch HA, Peixoto JE, Neves ALE. Análise da Infra-estrutura para a mamografia. *Radiol Bras*. 2000;33:23-29.

27. Korzeniowski S, Dyba T, Skołyszewski J. Classical prognostic factors for survival and loco-regional control in breast cancer patients treated with radical mastectomy alone. *Acta Oncologica*. 1994;33(7):759-65.
28. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA*. 1998;279(22):1801-07.
29. Mendonça GAS, Silva AM, Caula WM. Tumor characteristics and five-year survival in breast cancer patients at the National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1232-9.
30. Mandelblatt J, Andrews H, Kerner J, Zauber A, Burnett W. Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: the impact of age, race, social class, and hospital type. *Am J Publ Health*. 1991;81(5):646-9.
31. Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, de Bellis G, Fabbrocini G, Pizzorusso M, Tamburini M, Silvestra P. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10(1):53-9.
32. Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2008 [citado 2010 Mar 18]. Datasus. Informações de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
33. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2219-28.
34. Morteau CR, Pizzatto LP, Kato M, Silva RCA, Orlandi D. Estudo da sobrevida de 5.195 casos de câncer tratados no Hospital Erasto Gaertner no período de 1990 a 1992, e seguidos por 5 anos. Curitiba: LPCC; 1998
35. Palmer MK, Lythgoe JP, Smith A. Prognostic factors in breast cancer. *Br J Surg*. 1982;69(12):697-8.
36. Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama, no estado do Pará. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
37. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999; 353(9159):1127-31.
38. Richardson JL, Langholz B, Bernstein L, Burciaga C, Danley K, Ross RK. Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *Br J Cancer*. 1992;65(6):922-6.



39. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1119-26.
40. Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, Kharikova RS, Seleznev IK, e cols A prospective randomized trial (St-Petersburg, WHO) of the role of self examination in early detection of breast cancer. *Rus J Oncol*. 2000;2:4-9.
41. Smith RA, Mettlin CJ, Davis KJ, Eyre TT. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin*. 2000;50(1):34-49.
42. Tabar L, Yen MF, Vitak B, Chen HHT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20 years follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*. 2002;361(9367):1405-10.
43. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, e cols Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(19):1445-57.
44. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, e cols Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):72-6.
45. Thuler LCS, Mendonca GAES. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):656-61.
46. Valle, JC. Câncer de mama locoregional avançado. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
47. Veronesi V, Sacozi D, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, de Lena M, e cols Comparing radical mastectomy with quadrantectomy axilar dissection and radiotherapy in patients with small cancer of the breast. *N Engl J Med*. 1981;305:6-11.
48. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2007;11(1):13-22.
49. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 02.
50. Yankaskas BC, Gill KS. Diagnostic mammography performance and race: outcomes in Black and White women. *Cancer*. 2005;104(12):2671-81

## 9. ANEXOS

## I. Folha de Informação

PESQUISA: CÂNCER DE MAMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FOLHA DE INFORMAÇÃO

**Pesquisador principal:** Magda Côrtes Rodrigues Rezende (médica)  
**Telefones para informações:** 2503-2074; 2503-2249.

**Pesquisa:** Levantamento das dificuldades encontradas por mulheres, quando notam algo estranho em suas mamas, e as razões porque algumas vezes demoram a alcançar os serviços especializados de diagnóstico e tratamento.

---

Prezada Paciente,

Gostaríamos de obter seu consentimento em participar de uma pesquisa, onde se procura conhecer as principais dificuldade encontradas por uma mulher quando nota alguma coisa suspeita em seus seios e as razões pelas quais, com frequência, demora a alcançar os recursos para diagnóstico e tratamento. Sua participação consiste em responder a um questionário, que lhe será apresentado por um profissional especializado, por meio do qual se levanta alguns dados sobre a sua pessoa e a forma como notou a alteração em seu seio, sua reação ao notá-la, as providências que tomou a seguir e a forma como foi atendida nos serviços de saúde.

A pesquisa não propõe qualquer interferência no seu atendimento ou na forma como está sendo tratada. O questionário será apresentado a 120 mulheres que estão sendo atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer.

Os possíveis benefícios da pesquisa são a elaboração, por parte do pesquisador, de uma proposta de reorganização da estrutura de saúde voltada aos primeiros atendimentos às pacientes com alterações nos seios, para que o caminho a ser percorrido pelas mesmas se torne mais claro e elas consigam alcançar mais cedo os recursos diagnósticos e terapêuticos.

Se você decidir não participar da pesquisa, não haverá qualquer alteração no seu tratamento, visto que ele não depende da sua decisão em colaborar.

Sua participação é voluntária, e o profissional que lhe fizer as perguntas e preencher o questionário, lhe pedirá que assine um documento de consentimento, que também confirma que você foi plenamente informada a respeito da pesquisa e entende seus objetivos. O profissional está preparado para responder a todas as suas perguntas sobre a pesquisa, tanto no momento do preenchimento do questionário quanto em outro momento em que for solicitado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Câncer, que pode ser contactado pelo telefone 3233-1353. Nome da pessoa de contato no Comitê de Ética: Dr. Luiz Otávio Olivatto.

---

**Confidencialidade dos documentos:** Todos os dados provenientes desta pesquisa, e relativos a cada paciente, serão utilizados de forma anônima, não sendo citados os nomes e demais dados de identificação. As regras de confidencialidade médica e de proteção de dados serão obedecidas na íntegra, mesmo no caso de publicação em revistas científicas.

Agradecemos a sua cooperação.

---

Dra. Magda Côrtes Rodrigues Rezende  
Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## II. Folha de Assinatura

PESQUISA: CÂNCER DE MAMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FOLHA DE ASSINATURA

Responda às perguntas apresentadas a seguir, marcando SIM ou NÃO:

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| 1. Você leu ou ouviu a leitura da folha de INFORMAÇÕES e a entendeu?   | SIM        | NÃO        |
| 2. Você se sente completamente esclarecida sobre a pesquisa?   | SIM        | NÃO        |
| 3. Você entendeu que será respeitada a sua confidencialidade e que o seu nome não aparecerá em nenhuma publicação? | SIM        | NÃO        |
| 4. Você entendeu que os pesquisadores poderão estudar os seus dados médicos?                                       | SIM        | NÃO        |
| 5. Você recebeu uma cópia deste Consentimento Livre e Esclarecido para guardar com você?                           | SIM        | NÃO        |
| 6. <i>Você concorda em fazer parte desta pesquisa?</i>   | <i>SIM</i> | <i>NÃO</i> |

*Nome do pesquisador responsável: Magda Côrtes Rodrigues Rezende  
Tel: 2503-2074, 2503-2249*

---

*Assinatura do pesquisador responsável*

*Nome da paciente:* \_\_\_\_\_

*Número do prontuário* \_\_\_\_\_

---

*Assinatura da paciente ou do seu representante legal*

*Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

### III. Questionário

#### PESQUISA: CÂNCER DE MAMA

#### QUESTIONÁRIO

##### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_  
 Cor:  branca  negra  parda  amarela Estado civil:  casada  solteira  viúva  Divorciada  
 Residência: Município \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
 Escolaridade:  não lê  fundam.:  compl.  inc.  médio:  compl.  incl.  super.:  compl.  inc.

