

Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais

Characteristics of women with breast cancer seen at reference services in the North of Minas Gerais

Priscila Bernardina M. Soares^I

Sidinei Quirino Filho^{II}

William Pereira de Souza^{III}

Renata Cristina R. Gonçalves^{III}

Daniella Reis B. Martelli^{IV}

Marise Fagundes Silveira^{IV}

Hercílio Martelli Júnior^{IV}

^IDepartamento de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, MG.

^{II}Iniciação Científica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, MG.

^{III}Departamento de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, MG.

^{IV}Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, MG.

Correspondência: Priscila Bernardina Miranda Soares. Avenida Mestra Fininha, 1.951, CEP 39403-222 Montes Claros, MG. E-mail: priscilamirandasoares@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: Descrever as principais características de pacientes com câncer de mama admitidas em dois serviços de referência para o tratamento desse tipo de câncer no norte de Minas Gerais, incluindo estágio da doença ao diagnóstico e local de tratamento. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal e descritivo, avaliando 288 prontuários de pacientes do gênero feminino com câncer de mama, admitidas entre janeiro de 2006 a dezembro de 2009, oriundas de um serviço público e de um privado. As variáveis analisadas foram submetidas a tratamento estatístico por meio dos testes qui-quadrado e regressão logística multinomial. **Resultados:** Observou-se que 68,1% da população analisada procediam do serviço público. Predominaram pacientes com mais de 50 anos (54,5%), casadas (59%) e com filhos (87,8%). Dentre a população estudada, a média de idade foi de 63 anos, sendo que em 42,7% dos casos prevaleceu o intervalo de tempo acima de 6 meses entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica. Em 47,6% das mulheres o diagnóstico foi tardio (estágios III e IV). 20,1% tinham histórico familiar de câncer de mama; 20,8% faziam autoexame das mamas e 41% faziam mamografia. **Conclusão:** Verificou-se maior prevalência de pacientes nos estágios III e IV no serviço público quando comparado ao privado. O tempo prolongado entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica, a ausência de história familiar de câncer de mama e a não realização de mamografia de rastreamento são observados, neste estudo, como os principais fatores associados ao diagnóstico tardio.

Palavras-Chave: Câncer de mama. Epidemiologia. Diagnóstico tardio. Serviços de saúde. Fatores de risco.

Abstract

Objective: To describe the main characteristics, including stage of disease and local treatment of patients admitted to two reference services for the treatment of breast cancer in the North of Minas Gerais. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study. We evaluated medical records of 288 female patients with breast cancer admitted between January 2006 and December 2009, referred from a public hospital and a private clinic. Variables were analyzed using the chi-square test and multinomial logistic regression. **Results:** 68.1% of patients were referred from the public hospital. There was a predominance of patients over 50 years old (54.5%), married (59%) and with children (87.8%). The mean age of the population studied was 63 years old. Time between suspected cancer and confirmation of diagnosis was over six months in 42.7% of patients. Cancer diagnosis was late (stage III and IV) in 47.6% of patients. Family history of breast cancer was present in 20.1%, 20.8% of them had performed self-breast examination, and 41% had been submitted to a mammogram. **Conclusion:** There was a higher prevalence of stage III/IV patients from the public service when compared to the private sector. We found that the major factors associated with the late diagnosis of breast cancer were the delay between suspected and confirmed diagnosis, the absence of family history of breast cancer and not having a mammogram.

Keywords: Breast cancer. Epidemiology. Late diagnosis. Health services. Risk Factors.

Introdução

O câncer é um relevante problema mundial de saúde pública, sendo responsável por 7 milhões de óbitos anualmente¹. Os tumores que apresentam as mais elevadas taxas de mortalidade são: pulmão, estômago, cólon e mama. Estima-se que, em 2020, o número de novos casos anuais de câncer será de 15 milhões, sendo que 60% desses ocorrerão em países em desenvolvimento¹.

