

# 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.