##### 2. ALTERAÇÃO NA MAMA

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Foi a paciente quem notou?  sim  não Quando:  estava deitada  no banho  
 noutro momento:  no exame ginecológico  na mamografia  no ultrassom  Outro \_\_\_\_\_  
 Alteração observada:  nódulo  dor  secreção papilar  inflamação  imagem radiológica  
 outro \_\_\_\_\_  
 O que pensou que fosse? \_\_\_\_\_  
 Qual a sua primeira reação? \_\_\_\_\_

##### 3. AUTO EXAME - costumava fazer? sim não Sabe como fazer? sim não

Onde aprendeu \_\_\_\_\_

##### 4. PRIMEIRO SERVIÇO OU MÉDICO - Como escolheu? conhecia perguntou para alguém

convênio \_\_\_\_\_  de outra forma \_\_\_\_\_

##### 5. CONSULTAS E EXAMES ANTERIORES AO INCA

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome do serviço ou médico \_\_\_\_\_  público  privado R\$ \_\_\_\_\_  
 Município:  da residência  outro \_\_\_\_\_ Procedimentos realizados:   
 exame da mama  mamografia  ultrassom biópsia:  PAAF  CORE  biópsia céu aberto outro exame  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome do serviço ou médico \_\_\_\_\_  público  privado R\$ \_\_\_\_\_  
 Município:  da residência  outro \_\_\_\_\_ Procedimentos realizados:   
 exame da mama  mamografia  ultrassom biópsia:  PAAF  CORE  biópsia a céu aberto   
 outro exame \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome do serviço ou médico \_\_\_\_\_  público  privado R\$ \_\_\_\_\_  
 Município:  da residência  outro \_\_\_\_\_ Procedimentos realizados:   
 exame da mama  mamografia  ultrassom biópsia:  PAAF  CORE

biópsia a céu aberto  outro exame \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome do serviço ou médico \_\_\_\_\_  público  privado R\$ \_\_\_\_\_  
 Município:  da residência  outro \_\_\_\_\_ Procedimentos realizados:   
 exame da mama  mamografia  ultrassom biópsia:  PAAF  CORE  biópsia a céu aberto  
 outro exame \_\_\_\_\_

---

#### 6. ATENDIMENTO NO INCA

Data da triagem \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da matrícula \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Intervalo entre a triagem e a matrícula \_\_\_\_\_ dias  
 Quando chegou ao INCA trazia:  encaminhamento médico  mamografia  ultrassom  lâminas  
 blocos laudo de biópsia:  PAAF  CORE  biópsia a céu aberto  outro \_\_\_\_\_  
 Observação \_\_\_\_\_

#### 7. SERVIÇOS OU MÉDICOS CONSULTADOS ANTES DA MATRÍCULA NO INCA

Número de serviços ou médicos anteriores ao INCA \_\_\_\_\_  
 Número total de idas aos serviços ou médicos (excluindo para os exames) \_\_\_\_\_  
 Método usado para diagnóstico:  PAAF  core  biópsia a céu aberto  
 Histopatológico: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  tumor maligno  tumor benigno

---

8 - Diagnóstico de neoplasia maligna  sim  não  
 Estadiamento no INCA: T\_\_\_N\_\_\_M\_\_\_

---

Tempo decorrido entre a suspeita e o diagnóstico histopatológico \_\_\_\_\_ meses

---

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### IV. Resumos de Depoimentos das Pacientes

SOS - Não pensou que fosse “coisa ruim” mas, na semana seguinte, procurou um clínico geral conhecido, que a examinou e disse que não era nada. A filha não se conformou e a levou a um hospital público onde conhecia uma funcionária. Lá, foi examinada por um mastologista que a encaminhou ao INCA, porque o Hospital não tinha condições de fazer quimioterapia.

Estadiamento clínico: T2N2Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

ZAS - Pensou que fosse uma inflamação por mordida de mosquito e procurou um pronto socorro, que a encaminhou para um hospital. Lá, foi examinada, após várias remarcações por falta de médico, e pedida mamografia. Depois do resultado a encaminharam para o INCA.

Estadiamento clínico: T1N0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

DDC - Fazia preventivo num posto de saúde em outro Município, onde demorou mais de três meses para marcar o preventivo. Solicitaram a mamografia e depois do resultado a encaminharam para o INCA.

Estadiamento: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

MLGL – Fez mamografia, pedida no posto de saúde onde fazia controle, depois de cirurgia do ovário. Após o resultado, a encaminharam para o pólo de mama onde ficou em controle durante seis meses. Fez nova mamografia e foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento: T0N0M0.

Histopatológico: neoplasia benigna

JTV – Notou um nódulo na mama e ficou preocupada, pensando no pior e achou que era melhor esperar. Quatro meses depois foi a um posto de saúde onde a examinaram e a encaminharam ao INCA. Não pediram exame.

Estadiamento: T3N3M1

Histopatológico: neoplasia maligna

TAA – Sentiu umas “fisgadas no peito”, mas pensou que fosse da tuberculose que teve no passado ou da bronquite. A filha a levou a uma clínica particular para fazer preventivo, onde a examinaram e fizeram mamografia. Depois do resultado a encaminharam ao INCA.

Estadiamento: T0N1Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

IKP – Uma amiga que trabalhava num posto de saúde a levou lá. Depois de fazer duas mamografias foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

AD – Sentiu um nódulo na mama e pensou que era “a doença” e que precisava de um médico. Foi a um hospital público onde fizeram mamografia e ultrassom. Como no hospital não faziam tratamento, procurou o INCA por indicação de amiga da filha.

Estadiamento clínico: T2N0M0

Histopatológico: neoplasia benigna

MDP – Sentiu um nódulo na mama. Apesar de achar que não era nada, procurou um médico particular que, após exame da mama, a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T4aN3Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

LCV – Pensou que estava com um “quisto na mama” e marcou consulta com um médico particular. Ele pediu mamografia, ultrassom, fez uma biópsia e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: TXN0Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

GNS – Fez mamografia, pedida pelo ginecologista no preventivo. Usou o convênio da filha onde era dependente. Após resultado, foi encaminhada para um



mastologista do convênio. Como o plano não cobria a quimioterapia, foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T1c N0Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

ERS – Fez mamografia solicitada por médico particular. Após resultado, foi encaminhada ao INCA. Como não conseguiu marcar consulta, procurou serviço público no município de residência, onde fez nova mamografia e ultrassom. Após resultados, foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

NAB – No preventivo feito com mastologista, do serviço privado, foi solicitada mamografia. Após resultado, foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T0N0M0

Histopatológico: neoplasia benigna

DNB – Notou secreção no mamilo e achou que fosse por causa da pancada que sofrera dias antes. Como tinha amigo no posto de saúde conseguiu consulta no mesmo dia. Do posto de saúde, foi encaminhada a uma policlínica que a encaminhou a um hospital público. Como este só tinha vaga para operar três meses depois, foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

JFAA – Médico particular informou que havia encontrado algo compatível com câncer na mamografia e indicou punção. Foi ao INCA por iniciativa própria, onde fez a mamografia. Não retornou para ver o resultado porque disseram que estava liberada e entendeu que não tinha nada. Voltou ao INCA sete meses depois.