O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais frequente no gênero feminino, representando 23% de todos os casos mundiais². Anualmente, verifica-se que mais de um milhão de mulheres são diagnosticadas em todo o mundo e acima de 410.000 morrerão dessa doença³. Essa neoplasia é mais frequente em países desenvolvidos, sendo que as maiores incidências são observadas no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá¹. Embora a mortalidade de pacientes com câncer de mama ainda apresente tendência ascendente em diversos países há vários anos, países desenvolvidos como EUA, Reino Unido e Austrália já registram queda da mortalidade⁴, sendo essa diminuição atribuída ao uso ampliado de mamografia e ao tratamento precoce da doença⁵. Em geral, a sobrevida média de pacientes com câncer de mama é superior, em cinco anos, em países desenvolvidos como EUA, Canadá, Japão e alguns países da Europa ocidental, e menor em países em desenvolvimento como Argélia, Brasil e na Europa Oriental^{6,7}. Tais diferenças de sobrevida podem ser explicadas pelos estágios mais avançados de diagnóstico nos países em desenvolvimento⁸.

Em relação ao Brasil, projetaram-se, em 2010, 49.240 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, com um risco estimado de 65 novos casos por 100 mil mulheres⁹. Particularmente em Minas Gerais, no período de 1998 a 2007, ocorreram aproximadamente 85 mil novos casos de câncer, sendo que 14.363 foram de mama, cerca de

17% do total¹⁰. Também é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina brasileira, sendo provável que o diagnóstico da doença em fase avançada seja o principal responsável pela manutenção elevada das taxas de mortalidade⁹.

Estudos têm sugerido que fatores como a falta de acesso aos serviços de saúde, os atrasos na investigação de lesões mamárias suspeitas e na efetivação do tratamento da doença têm contribuído para o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, para a elevada mortalidade por câncer de mama¹¹⁻¹⁷. Assim, este estudo teve como objetivo descrever as principais características de pacientes com câncer de mama admitidas em dois serviços de referência oncológica, um público e um privado.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal e descritivo. Foram avaliados 288 prontuários clínicos de pacientes admitidas, entre janeiro de 2006 a dezembro de 2009, em dois centros de referência em oncologia, um público e um privado, ambos no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil. Os serviços citados utilizam o mesmo prontuário clínico e o mesmo protocolo terapêutico. Todas as pacientes com diagnóstico histopatológico de carcinoma de mama, independente das variáveis clínicas, foram incluídas neste estudo, tendo sido excluídos os casos com diagnóstico de outros tipos histológicos de neoplasia maligna de mama que não os carcinomas, bem como os de câncer de mama no gênero masculino.

Foram coletadas informações gerais e clínicas das pacientes. As características gerais foram: idade (categorizada em três faixas etárias), procedência (Montes Claros e outros municípios), estado civil (solteira, casada, viúva, divorciada/separada), atividade profissional (empregada/autônoma, do lar/aposentada), religião (católica, evangélica e outras), número de filhos, hábito de fumar (sim ou não) e de beber (sim ou não) e local da coleta (serviço público ou privado). Quanto às características clínicas,

foram investigadas as seguintes variáveis: estadiamento clínico do tumor (estágio I, estágio II, estágio III/IV), tempo entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica (0 a 5 meses e mais de 5 meses), *status* menopausal (pós-menopausa e pré-menopausa), presença de metástases ao diagnóstico (sim ou não), realização de mamografia (sim ou não), autoexame das mamas (sim ou não), tratamento cirúrgico (cirurgia conservadora ou mastectomia), história familiar de câncer de mama (sim ou não), realização de quimioterapia (sim ou não), realização de radioterapia (sim ou não), realização de hormonioterapia (sim ou não), e o perfil imunohistoquímico das lesões (RE, RP, Her2 e triplo-negativo).

Foi realizada análise descritiva das características gerais e clínicas por intermédio das distribuições de frequências. Para comparar a frequência de estadiamento clínico da doença entre os dois serviços, utilizou-se o teste qui-quadrado.

