

**MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO ENTRE MULHERES
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA ACOMPANHADAS EM UM
CENTRO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM
ONCOLOGIA DO NORDESTE BRASILEIRO.**

MAMMOGRAPHY TRACKING AMONG WOMEN WITH BREAST CANCER
ACCOMPANIED IN A ASSISTENCE CENTER OF HIGH COMPLEX IN
ONCOLOGY OF THE BRAZILIAN NORTHEAST.

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.
Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.
gorayeb.alberto@gmail.com

Guilherme José Souza de Oliveira

Acadêmico de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.
Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.
guioliv92@gmail.com

Raissa Pereira Lima Verde

Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.
Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.
raissapereiraa@gmail.com

Ana Rodrigues Falbo

Médica, membro da Diretoria de Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira (IMIP), Recife, PE.
Rua dos Coelhos, nº 300 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50070-550
anarfalbo@gmail.com

Autor responsável pela troca de correspondência

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira
Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.
gorayeb.alberto@gmail.com

RESUMO

Objetivos: descrever os aspectos sociodemográficos, fatores de risco, bem como o conhecimento e a importância que mulheres portadoras de câncer de mama, acompanhadas pelo do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), atribuíam ao exame mamográfico e ao seu uso como rastreamento para a doença.

Métodos: tratou-se de um estudo transversal, envolvendo 53 pacientes portadoras de câncer de mama em estágio avançado ou metastático, acompanhadas no setor de Oncologia do IMIP entre os meses de outubro de 2014 a abril de 2015. Os dados foram obtidos, mediante entrevista, a partir de formulário semiestruturado.

Resultados: foram entrevistadas 53 mulheres que foram subdivididas em 3 grupos de acordo com a faixa etária. A maioria das pacientes dos três grupos não se encontravam adequadas aos programas de rastreamento mamográfico para câncer de mama, além de que 47,2% das mesmas somente realizaram a última mamografia após notar alguma anormalidade nas mamas. Observou-se a pouca valorização e conhecimento inadequado sobre o exame.

Conclusões: evidenciou-se inadequação aos programas de rastreamento mamográfico para câncer de mama, bem como falta de conhecimento e a pouca importância atribuída à mamografia pelas mulheres avaliadas. Percentual expressivo delas apenas realizou o exame após observarem anormalidades nas mamas. A baixa escolaridade e a história familiar de câncer foram os fatores de risco observados com maior expressão.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Mamografia; Rastreamento; Prevenção.

ABSTRACT

Scenario: Breast cancer is the second most common cancer worldwide and the most frequent in women. Interferes directly in various organic and psychological aspects of women, affecting their physical health, their marital relationship, family and social, emerging as a public health problem nowadays. Screening programs for breast cancer, particularly mammography, are important tools for increased survival and reduced mortality at the expense of the diagnosis in the early stages of the disease.

Objectives: To describe the sociodemographic characteristics, risk factors and the knowledge and importance of women with breast cancer, followed by the Integral Institute of Medicine Prof. Fernando Figueira (IMIP), directed to mammography and its use as a screening for the disease.

Methods: This is a cross-sectional study involving 53 patients with breast cancer in advanced or metastatic stage accompanied the IMIP's sector of Oncology, between the months of October 2014 to April 2015. Data were obtained by interview from semi-structured questionnaire.

Results: were interviewed 53 women who were divided into 3 groups according to age. Most patients of the three groups did not find to be appropriate to mammographic screening programs for breast cancer, and that 47.2% of them only held the last mammography after noticing an abnormality in the breast. There was a little appreciation and inadequate knowledge about the exam.

Conclusions: it became evident inadequacy to mammographic screening programs for breast cancer, as well as lack of knowledge and little importance attributed to mammography for women evaluated. Significant percentage of them only carried out the survey after observing abnormalities in the breast. The low education level and family history of cancer were risk factors observed observed with greater expression.