Estadiamento clínico: TxN0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

ERS – Notou um nódulo na mama, mas achou que “não era nada”. Três meses depois procurou uma clínica privada onde foi examinada e medicada. Não tomou

o medicamento e voltou à clínica um ano depois, quando foi solicitada mamografia. Após mamografia, foi encaminhada à uma mastologista que a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T2N1M0

Histopatológico: neoplasia maligna

AVA – Sonhou que estava com tumor no seio e foi ao ginecologista do seguro de saúde. Após exame da mama e da mamografia, foi encaminhada ao INCA porque havia perdido o emprego e o seguro.

Estadiamento clínico: T1bN0Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

RBR – Notou nódulo no seio e pensou que fosse o caroço do braço que tinha passado para a mama. Procurou um ginecologista numa policlínica do SUS, que a examinou e pediu ultrassom. Retornou com o exame e não encontrou o médico. Voltou no dia seguinte e foi atendida. O médico disse que tinha que operar e indicou uma clínica privada. Ela buscou mais uma opinião num hospital público, onde foi solicitada mamografia e encaminhada ao mastologista que comparou os exames e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T3N0M0

Histopatológico: neoplasia benigna

HVS – Sentiu um nódulo na mama e pensou que fosse câncer. Conversou com Deus e entregou a ele, continuando a viver normalmente, com uma ligeira preocupação, mas procurou o PSF. No posto disse o que tinha e foi encaminhada para uma policlínica do SUS onde foi pedida mamografia e encaminhada para um mastologista particular, onde foi examinada pela 1ª vez, sendo solicitado exame de sangue. Após resultados, foi encaminhada para um hospital público onde fez biópsia, sendo encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: TxN0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

MLFA – Notou nódulo na mama e pensou que fosse câncer. Marcou ginecologista numa clínica privada, onde a médica a examinou e pediu mamografia. Quando

voltou a médica a tranquilizou dizendo que não era nada e que deveria voltar, se crescesse ou arrebentasse. Quatro meses depois, como estava sem seguro, procurou um posto de saúde onde foi examinada e solicitada nova mamografia. Quando voltou com o exame, a médica estava presente, mas informou que só via o resultado no dia do pólo de mama. Foi orientada a procurar um hospital de câncer conveniado com o SUS. Nesse hospital, cobraram R\$ 65,00 por um RX de abdômen e solicitaram um ecocardiograma que também era pago. Como não podia pagar, por livre iniciativa procurou o INCA.

Estadiamento clínico: T4bN1M0

Histopatológico: neoplasia maligna

LFC – Notou nódulo no seio e pensou que fosse câncer. Não falou com ninguém e marcou consulta numa clínica conveniada onde foi examinada e solicitada mamografia. Depois do resultado, recebeu receita de vitamina E, anti-inflamatório, e fosfato de clindamicina, com recomendação de retornar em três meses. Nesse período, procurou um posto de saúde duas vezes e não conseguiu ser atendida. Voltou à clínica, onde foi encaminhada ao mastologista que a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T4aN2Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

RRP – No exame ginecológico, feito com ginecologista do convênio, foi notado nódulo na mama. Fez mamografia. A ginecologista achou que devia fazer biópsia, mas remarcou três vezes e a paciente desistiu. Cinco meses depois procurou clínica de convênio popular, onde foi solicitada nova mamografia e ultrassonografia. Com os resultados procurou médico particular que fez biópsia e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T2N0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

GMT – Notou nódulo na mama e pensou que não era nada porque teve caroços no seio antes. Quando o nódulo cresceu foi a um ônibus da Prefeitura, onde solicitaram mamografia. Como o ônibus não voltou, levou o resultado a um médico no hospital. O médico reclamou por ela não ter ido ao médico antes e

assustou-a sobre a doença. Ela não retornou ao médico e procurou um ginecologista amigo da filha no posto de saúde. Ele não a examinou. Olhou os exames e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T4bN1M0

Histopatológico: neoplasia maligna

TGF – Notou o nódulo na mama e cinco meses depois viu que tinha crescido. Pensou em “coisa maligna” e ficou apavorada. No médico do convênio foi examinada, solicitada mamografia, ultrassonografia e realizada *core biopsy* com diagnóstico de benignidade. Três meses depois retornou para controle e o nódulo tinha retornado. O médico disse que precisava fazer nova biópsia. Como não era coberta pelo convênio foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T2N1Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

VSN – Notou nódulo na mama quando estava deitada. Ficou preocupada com o tamanho, mas não se desesperou. Por iniciativa própria, fez mamografia e ultrassom numa clínica privada. Com os exames, procurou o posto de saúde onde uma médica a examinou e a encaminhou ao INCA. Buscou nova opinião com um médico de hospital público onde conseguiu marcar consulta por meio de amigo conhecido. Lá, fez PAAF que deu positiva para malignidade, sendo encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T2N1Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

ACRL – Notou secreção pelo mamilo e achou que tinha um “nódulo” na mama (tinha medo da palavra câncer). Rezou e uma semana depois procurou um médico num hospital público. O médico não a examinou e pediu exame de sangue. Ela achou que estava curada, rezou e foi trabalhar. Um mês depois foi a um médico de clínica privada por meio de um político. O médico não a examinou, apesar da queixa de mau cheiro, e passou uma pomada que ela não usou. Três meses depois foi à consulta em posto de saúde onde foi examinada e solicitada mamografia e ultrassonografia. Esperou muitos meses para fazer os exames no serviço público, conseguindo por meio de vereador. Com os exames em mãos, foi

a uma clínica com convênio com o SUS. O médico não examinou a mama. Só olhou e disse: “eta diabo” e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T4bN2Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

CFC – Notada alteração no seio pela mamografia, realizada por meio de convênio, foi encaminhada ao INCA. Buscou nova opinião com médica particular que a examinou, mas assim mesmo foi ao INCA. Lá, repetiu a mamografia e fez segmentectomia.

Estadiamento: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

MMO – No PSF foi pedida mamografia para controle de pós-menopausa. Após resultado, foi encaminhada a um hospital público onde repetiu a mamografia e fez ultra-som, sendo encaminhada ao INCA. Lá, repetiu a mamografia, fez novo ultrassom e segmentectomia.

Estadiamento: T0N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

DMG – Sentiu dor e caroço. Ficou com medo de ser alguma coisa perigosa e falou com a família, mas só procurou um hospital público oito meses depois. Lá, fez mamografia, ultrassom e biópsia, sendo encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T2N0Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

MJC – Notou nódulo e pensou “mil coisas ruins”. Não falou com ninguém, ficou só sofrendo. Quando foi à consulta no posto, com a médica da clínica médica, falou sobre o problema. Ela encaminhou para hospital público com pedido de ultrassom. Com o resultado do exame, conseguiu consulta em hospital público, com médico conhecido da patroa, onde foi biopsiada. Depois do resultado foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: TXN0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

ZSS – Sentiu dor quando estava no banho e pensou que fosse câncer. Procurou ginecologista do sindicato do marido, onde foi examinada e fez mamografia. Foi encaminhada para um mastologista num hospital público. Ele não a examinou – olhou a mamografia e a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T3N1Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

HSL – Notou um nódulo na mama e pensou que fosse “coisa grave”. Falou com a nora e foi ao posto de saúde. O médico não a examinou, pediu mamografia e a encaminhou para um hospital público. No hospital o médico não a examinou – viu a mamografia e a encaminhou para o INCA.