Para avaliar a associação entre o “*estadiamento clínico*” e as demais características das pacientes, também foram realizadas análises bivariadas e múltipla e estimadas as razões de prevalências brutas e ajustadas. Para isso, os estágios III e IV foram agrupados, ficando a variável desfecho categorizada em três níveis (estágio I, estágio II e estágio III/IV), sendo, portanto, adotado o modelo logístico multinomial, cuja categoria de referência foi o Estágio I. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. A construção do banco de dados foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS® 17.0 (*Statistical Package for Social Science for Windows, Inc., USA*).

O estudo foi conduzido com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo N.º 1497/09), Minas Gerais, Brasil, e contou com o consentimento dos dois serviços participantes do estudo.

Resultados

Foram incluídas no estudo 288 mulheres com carcinomas de mama, admitidas,

entre os anos de 2006 a 2009, em ambos os serviços de referência oncológica (público e privado). A Tabela 1 apresenta as características gerais da população analisada, enquanto as características clínicas estão mostradas na Tabela 2. A maioria dos casos (68,1%) foi procedente do serviço público

de saúde; predominaram mulheres com mais de 50 anos (54,5%), casadas (59%), com filhos (87,8%) e pós-menopáusicas (53,5%). Observou-se que 42,7% tiveram o intervalo de tempo acima de 6 meses entre a suspeita e a confirmação diagnóstica; em 47,6% das mulheres o diagnóstico foi tardio (estágios

Tabela 1 - Características gerais de mulheres com câncer de mama admitidas em Serviços de referência em Montes Claros, Norte de Minas Gerais, entre 2006 e 2009.

Table 1 - General characteristics of women with breast cancer admitted to oncology reference services in Montes Claros, North of Minas Gerais, between 2006 and 2009.

Características gerais das pacientes	N	%
Idade (anos)		
27 a 39	34	11,8
40 a 49	97	33,7
>50	157	54,5
Procedência		
Montes Claros	138	47,9
Outros municípios	150	52,1
Estado civil		
Solteira	40	13,9
Casada	170	59,0
Viúva	38	13,2
Separada/Divorciada	40	13,9
Profissão		
Empregada com vínculo/Autônoma	160	55,6
Do lar/Aposentada	128	44,4
Número de Filhos		
0	35	12,2
1	22	7,6
2	78	27,1
3	63	21,9
4	30	10,4
>4	60	10,8
Hábito de fumar		
Não	256	88,9
Sim	32	11,1
Hábito de beber		
Não	274	95,1
Sim	14	4,9
Local de coleta		
Serviço privado	92	31,9
Serviço público	196	68,1
Religião		
Católica	158	54,9
Evangélica	33	11,5
Outras	15	5,2
Não informado	82	28,5
Total	288	100

Tabela 2 - Características clínicas de mulheres com câncer de mama admitidas em Serviços de referência em oncologia em Montes Claros, Norte de Minas Gerais, entre 2006 e 2009.

Table 2 - Clinical characteristics of women with breast cancer admitted to oncology reference services in Montes Claros, North of Minas Gerais, between 2006 and 2009.

Características clínicas das pacientes	N	%
Estadiamento		
Estágio I	69	24
Estágio II	82	28,5
Estágios III e IV	137	47,6
Tempo entre a suspeita e confirmação diagnóstica (meses)		
0 a 5	165	57,3
≥ 6	123	42,7
Status menopausal		
Pós-menopausa	154	53,5
Pré-menopausa	134	46,5
Metástases ao diagnóstico		
Não	267	92,7
Sim	21	7,3
Realização de mamografia		
Não	170	59
Sim	118	41
Autoexame das mamas		
Não	228	79,2
Sim	60	20,8
Tratamento cirúrgico		
Cirurgia conservadora	116	46,2
Mastectomia	101	40,6
História familiar de câncer de mama		
Não	230	79,9
Sim	58	20,1
Realização de quimioterapia		
Não	67	23,3
Sim	221	76,7
Realização de radioterapia		
Não	34	11,8
Sim	254	88,2
Realização de hormonioterapia		
Não	125	43,4
Sim	163	56,6
Total	288	100