Estadiamento clínico: T1cN0Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

SSR – Notou um nódulo na mama. Não pensou que fosse “coisa ruim”, mas procurou um médico conhecido, de uma clínica privada. Fez exame da mama, mamografia e biópsia. Depois do resultado, foi encaminhada ao INCA.

Estadiamento clínico: T2 N1Mx

Histopatológico: neoplasia maligna

NFM – Notou ferimento no mamilo. Foi ao médico do hospital onde trabalhava que só olhou e disse que não era nada, que a pele ia crescer normalmente. Ficou fazendo curativo com pomada e nove meses depois, como não melhorou, voltou ao médico que pediu mamografia a fez biópsia. Por livre iniciativa e conselho de amigos, procurou o INCA.

Estadiamento clínico: T1sN0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

VLFC – Notou uma “coisa grossa” na mama, achou que era um problema sério e tentou marcar consulta com médico. Quatro meses depois conseguiu marcar consulta com ginecologista num posto de saúde. Ele a examinou e disse que não era nada. Como achou que o espessamento foi aumentando, voltou ao posto sendo encaminhada para o pólo de mama. No pólo, foi examinada e solicitada

mamografia e ultrassom. Após resultado, voltou ao posto que a encaminhou ao INCA.

Estadiamento clínico: T1cN0M0

Histopatológico: neoplasia maligna

MCRB – Sentiu mal estar na mama e pensou que podia ser uma “coisa maligna ou benigna”. Ficou muito preocupada e começou a procurar hospitais e postos de saúde. Quatro meses depois conseguiu marcar consulta, por meio de um colega do marido que trabalhava num hospital. Fez exame da mama, foi solicitada mamografia e marcada para nova consulta em seis meses. Quando retornou o hospital estava em greve. Marcou consulta em um posto de saúde, onde foi solicitado ultrassom e encaminhada para o pólo de mama. Do pólo, foi encaminhada para um hospital municipal, onde a cunhada conseguiu marcar consulta após várias idas, por meio de uma desistência. Após exame, foi encaminhada ao INCA, mas a médica havia preenchido a guia de referência errada e teve que voltar. Ao chegar ao INCA, como a mamografia era muito antiga, foi recomendado que fizesse outra. Voltou ao hospital municipal para apanhar novo pedido, fazendo a mamografia em uma clínica privada.

Estadiamento clínico: T2N0Mx

Histopatológico: neoplasia benigna

MAJF – Sentiu dor na mama e pensou que fosse “isso mesmo”. Foi a um hospital público onde foi examinada e solicitada mamografia. A médica não encontrou nada. Após resultado do exame, procurou outro médico que solicitou ultrassom e a encaminhou ao INCA. Enquanto aguardava marcar consulta no INCA, conseguiu fazer biópsia por estereotaxia em uma clínica privada, mas mesmo assim foi ao INCA.

Estadiamento clínico: TxN0Mo

Histopatológico: neoplasia benigna

## 7.5. Trabalho Publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



# 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

*Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer in a dedicated health unit in Rio de Janeiro*

## Artigo original

### Palavras-chave

Neoplasias da mama/epidemiologia  
Neoplasias da mama/diagnóstico  
Sistema Único de Saúde  
Promoção da saúde  
Educação em saúde  
Fatores de risco

### Keywords

Breast neoplasms/epidemiology  
Breast neoplasms/diagnosis  
Single Health System  
Health promotion  
Health education  
Risk factors

### Resumo

**OBJETIVO:** avaliar os fatores que levam ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias suspeitas de câncer. **MÉTODOS:** foi realizado um estudo observacional de corte transversal. Foram incluídas 104 mulheres que procuraram um hospital de câncer, com diagnóstico ou suspeita de câncer de mama. Foi aplicado um questionário semiestruturado com perguntas referentes às características demográficas, clínicas e de utilização de serviços. As variáveis foram comparadas pelos testes *t* de Student, Mann-Whitney,  $\chi^2$  de Pearson ou exato de Fisher, conforme a indicação. A fim de identificar as variáveis associadas ao retardo na confirmação diagnóstica do câncer de mama, foram calculadas as Odds Ratio (OR) com intervalo com 95% de confiança (IC95%) e um modelo de regressão logística foi elaborado. **RESULTADOS:** a média de idade foi de 54 anos ( $\pm 12,6$ ), predominando mulheres brancas (48,1%), casadas (63,5%), residentes no Município do Rio de Janeiro (57,7%) e com baixo grau de escolaridade (60,6%). O tempo mediano entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta foi de um mês, e desta última até a confirmação diagnóstica de 6,5 meses. Em 51% das mulheres o diagnóstico foi tardio (estádios II a IV). Presença de sintomas, longo intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a primeira avaliação e entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica, mostraram-se fatores significantes ( $p < 0,05$ ) para o retardo na obtenção do diagnóstico de lesões suspeitas. **CONCLUSÕES:** os resultados deste estudo sugerem que os esforços devem ser concentrados na redução dos tempos necessários para agendar a consulta médica e para o esclarecimento do diagnóstico de lesões suspeitas, bem como na educação dos médicos e das mulheres sobre a importância dos sintomas mamários e o valor da avaliação, diagnóstico e tratamento precoce.

### Abstract

**PURPOSE:** to evaluate the factors leading to delays in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer. **METHODS:** a cross-sectional, observational study was carried out with 104 women attending a cancer hospital with a diagnosis or suspected diagnosis of breast cancer. A semistructured questionnaire on the patients' demographic, clinical characteristics and the use of services was applied. Variables were compared using *t*-Student test, Mann-Whitney test, Pearson's  $\chi^2$  test or Fisher's exact test, as appropriate. In order to identify the variables associated with delays in breast cancer diagnosis, the Odds Ratio (OR) were calculated together with their respective 95% confidence intervals (95%CI) and a logistic regression model was constructed. **RESULTS:** age of patients was  $54 \pm 12.6$  years (mean  $\pm$  standard deviation). Most of the women were white (48.1%), married (63.5%), living in the city of Rio de Janeiro (57.7%) and poorly educated (60.6%). The median time between the first sign or symptom of the disease and first consultation was one month and the mean time between first consultation and confirmation of diagnosis was 6.5 months. In 51% of the women, diagnosis was late (stages I-IV). Symptomatic presentation and longer delay between symptom onset and the first evaluation and between symptom onset and the diagnosis were found to be significant factors ( $p < 0.05$ ) for delays in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions. **CONCLUSIONS:** the results of this study suggest that efforts must be made to reduce the time needed to get an appointment with a doctor and to confirm a diagnosis of suspicious lesions, as well as to educate physicians and the women themselves regarding the importance of breast symptoms and the value of prompt evaluation, diagnosis, and treatment.

### Correspondência:

Magda Côrtes Rodrigues Rezende  
Rua da Cascata, 18 – Tijuca  
CEP 20530-080 – Rio de Janeiro/RJ  
Fone: (11) 2570-5189/7814-1260  
Fax: (11) 2503-2214/2503-2207  
E-mail: magdarrezende@gmail.com

### Recebido

8/9/08

### Aceito com modificações

18/2/09

Hospital do Câncer II, Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup> Médica Oncologista Clínica do Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup> Professor Titular do Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup> Residente do Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup> Professor Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professor da Pós-graduação em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Introdução

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta incidência e aos efeitos psicológicos sobre a percepção da sexualidade e a sua imagem pessoal. A cada ano, no mundo são registrados mais de 180 mil casos novos e 40 mil óbitos por câncer de mama<sup>1</sup>. No Brasil, em 2009, o câncer de mama deverá ser o mais emergente entre as mulheres, com 49.400 casos<sup>2</sup>. No país, na maior parte dos casos diagnosticados, a doença encontra-se em estágio avançado, com limitadas possibilidades de tratamento. A análise das informações de 89 hospitais especializados no tratamento de câncer e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia, referentes a 43.442 casos de câncer de mama, mostrou que, entre 1995 e 2002, 87,7% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama encontravam-se em estádios avançados (estádio II=42,8%, estágio III=32,6% e estágio IV=12,3%)<sup>3</sup>.

O rastreamento efetivo do câncer de mama, com técnicas toleráveis e relativamente baratas, pode detectar a doença durante a fase pré-clínica, tendo um impacto favorável na taxa de mortalidade<sup>4</sup>. A mamografia de rastreamento tem como objetivo primordial a detecção do câncer de mama clinicamente oculto, na expectativa de interromper a história natural da neoplasia maligna<sup>5</sup>. Os cânceres identificados em mulheres assintomáticas são propensos a tamanhos menores e a estarem em estádios iniciais<sup>6</sup>. Entretanto, ainda não há consenso sobre as orientações para o rastreamento do câncer de mama nos grupos etários com menos de 50 e mais de 70 anos. A American Cancer Society<sup>7</sup> apoia a mamografia e o exame clínico das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos, enquanto a Canadian Task Force recomenda o exame apenas para as mulheres entre 50 e 69 anos de idade<sup>8</sup>. Já no Brasil, o Ministério da Saúde vem recomendando, desde 2004, a realização de mamografia de rastreamento para mulheres assintomáticas, na faixa etária entre 50 e 69 anos, com intervalos nunca superiores há dois anos. Já para mulheres entre 40 e 49 anos de idade, a recomendação vem sendo de rastreamento anual por meio do exame clínico da mama<sup>9</sup>. Contudo, a partir de 29 de abril de 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) deverá assegurar realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, conforme estabelece a lei número 11.664, de 29 de abril de 2008. Não obstante, o SUS, responsável pela assistência médica de cerca de 70% dos brasileiros, realizou, entre 2005 e 2007, em média 2,6 milhões de mamografias a cada ano, o que corresponde a 11% do número de mulheres entre 40 e 69 anos de idade<sup>10</sup>.

Há consenso de que um dos principais determinantes do diagnóstico inicial do câncer de mama em estágio avançado é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas, comprometendo de maneira importante o prognóstico das pacientes<sup>11</sup>. Estudo realizado em Santo André,

São Paulo, mostrou que o atraso no diagnóstico está, em grande parte, relacionado ao tempo que a paciente demora para procurar os serviços de saúde<sup>12</sup>. Autores destacaram, em ordem decrescente de importância clínica, os tempos entre a mamografia e a biópsia, o resultado da biópsia e a cirurgia e o resultado do exame anatomopatológico e o início do tratamento.

No que diz respeito às razões para esses atrasos, uma revisão sistemática da literatura mostrou associação com idade avançada e ausência de nódulo, mas não com o estado civil<sup>13</sup>. Já um estudo realizado na Itália destacou que os fatores para atraso no diagnóstico relacionados à paciente foram idade mais elevada e nível educacional baixo, enquanto os fatores relacionados à atenção foram o não-atendimento por mastologistas oncológicos<sup>14</sup>.

Por sua vez, um estudo<sup>15</sup> no qual foram incluídas mulheres afroamericanas demonstrou que os principais fatores de atraso relacionados às mulheres foram baixo nível educacional, falta de conhecimento sobre a gravidade dos sintomas mamários e seus fatores de risco, desconhecimento dos benefícios potenciais da detecção precoce do câncer e existência de perspectivas fatais sobre a doença. Outros fatores relacionados à mulher foram: idade avançada, baixo nível socioeconômico, medo do diagnóstico, temor das consequências do tratamento, vergonha, noções equivocadas sobre a etiologia do câncer de mama, outras prioridades familiares, negação e crenças. Neste estudo, os autores concluíram que um atraso de três meses na instituição do tratamento é um importante fator para a mortalidade por câncer de mama. Por outro lado, Caplan et al<sup>16</sup>, após analisarem 367 mulheres com câncer de mama, concluíram que somente em 25% dos casos o atraso pode ser atribuído à própria mulher. Na maioria das vezes, a responsabilidade deve ser conferida aos serviços de saúde. Autores brasileiros, ao analisarem a situação do câncer de mama no país, têm considerado que a falta de acesso aos serviços de saúde é uma das mais importantes causas da progressão da doença<sup>17</sup>.

Este trabalho teve por objetivo determinar a frequência de mulheres com câncer de mama em estágio avançado e identificar os fatores determinantes do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias entre as atendidas em uma unidade hospitalar de nível terciário do Município do Rio de Janeiro. A partir desses resultados, poderão ser traçadas estratégias que visem a minimizar a sua ocorrência e promover a detecção precoce do câncer de mama.

## Métodos

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo exploratório descritivo, de corte transversal. Sua base populacional foi constituída por uma amostra empírica constituída de 104 mulheres que procuraram o Hospital do Câncer III (HCIII) do Instituto Nacional de

Câncer (INCA) para tratamento e confirmação diagnóstica de lesões mamárias, independentemente da idade e da forma de encaminhamento. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer em 11 de junho de 2003 (registro 30/03), respeitando-se as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde número 196, de 10 de outubro de 1996.

O HCIII localiza-se na zona norte do Município do Rio de Janeiro, e presta assistência médico-hospitalar gratuita por meio do SUS. O hospital tem 52 leitos ativos dedicados exclusivamente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama e foi escolhido por se tratar da unidade de saúde do SUS que atende, isoladamente, ao maior número de pacientes com neoplasia mamária no Município. Sua localização estratégica, seu conceito como referência em doenças da mama e a gratuidade da atenção, fazem com que pacientes com pouco poder aquisitivo e residentes nos subúrbios ou nos municípios vizinhos procurem-no ou sejam encaminhadas a ele.