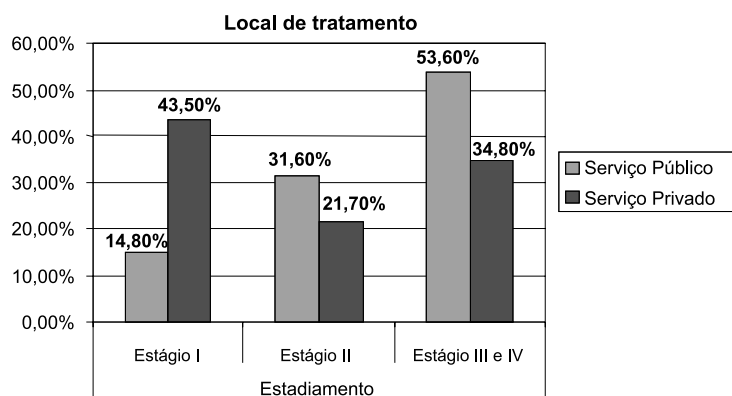
III e IV), registrando-se percentuais mais elevados desse achado no serviço público do que no privado; 20,8% realizavam autoexame das mamas; 41% faziam mamografia e 40,6% foram mastectomizadas. Quanto ao perfil imunohistoquímico das lesões, observou-se que 69,4% foram RE positivo, 26% tiveram superexpressão do Her-2 e 18,4% foram triplo negativo.

Em relação ao estadiamento, comparou-se o serviço público com o privado e percebeu-se maior frequência de pacientes nos estágios clínicos III e IV no serviço público (53,6% *versus* 34,8%). Por outro lado, quando se analisou o diagnóstico inicial (estágio *in situ*/I) houve maior frequência deste no serviço privado do que no público (43,5% *versus* 14,8%), como é visualizado no

Gráfico 1. Na Tabela 3, por intermédio da regressão logística multinomial, quando se comparou os estágios II, III e IV com o estágio inicial (*in situ*/I), observou-se ausência de associação da idade, *status* menopausal, profissão, painel imunohistoquímico e realização de autoexame das mamas com o estadiamento. De forma distinta, a não realização de mamografia (RP_{ajustada} = 5,10), a ausência de história familiar para câncer de mama (RP_{ajustada} = 2,23 e 2,43) e o tempo entre a suspeita e a confirmação diagnóstica ≥ 6 meses (RP_{ajustada} = 2,97 e 3,04) mostraram-se associados ao estadiamento clínico mais avançado da doença.

Discussão

Diferente de diversos países desenvolvidos, o Brasil tem registrado nos últimos anos aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama, justificado, sobretudo, pelo diagnóstico tardio e pelo atraso na implantação do tratamento adequado, uma vez que essa neoplasia é considerada curável se diagnosticada e tratada precocemente⁵⁻⁹. O presente estudo possibilitou conhecer o perfil de mulheres com câncer de mama admitidas em centros de referência, público e privado, localizados no município de Montes Claros, norte de Minas



*Teste qui-quadrado ($p < 0,001$)
*Chi-square test ($p < 0.001$)

Gráfico 1 - Estadiamento das pacientes com câncer de mama admitidas conforme local de tratamento (serviços público e privado).

Graph 1 - Stage of breast cancer in women according to treatment site (public or private service).

Tabela 3 - Regressão logística multinomial para associação entre mamografia, história familiar de câncer de mama e tempo entre suspeita e confirmação diagnóstica e estadiamento clínico em mulheres com câncer de mama.

Table 3 - Multinomial logistic regression for the association between mammogram, family history of breast cancer and time between suspected and confirmed diagnosis and clinical staging in women with breast cancer.