Foram incluídas mulheres com 26 ou mais anos de idade, com diagnóstico ou suspeita de lesões mamárias e que concordaram em participar do estudo. O termo de consentimento livre e esclarecido foi explicado verbalmente e todas as informações e questionamentos acerca do estudo foram respondidos. Em seguida, as pacientes foram submetidas a uma entrevista para preenchimento de um questionário semiestruturado, composto, predominantemente, por perguntas do tipo fechadas, referentes às características demográficas (conforme definição da própria paciente), aspectos clínicos da doença atual (conforme documentação apresentada pela paciente ou registro em prontuário médico) e utilização de serviços (da mesma forma, conforme informado pela paciente ou registro em prontuário médico). Foram considerados como serviços públicos de saúde todos aqueles pertencentes ou conveniados ao SUS. Foi considerado retardo na confirmação diagnóstica quando o tempo entre o primeiro sinal ou sintoma e o diagnóstico de câncer foi maior ou igual ao percentil 75 dessa variável na população estudada, ou seja, 15 meses. Além disso, foram considerados doença avançada os casos nos estádios II, III e IV<sup>18</sup>. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal (M.C.R.R.), no mesmo dia em que a paciente dava entrada na Instituição. Esse momento foi escolhido porque as informações relativas ao percurso da paciente na rede de saúde sofreriam menor viés de memória e por ser mais fácil a consulta a exames e receitas médicas anteriores. As entrevistas foram iniciadas em 16 de janeiro de 2004 e finalizadas em 2 de julho de 2004. Os dados foram complementados pela busca de informações no prontuário médico.

A análise estatística foi realizada por meio dos programas Epi-Info (versão 3.4, 2007) e SPSS for Windows (versão 14.01, 2005). As variáveis ordinais e nominais foram comparadas

pelo teste do  $\chi^2$  de Pearson ou teste exato de Fisher, quando indicado. Como medida de efeito foi calculada a Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%), considerando-se o objetivo do estudo de analisar os fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias. Um modelo de regressão logística foi elaborado visando a identificar as variáveis associadas de maneira independente ao desfecho estudado. Nesse modelo foram incluídas somente as variáveis cujo valor de p foi menor que 0,05 na análise univariada. Para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Foram incluídas no estudo 104 mulheres com idade entre 26 e 87 anos (média=54±12,6). As características demográficas das pacientes incluídas são mostradas na Tabela 1. Predominaram mulheres com menos de 49 anos de idade (45,2%); de raça/cor negra ou parda (51,9%), casadas (63,5%) e com ensino fundamental incompleto (38,5%). Sessenta pacientes (57,7%) residiam no município do Rio de Janeiro, enquanto as demais eram provenientes de outras localidades.

Com relação às alterações observadas na mama (Tabela 2), foram evidenciados nódulos mamários em 51% das mulheres, seguidos de dor mamária (9,6%) e secreção papilar (6,7%). Pouco mais de um quarto (26%) das mulheres eram assintomáticas, apresentando alterações somente no exame mamográfico. Dos 26 casos em que a lesão havia sido detectada por mamografia, 80,8% encontrava-se nos estádios 0 ou I, enquanto apenas 19,2% apresentavam-se em estágio avançado (estádios II, III e IV).

**Tabela 1 - Características demográficas das pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no Hospital do Câncer III / INCA (n=104)**

Variável	Frequência	%
<b>Faixa etária</b>		
<49 anos	47	45,2
50-69 anos	42	40,4
≥70 anos	15	14,4
<b>Raça/cor</b>		
Branca	50	48,1
Negra e parda	54	51,9
<b>Estado civil</b>		
Casada e viúva	86	82,7
Solteira	14	13,5
Divorciada	4	3,8
<b>Grau de escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	40	38,5
Fundamental completo	28	26,9
Médio completo	21	20,2
Superior completo	10	9,6
Desconhecido	5	4,8

**Tabela 2** - Características clínicas das pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no Hospital do Câncer III/INCA (n=104)

Variável	Frequência	%
<b>Queixas da paciente</b>		
Nódulo	53	51,0
Assintomática (achado mamográfico)	26	25,0
Dor mamária	10	9,6
Secreção papilar	7	6,7
Outras queixas	8	7,7
<b>Forma de identificação da lesão</b>		
Identificada pela paciente	69	66,3
Identificação por médico ou exame complementar	35	33,7
<b>Local da primeira consulta</b>		
Serviço privado	54	51,9
Serviço público	50	48,1
<b>Autoexame das mamas regular</b>		
Sim	43	41,3
Não	33	31,7
Sem informação	28	26,9
<b>Diagnóstico de câncer no momento da matrícula</b>		
Não	67	64,4
Sim	37	35,6
<b>Estadiamento</b>		
0	14	13,5
1	12	11,5
2	30	28,8
3	9	8,7
4	14	13,5
Ignorado/doença benigna	25	24,0

\* Outras queixas: espessamento, mudança da posição do mamilo, mancha na pele, nódulo na axila e inflamação.

**Tabela 3** - Histórico de utilização de serviços pelas pacientes com suspeita de neoplasia mamária atendidas no Hospital do Câncer III/INCA (n=104)

Variável	Mediana (mín.-máx.)
Tempo entre o primeiro sinal ou sintoma e a primeira consulta (meses)	1,00 (1-60)
Tempo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica (meses)	6,5 (0-54)
Tempo entre o primeiro sinal ou sintoma e a confirmação diagnóstica (meses)	8,0 (1-65)
Número de vezes em que a paciente foi a serviços de saúde*	4 (1-12)

\* Excluindo-se os locais onde foram feitos os exames.

**Tabela 4** - Fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas no Hospital do Câncer III/INCA com suspeita de neoplasia mamária (n=104)

Variável	Retardo no diagnóstico n (%)	Odds Ratio (IC95%)	Valor de p
Idade <50 anos versus ≥50 anos	26 (45,6)	1,6 (0,7-3,7)	0,32
Cor da pele branca versus parda ou negra	10 (35,7)	0,5 (0,2-1,3)	0,14
Escolaridade <11 anos de estudo ou desconhecida versus ≥11 anos de estudo	26 (92,9)	2,2 (0,5-10,8)	0,51
Identificação da lesão pela paciente versus por médico ou mamografia	21 (75,0)	1,8 (0,7-4,7)	0,24
Queixa clínica* versus diagnóstico por imagem	25 (89,3)	3,53 (0,96-12,9)	0,046
Local da primeira consulta em serviço público versus serviço privado	13 (46,4)	1,1 (0,5-2,7)	0,79
Autoexame das mamas regular	11 (50,0)	1,5 (0,6-4,2)	0,41
Tempo entre o início da doença e a primeira consulta >1 mês versus ≤1 mês	16 (57,1)	5,0 (2,0-12,5)	<0,001
Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico >10 meses versus ≤10 meses	23 (82,1)	36,8 (10,9-124,0)	<0,001
Estádio no momento do diagnóstico inicial (estádios 0 e I) versus avançado (estádios II a IV)	21 (75,0)	4,3 (1,6-11,2)	0,002
Diagnóstico de câncer no momento da matrícula	17 (60,7)	1,2 (0,5-3,0)	0,66
Diagnóstico final de câncer	25 (89,3)	3,5 (1,0-12,7)	0,05

\* Queixas clínicas: nódulo, secreção, dor, inflamação ou outra queixa.

As alterações que levaram à necessidade de esclarecimento diagnóstico foram identificadas pela própria paciente na maior parte dos casos (66,3%). Em relação à primeira consulta, 51,9% das mulheres informaram tê-la realizado em serviços privados, enquanto 48,1% foram atendidas em unidades públicas de saúde. Sobre o autoexame das mamas, 41% das pacientes afirmaram que o realizavam. Verificou-se, ainda, que o câncer de mama foi diagnosticado em uma fase avançada da doença (estádio clínico II, III e IV) em 51% dos casos analisados.

Na data da admissão no Hospital do Câncer III, 97 pacientes (93,3%) trouxeram exames mamográficos, sendo que 68% deles haviam sido realizadas em serviços privados. Das 49 ultrassonografias apresentadas, 79,6% haviam sido realizadas em serviços privados. Finalmente, em 67 pacientes (64,4%) não havia confirmação histopatológica do câncer. Das 37 pacientes com diagnóstico confirmado à admissão no hospital, em 25 (67,6%) tal diagnóstico havia sido feito em serviços privados (dados não mostrados).

O intervalo de tempo entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta variou de 1 a 60 meses (mediana 1 mês). Já o tempo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica variou de 0 a 54 meses (mediana 6,5 meses); em apenas 20% dos casos esse tempo foi menor que 90 dias (Tabela 3). As pacientes informaram terem ido anteriormente entre 1 e 12 vezes a serviços de saúde para consultas, excluindo-se as idas para realização de exames (63,5% das pacientes tinham ido a serviços públicos e 61,5% a serviços privados).

Os métodos mais utilizados para a confirmação do diagnóstico foram a punção por agulha grossa (core biopsy) em 40 pacientes (38,4%), seguida pela biópsia a céu aberto em 18 pacientes (17,3%).

Na análise univariada (Tabela 4), observou-se maior chance de retardo na confirmação diagnóstica ( $p < 0,05$ ) entre as mulheres que já apresentavam queixa clínica (sinais ou sintomas) no momento da matrícula na instituição,

para aquelas cujo tempo entre o início da doença e a primeira consulta foi maior que um mês e quando o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi maior que dez meses. Além disso, a apresentação da doença em estádios iniciais (0 e I) também mostrou-se associada ao retardo no diagnóstico. Dessas variáveis, apenas o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, o tempo entre o início da doença e a primeira consulta e a presença de queixa clínica no momento da matrícula mostraram-se associadas, de forma independente, ao desfecho estudado (Tabela 5).

## Discussão

No Brasil, o aumento da mortalidade por câncer de mama tem sido atribuído, sobretudo, ao retardamento no diagnóstico e na implementação da terapêutica adequada<sup>9,17</sup>. Esse câncer é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. Entretanto, o atraso no diagnóstico vem impedindo que as pacientes sejam beneficiadas pelos procedimentos terapêuticos que poderiam, de fato, reverter o curso clínico da doença<sup>19</sup>.

Este estudo, teve por objetivo identificar os fatores determinantes do retardo na confirmação do diagnóstico de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do SUS localizado no Município do Rio de Janeiro. As pacientes apresentaram média de idade de 54 anos. A mais jovem apresentava 26 enquanto a mais idosa, 87 anos. Em outro estudo realizado no Brasil por Trufelli et al<sup>12</sup>, a média de idade das pacientes foi de 56,3 anos, muito próxima da descrita na presente pesquisa. Embora a idade seja um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, de acordo com os resultados obtidos, essa variável não esteve associada ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias. Em outros estudos, porém, foi observada maior chance de retardo no diagnóstico entre as mulheres mais idosas<sup>13,15</sup>.

Apesar de as pacientes serem majoritariamente de raça/cor branca (48,1%), dada a miscigenação da população brasileira e a dificuldade em se classificar adequadamente as pessoas no que diz respeito a essa variável, é importante considerar a existência de um possível viés nessa classificação. Entretanto, os autores consideraram essa variável importante, uma vez que poderia ser considerada um indicador da situação socioeconômica. Em mulheres negras, a mamografia tem mostrado uma baixa especificidade e alta sensibilidade, visto que apresentam tumores de maiores dimensões e doença mais avançada do que as brancas<sup>20</sup>. Além disso, uma análise prospectiva de 1.222 mulheres norte-americanas mostrou que os fatores associados ao estadiamento do câncer de mama se expressam de forma diferenciada entre brancas e negras<sup>21</sup>. No presente estudo, embora as mulheres de cor parda ou negra apresentassem

**Tabela 5 - Análise multivariada dos fatores associados ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas no Hospital do Câncer III/INCA com suspeita de neoplasia mamária (n=104)**

Fatores	Odds Ratio (IC95%)	Valor de p
Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico >10 meses	201,9 (19,7-2075,5)	<0,001
Tempo entre o início da doença e a primeira consulta >1 mês	14,3 (1,6-129,3)	0,018
Presença de queixa clínica	9,4 (1,2-72,8)	0,03

atraso no diagnóstico com mais frequência do que as brancas (64,3% versus 35,7%), essa diferença não se mostrou significativa, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, ao número de pacientes avaliadas.

A análise dos dados apontou um predomínio de mulheres casadas, sendo que o estado civil também não interferiu no atraso no diagnóstico. De forma semelhante, em um estudo de sobrevivência, envolvendo 1.022 mulheres com câncer de mama, a situação conjugal não foi considerada um fator importante<sup>22</sup>, o que confirma os resultados da revisão sistemática da literatura realizada por Ramirez et al<sup>13</sup>. Entretanto, em uma pesquisa envolvendo 540 pacientes norte-americanas, o fato de nunca ter sido casada aumentou em quase três vezes o risco de apresentar doença em estágio avançado<sup>23</sup>.

No presente estudo, a maior parte das mulheres (87,4%) tinha baixa escolaridade, ou seja, eram semianalfabetas ou apenas com o ensino fundamental ou médio incompleto. Entretanto, essa variável também não se mostrou associada ao desfecho estudado, a despeito de outros autores destacarem sua importância<sup>15,24</sup>. Isso pode ter ocorrido devido à homogeneidade da população atendida no hospital.

O autoexame das mamas não é uma técnica apropriada para o diagnóstico precoce do carcinoma de mama, mas vem sendo considerado como um método auxiliar, tendo em vista que a mulher passa a conhecer a estrutura da própria mama e, conseqüentemente, pode fornecer informações ao médico que colaborem com o diagnóstico<sup>19</sup>. Até o presente momento não há evidências científicas de que sua prática promova a redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Em um ensaio clínico não randomizado, iniciado em 1973 na Inglaterra pelo UK Early Detection of Breast Cancer Study Group, não foi constatada redução nas taxas de mortalidade devido a esse câncer atribuíveis ao autoexame<sup>25</sup>. De maneira semelhante, os dois ensaios clínicos randomizados envolvendo um grande número de mulheres para avaliar seu impacto sobre a mortalidade por câncer de mama<sup>26,27</sup> apontaram para sua ineficácia em reduzi-la. Em concordância com essas observações, no presente estudo, a não-realização do autoexame das mamas não esteve associada ao retardo para a confirmação do diagnóstico de câncer.

Quanto ao tipo de serviço procurado anteriormente à matrícula no HCIII/INCA, embora tenha-se evidenciado que mais da metade (51,9%) das pacientes procurou um serviço privado para a primeira consulta, essa variável não mostrou associação significativa com o retardo na confirmação diagnóstica do tumor. Diferentes estudos<sup>24,28</sup> vêm mostrando que mulheres atendidas em hospitais públicos tiveram câncer avançado mais frequentemente. Pode-se especular, para o presente estudo, que os serviços privados tenham tido um papel social importante, pois supriram o vazio deixado pelo setor público, tendo em vista que a maior parte dos exames foi realizada em clínicas privadas.