Variável		Estádio II*		Estádios III e IV*	
		RP _{bruta} (IC-95%)	RP _{ajustada} (IC-95%)	RP _{bruta} (IC-95%)	RP _{ajustada} (IC-95%)
Mamografia	Não	2,65 (1,35-5,18)	1,91 (0,87-4,18)	7,52 (3,92-14,20)	5,10 (2,39-10,87)
	Sim	1	1	1	1
História familiar	Não	2,56 (1,22-5,56)	2,23 (1,02-4,89)	3,13 (1,56-6,25)	2,43 (1,14-5,19)
	Sim	1	1	1	1
Tempo entre suspeita e confirmação	≥ 6 meses	3,71 (1,7-7,81)	2,97 (1,37-6,45)	4,76 (2,39-9,52)	3,04 (1,46-6,37)
	< 6 meses	1	1	1	1

*Regressão logística multinomial (referência = Estádio *in situ*/I) ($p < 0,05$)

*Multinomial logistic regression (reference = Stage *in situ*/I) ($p < 0,05$)

RP_{bruta} = razão de prevalência bruta (*crude prevalence ratio*)

RP_{ajustada} = razão de prevalência ajustada (*adjusted prevalence ratio*)

IC-95% = intervalo de confiança de 95% (*95% CI = 95% confidence interval*)

Gerais, para receber tratamento oncológico. A média de idade registrada destas mulheres foi de 63 anos. A mais jovem tinha 27, enquanto a mais idosa estava com 100 anos, sendo que a maior parte (54,5%) tinha mais de 50 anos e 53,5% eram pós-menopáusicas. 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 mostrou associação entre o estadiamento clínico da doença e o diagnóstico. Outros estudos, porém, sugerem que o câncer de mama em mulheres mais jovens tem uma fisiopatologia mais agressiva, corroborando para estágios mais avançados de diagnóstico e, quando comparados aos tumores de mama em mulheres mais idosas, o prognóstico é pior¹⁸⁻²³.

Houve um predomínio de mulheres casadas (59%) e com filhos (87,8%), sendo que o estado civil e o número de filhos também não interferiram no estadiamento, embora a nuliparidade seja um dos fatores de risco associado ao câncer de mama^{24,25}. De forma semelhante, em um estudo de sobrevivência envolvendo 1.022 mulheres com neoplasia de mama, a situação conjugal não foi considerada um fator importante²⁶, o que confirma os resultados da revisão sistemática da literatura realizada por Ramirez et al.¹³. De maneira controversa, outro estudo envolvendo 540 pacientes norte-americanas revelou que o fato de nunca terem sido casadas aumentou em quase três vezes o risco de apresentarem doença em estágio avançado²⁷.

A história familiar para câncer de mama, relatada por 20,1% das mulheres no presente estudo, mostrou associação com o grau de estadiamento ao diagnóstico, ratificando os achados de Hoskins et al.²⁸, que afirmam que até 20% das mulheres com câncer de mama têm uma história familiar positiva. De acordo com estudos transversais realizados nos Estados Unidos com população de mulheres adultas, 5% a 10% apresentaram história familiar de primeiro grau de câncer de mama, sugerindo que essas mulheres herdaram uma mutação genética que as coloca em risco aumentado para o desenvolvimento de câncer de mama e de ovário²⁸. Uma revisão sistemática de 14 estudos selecionados

sobre fatores de risco para o câncer de mama em mulheres brasileiras concluiu que pouco se sabe sobre a prevalência da história familiar para câncer de mama na população brasileira, tendo encontrado taxas de prevalência variando entre 3,7% a 13,10%²⁹. Outra revisão sobre história familiar para câncer de mama³⁰ identificou 74 estudos publicados, nos quais os autores revelaram uma estimativa do risco relativo (RR) associado com história familiar de 2,0 (IC = 1,8-2,1) para mãe, 2,3 (IC = 2,1-2,4) para irmã e 3,6 (IC = 2,5-5) para mãe e irmã. Os riscos foram aumentados quando o parente de primeiro grau havia sido diagnosticado antes dos 50 anos³¹.

Em relação à imunohistoquímica, o presente estudo registrou, de acordo com os prontuários analisados, 26% de superexpressão da proteína HER-2, enquanto outros estudos^{32,33} confirmam a superprodução dessa proteína entre 25 a 30% dos tumores de mama, estando essa proteína associada ao pior prognóstico, assim como ao alto grau histológico, à diminuição do tempo livre de doença e à sobrevivência global. O receptor de estrogênio (RE) é expressado em aproximadamente 65% dos casos diagnosticados antes da menopausa e em quase 80% daqueles diagnosticados após a menopausa, e geralmente está associado a prognósticos mais favoráveis³⁴. Da mesma forma, 69,4% de todas as pacientes investigadas neste estudo eram RE positivos. Ainda em relação à imunohistoquímica, Rakha et al.³⁵ identificaram os tumores triplo-negativos, definidos pela ausência de expressão de receptores hormonais e pela não positividade do HER-2. Acredita-se que o câncer de mama triplo-negativo corresponda a cerca de 15% dos casos, sendo mais frequente em mulheres negras, com mutações de BRCA1, e em mulheres mais jovens³⁶. Dentre as mulheres analisadas neste estudo, 18,4% eram triplo-negativas. Contudo, embora os receptores hormonais e a expressão da proteína HER-2 estejam relacionados ao prognóstico^{33,34}, essas variáveis, no presente estudo, não se associaram ao grau de estadiamento ao diagnóstico.

Ao fazer uma análise bivariada dos dados deste estudo verificou-se maior percentual de mulheres com estágios III e IV, sendo este estatisticamente mais expressivo no serviço público do que no privado (53,6% *versus* 34,8%). Ao contrário, enquanto 43,5% das mulheres admitidas no setor privado foram estadiadas como I, este grupo representava 14,8% no público, confirmando os resultados de Rezende et al.¹⁶, que identificaram 51% das mulheres diagnosticadas entre os estágios II e IV. Gonçalves et al.³⁷ destacaram o estágio III como forma de apresentação em um terço das brasileiras admitidas em serviços de oncologia com câncer de mama. Da mesma forma, outro estudo³⁸ analisou 43.442 casos de câncer de mama, no período compreendido entre 1995 e 2002, revelando que 87,7% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama encontravam-se entre os estágios II e IV (estágio II = 42,8%, estágio III = 32,6% e estágio IV = 12,3%). Enquanto nos países mais desenvolvidos as taxas de mortalidade padronizadas para o câncer de mama apresentaram redução, no Brasil observou-se incremento das taxas de óbito por câncer de mama naquele período (de 8,57 para 11,18/100.000 mulheres). A mediana do percentual de pacientes no Brasil entre os estágios II e IV foi de 45,3%, enquanto nos Estados Unidos a mediana foi de 12,1%³⁸.

Quanto ao método de rastreamento, o autoexame das mamas, embora não seja uma técnica apropriada para o diagnóstico precoce do câncer de mama, vem sendo considerado como um método auxiliar³⁹. Vários estudos⁴⁰⁻⁴² afirmam que até o presente momento não há evidências científicas de que a sua prática promova a redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Neste estudo, a não realização do autoexame das mamas não esteve associada ao estadiamento mais avançado ao diagnóstico. Já a realização da mamografia como método mais eficaz no rastreamento do câncer de mama tem um impacto favorável na taxa de mortalidade⁴³, podendo reduzi-la em até 30% na faixa etária entre 40 e 69 anos⁴⁴. Os cânceres identificados