Um fato importante a ser destacado no presente estudo é que o nódulo foi a alteração mamária mais frequente (51%), o que pode ser explicado pela possibilidade de sua identificação acidental ou por meio do autoexame das mamas, na ausência de rastreamento do câncer de rotina. Em geral, os sinais e sintomas do câncer de mama são tardios e observados somente em pacientes com a doença em estádios mais avançados, quando os nódulos já são palpáveis. Na análise multivariada, a presença de queixa clínica foi um dos fatores associados ao retardo na confirmação do diagnóstico. Em outro estudo nacional<sup>12</sup>, foi destacado que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estádios mais avançados da doença. Em uma revisão sistemática da literatura<sup>14</sup>, a apresentação de outro achado que não o nódulo esteve entre as razões para atrasos no diagnóstico. Além disso, neste estudo, somente 25% das pacientes tiveram suas lesões identificadas pela mamografia, demonstrando a inacessibilidade a esse exame, que não era oferecido pelo serviço público local como um método de rastreamento na ocasião da coleta dos dados. Contudo, nos casos detectados por meio de exame de imagem, a maior parte (80,8%) encontrava-se nos estádios 0 ou I. Esses dados evidenciam a importância da mamografia para o diagnóstico de lesões em fases iniciais.

Por fim, este estudo mostrou uma forte associação entre os tempos decorridos entre o início da doença e a primeira consulta e entre a primeira consulta e o diagnóstico com o retardo na confirmação do diagnóstico do câncer. No primeiro caso, mais da metade das pacientes procurou o Hospital até um mês após o início dos sintomas, o que mostrou a conscientização das mulheres sobre a gravidade da possível doença a ser investigada e a necessidade do diagnóstico, com vistas à instituição do tratamento curativo. Já o intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi maior que 6,5 meses em metade das mulheres, apontando para a morosidade do sistema de saúde do município no período estudado. Esses resultados confirmam as conclusões de Caplan et al<sup>16</sup>, de que na maior parte das vezes a responsabilidade no atraso diagnóstico

deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher. Uma possível explicação para essa demora é que 64,4% das pacientes não tinham confirmação histopatológica no momento da primeira consulta no Hospital do Câncer III, o que pode ter contribuído para o retardo no diagnóstico. De maneira semelhante, Trufelli et al<sup>12</sup> destacaram que o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a biópsia da lesão suspeita, o que equivale, no presente estudo, ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico.

Podem ser destacadas diversas limitações deste estudo. O fato de ser realizado em uma única instituição pública pode contribuir para uma homogeneização no perfil das pacientes, mas implica na não-extrapolação de seus resultados para o sistema de saúde do Município como um todo. Outra limitação refere-se ao número de mulheres que foi incluído (n=104), levando a um baixo poder estatístico para que fatores de risco de baixa magnitude fossem detectados. Um aspecto que também merece destaque refere-se às variáveis eleitas para compor esta investigação, resultando na ausência de importantes fatores conhecidos como determinantes do atraso no diagnóstico como nível socioeconômico, índice de massa corporal aumentado, acesso a serviços de saúde e crenças das pacientes, entre outros.

Conclui-se, com base nos resultados do presente estudo, que a ausência, no País, de um programa estruturado para a detecção precoce do câncer de mama faz com que as estatísticas continuem mostrando altos índices de casos de câncer de mama avançados, como os observados no presente estudo (51%). Os principais fatores determinantes do retardo na confirmação diagnóstica nas mulheres avaliadas foram a presença de sinais e sintomas no momento da matrícula no hospital de referência e o tempo elevado entre o início da doença e a primeira consulta e entre a primeira consulta e o diagnóstico. Esforços devem focalizar na correção desses parâmetros.

A partir deste estudo diversas mudanças vêm sendo implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com vistas a garantir o acesso ao rastreamento mamográfico e o diagnóstico adequado e tratamento oportuno para o câncer de mama. Estudos futuros devem ser encorajados, objetivando avaliar a qualidade da atenção oncológica no município do Rio de Janeiro.

## Agradecimentos

Ao professor Pedro Carvalho Rodrigues, pela análise dos dados. Aos funcionários do HCIII/INCA, pela participação na fase de coleta de dados. Agradecemos também à doutora Eurídice Figueiredo.

## Referências

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin*. 2008;58(2):71-96.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil [documento da Internet]. 2007 [citado 10 out 2008]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>
- Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):656-61.
- Greenwald P, Kramer B, Weed D. Expanding horizons in breast and prostate cancer prevention and early detection. The 1992 Samuel C. Harvey Lecture. *J Cancer Educ*. 1993;8(2):91-107.
- Frasson A, Kock H, Moriguchi EH, Jeckel-Neto E, Santos RP, Sacchini V, et al. Lesões mamárias não palpáveis: quando não biopsiar? *Rev Bras Mastologia*. 1999;9(1):7-14.
- Jackson VP. Screening mammography: controversies and headlines. *Radiology*. 2002;225(2):323-6.
- Smith RA, Mettlin CJ, Davis KJ, Eyre H. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin*. 2000;50(1):34-49.
- Morrison BJ; Canadian Task Force on Preventive Health Care. 1998 recommendation rewording: screening for breast cancer [Internet]. 1998 [cited 2008 Oct 10]. Available from: <http://www.ctfphc.org/Tables/Ch65tab2.htm>
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(2):77-90.
- Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2009 Jan 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pauf.def>
- Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1119-26.
- Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):72-6.
- Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1127-31.
- Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, De Bellis G, Fabbrocini G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10(1):53-9.
- Gullatte MM, Phillips JM, Gibson LM. Factors associated with delays in screening of self-detected breast changes in African-American women. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2006;17(1):45-50.
- Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN, Edwards BK. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med*. 1996;25(2):218-24.
- Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):319-23.
- Day NE, Williams DR, Khaw KT. Breast cancer screening programmes: the development of a monitoring and evaluation system. *Br J Cancer*. 1989;59(6):954-8.
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
- Yankaskas BC, Gill KS. Diagnostic mammography performance and race: outcomes in Black and White women. *Cancer*. 2005;104(12):2671-81.
- Hunter CP, Redmond CK, Chen VW, Austin DF, Greenberg RS, Correa P, et al. Breast cancer: factors associated with stage at diagnosis in black and white women. Black/White Cancer Survival Study Group. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(14):1129-37.
- Palmer MK, Lythgoe JP, Smith A. Prognostic factors in breast cancer. *Br J Surg*. 1982;69(12):697-8.
- Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA*. 1998;279(22):1801-7.
- Mandelblatt J, Andrews H, Kerner J, Zauber A, Burnett W. Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: the impact of age, race, social class, and hospital type. *Am J Public Health*. 1991;81(5):646-9.
- Ellman R, Moss SM, Coleman D, Chamberlain J. Breast self-examination programmes in the trial of early detection of breast cancer: ten year findings. *Br J Cancer*. 1993;68(1):208-12.
- Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, Kharikova RS, Seleznev IK, et al. A prospective randomized trial (St-Petersburg, WHO) of the role of self examination in early detection of breast cancer. *Russ J Oncol*. 2000;(2):4-9.
- Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(19):1445-57.
- Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Col Cancerol*. 2007;11(1):13-22.