em mulheres assintomáticas são propensos a tamanhos menores e a estarem em estágios iniciais⁴⁵. Embora não haja consenso sobre as orientações para o rastreamento do câncer de mama nos grupos etários com menos de 50 e mais de 70 anos^{46,47}, no Brasil, desde abril de 2009, o Sistema Único de Saúde passou a assegurar a realização de mamografia a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade⁹. De maneira semelhante, este estudo apontou que a realização da mamografia é mais frequente no serviço privado do que no público, assim como a não realização desse método mostrou-se associada ao estadiamento mais avançado. Marchi et al.⁴⁸ realizaram um estudo seccional entrevistando 643 mulheres submetidas à mamografia e verificaram que 472 foram atendidas em serviços de saúde públicos e 171 em serviço privado. Avaliaram, dentre outras características, a utilização da mamografia entre usuárias do serviço público e privado, concluindo que a forma de acesso aos serviços de saúde influenciou na proporção de mulheres previamente rastreadas pela mamografia, que foi superior na rede privada⁴⁸.

O presente estudo mostrou forte associação entre o intervalo de tempo entre a suspeita e a confirmação diagnóstica com o estadiamento ao diagnóstico do câncer (RP_{ajustada} = 2,97 e 3,04). Esse intervalo foi maior que 6 meses em quase metade das mulheres (42,7%), apontando, no período estudado, para a morosidade do sistema de saúde do município. Tais resultados confirmam as conclusões de Rezende et al.¹⁶, que conduziram um estudo objetivando identificar as causas de atraso no atendimento de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uma unidade hospitalar de nível terciário do município do Rio de Janeiro, entre janeiro e julho de 2004, identificando o tempo mediano de um mês entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta, e desta última até a confirmação diagnóstica de 6,5 meses¹⁶. De maneira semelhante, Trufelli et al.¹⁷, ao estudarem um serviço de oncologia de um hospital público de São Paulo, destacaram que o atraso na condução dos casos de câncer de mama foi,

em grande parte, relacionada ao tempo que a paciente demorou para procurar os serviços de saúde para realizar a mamografia e proceder à biópsia de lesões suspeitas.

Verifica-se, pelos estudos epidemiológicos, que o Brasil ainda possui importantes indicadores de câncer de mama avançado ao diagnóstico, fato este ratificado no presente estudo (47,6%). A não realização de mamografia, a ausência de história familiar

de câncer de mama e o intervalo temporal prolongado entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica, são destacados neste estudo como importantes fatores associados ao diagnóstico tardio. Observa-se a necessidade da realização de planos e ações para reduzir o atraso na condução dos casos de câncer de mama nos serviços públicos, para que a detecção precoce e, em consequência, a cura sejam realidades mais frequentes no país.

Referências

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press; 2008.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
3. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer Epidemiol* 2009; 33: 315-18.
4. Garcia M, Jemal A, Ward E.M et al. *Global Cancer Facts @ Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.
5. Berry D.A; Cronin K.A; Plevritis S.K et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 1784-92.
6. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R et al. CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9: 730-56.
7. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H et al. and the EURO CARE Working Group. EURO CARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Annals of Oncology* 2003; 14: 128-49.
8. Sant M, Allemani C, Capocaccia R et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer* 2003; 106: 416-22.
9. Instituto Nacional Do Câncer – Inca (Brasil). *Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; 2009.
10. SisRHC. Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC). Disponível em <http://irhc.inca.gov.br/visualizaTabNetExterno.action> [Acessado em 29 de Julho de 2010]
11. 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: 1119-26.
12. 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: 45-50.
13. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1127-31.
14. Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002; 94: 2143-50.
15. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28: 319-23.
16. Rezende, MCR; Koch, HA; Figueiredo, JA; Thuler, LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31: 75-81.
17. 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: 72-6.
18. Castiglione M, Aebi S. The enigma of young age. *Ann Oncol* 2006; 17: 1475-7.
19. Nixon AJ, Neuberg D, Hayes DF, Gelman R, Connolly JL, Schnitt S et al. Relationship of patient age to pathological features of the tumor and prognosis for patients with stage I or II breast cancer. *J Clin Oncol* 1994; 12: 888-94.
20. Dubsy PC, Gnant MF, Taucher S, Roka S, Kandioler D, Pichler-Gebhard B et al. Young age as an independent adverse prognostic factor in premenopausal patients with breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2002; 3: 65-72.
21. Aebi S, De Ridder M, Vlastos G, Vinh-Hung V, Storme G. Young age is a poor prognostic factor in women with stage I breast cancer. *Eur J Cancer* 2006; 4: 121.

22. Bonnier P, Romain S, Charpin C, Lejeune C, Tubiana N, Martin P et al. Age as a prognostic factor in breast cancer: relationship to pathological and biologic features. *Int J Cancer* 2006; 62: 138-44.
23. Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer* 1996; 77: 97-103.
24. Lambe M, Hsieh CC, Chan HW, Ekblom A, Trichopoulos D, Adami HO. Parity, age at first and last birth, and risk of breast cancer: a population-based study in Sweden. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 38: 305-11.
25. Hulka BS, Stark AT. Breast cancer: cause and prevention. *Lancet* 1995; 346: 883-7.
26. Palmer MK, Lythgoe JP, Smith A. Prognostic factors in breast cancer. *Br J Surg* 1982; 69: 697-8.
27. 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: 1801-7.
28. Hoskins KF, Stopfer JE, Calzone KA, Merajver SD, Rebbeck TR, Garber JE et al. Assessment and counseling for women with a family history of breast cancer: a guide for clinicians. *JAMA* 1995; 273: 577-85.
29. Pinho VF, Coutinho ES. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 351-60.
30. Pharoah PD, Day NE, Duffy S et al.: Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997; 71: 800-9.
31. Meiser B, Butow P, Barratt A, Friedlander M, Kirk J, Gaff C et al. Breast cancer screening uptake in women at increased risk of developing hereditary breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 59: 101-11.
32. Yaziji H, Goldstein LC, Barry TS et al. Her-2 testing using parallel tissue based methods. *JAMA* 2004; 291: 1972-7.
33. Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN et al. American Society of Clinical Oncology/college of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 118-45.
34. Anderson WF, Chatterjee N, Ershler WB, Brawley OW. Estrogen receptor breast cancer phenotypes in the surveillance, Epidemiology, and End Results database. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 76: 27-36.
35. Rakha EA, Reis-Filho JS, Ellis IO. Basal-like breast cancer: a critical review. *J Clin Oncol* 2008; 26: 2568-81.
36. Anders C, Carey LA. Understanding and treating triple-negative breast cancer. *Oncology* 2008; 22: 1233-9.
37. Gonçalves PHB, Gauí MF, Martins RG, Bines J. *Padrão de tratamento cirúrgico do câncer de mama de acordo com a idade – Análise de 5 anos do Instituto Nacional do Câncer (INCA)*. Trabalho apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Cancerologia e XIII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, São Paulo, 26 a 30 de novembro de 2003.
38. Thuler LC, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27: 656-60.
39. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
40. 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: 208-12.
41. 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.
42. 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: 1445-57.
43. 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: 91-107.
44. Tabar L, Yen M, Vitak B, Chen HT, Smith RA, Duffy S. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 2003; 361: 1405-10.
45. Jackson VP. Screening mammography: controversies and headlines. *Radiology* 2002; 225: 323-6.
46. Smith RA, Mettlin CJ, Davis KJ, Eyre H. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2000; 50: 34-49.
47. Morrison BJ; Canadian Task Force on Preventive Health Care. 1998 recommendation rewording: screening for breast cancer [Internet]. 1998. Disponível em <http://www.ctfphc.org/Tables/Ch65tab2.htm> [Acessado em 10 de outubro de 2008]
48. Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico em serviços de saúde público e privado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28: 214-9.

Recebido em: 25/04/11

Versão final apresentada em: 24/11/11

Aprovado em: 05/02/12