Keywords: Breast Cancer; Mammography; Screening; Prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama corresponde ao segundo tipo de câncer mais frequente em todo o mundo e ao mais frequente em mulheres. Essa doença interfere diretamente em vários aspectos orgânicos e psicológicos da mulher, afetando tanto a sua saúde física quanto as suas relações conjugal, familiar e social, tornando-se assim, um problema de saúde pública na contemporaneidade.¹

De acordo com os últimos dados do *World Cancer Report* (2014), o câncer de mama é responsável por 458 mil mortes anualmente em todo o mundo.² Segundo o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), em 2014 foram estimados mais de 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco aproximado de desenvolver a doença de 56,9 casos a cada 100 mil mulheres. Pernambuco é o estado do Nordeste do país com maior incidência de câncer de mama. Também em 2014, o INCA estimou para o Estado 2.450 casos novos dessa doença, com distribuição de 51,6 novos casos para cada 100 mil habitantes.¹

É importante ressaltar como importante instrumento para o aumento da sobrevida e para redução da mortalidade, à custa do diagnóstico feito em estágios mais iniciais da doença, os programas de rastreamento para o câncer de mama, sobretudo e, particularmente, a mamografia. O mamógrafo foi inicialmente introduzido em 1966 e em 1976, e tornou-se o teste padrão para detecção do câncer de mama.³ Depois de muito aprimorada, a mamografia possui hoje alta sensibilidade e especificidade para detectar lesões mamárias, com valores variando para ambas entre 80,0 a 95,0%. Para o alcance desses resultados, a imagem mamográfica deve ter alta qualidade e para tanto são necessários: equipamento adequado, técnica radiológica correta e conhecimento, prática e dedicação dos profissionais envolvidos.⁴

A mamografia, desde a década de setenta, vem sendo alvo de estudos de avaliação da sua eficácia. Os benefícios estão pautados na identificação do câncer em seus estágios iniciais em que o diagnóstico precoce se traduziria em ganho de sobrevida. No geral, tumores de mama detectados precocemente pelo rastreamento, apresentam-se com pequenas dimensões e têm características histológicas e biológicas mais favoráveis, o que pode ser determinante para a redução da sua morbimortalidade.⁵

Cerca de 30,0% das brasileiras portadoras de câncer de mama apresentam-se ao diagnóstico inicial da doença com tumores localmente avançados ou metastáticos.⁶ No

estado de São Paulo essa realidade é ainda mais preocupante. Dados obtidos mediante Registros Hospitalares de Câncer (RHC) revelaram que no período compreendido entre os anos de 2000 e 2001, 40,0% dos casos novos de câncer de mama correspondiam a estadiamentos tardios.⁷ Essa realidade já foi estudada numa perspectiva mais abrangente, e foi observado que entre 10,0% a 20,0% do total de diagnósticos feitos no mundo corresponderam a casos de pacientes com tumores localmente avançados, podendo-se chegar a 60,0% dos casos novos em países em desenvolvimento. Admite-se que esse percentual seja atribuído à dificuldade encontrada por muitas pacientes de acesso aos serviços de saúde especializados para a realização da mamografia.⁸

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia, o emprego da mamografia como método de rastreio populacional é recomendado a cada dois anos para mulheres entre os 40 e 49 anos e, anualmente, para mulheres com idade superior aos 50 anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde e o INCA, essa prática deve ser adotada por mulheres entre 50 e 69 anos com um intervalo máximo de dois anos entre os exames e, anualmente, a partir dos 35 anos para mulheres do grupo de risco.⁹ Pertencem a esse grupo de alto risco: fatores genéticos e endócrinos, exposição estrogênica prolongada e história familiar de neoplasia mamária antes dos 50 anos.¹⁰

Uma revisão sistemática do *American College of Physicians* em 2007 demonstrou uma redução de 7,0% a 23,0% na mortalidade por câncer de mama em mulheres que realizavam regularmente o rastreamento mamográfico, na faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos. O mesmo estudo demonstrou ainda que o rastreamento mamográfico esteve associado ao aumento de mastectomias e, em contrapartida, a uma diminuição do risco para quimioterapia e terapia hormonal adjuvante.¹¹ Define-se tratamento adjuvante aquele realizado após o tratamento cirúrgico, com o objetivo de destruir as células cancerígenas possivelmente remanescentes, aumentando assim a chance de cura dos pacientes.

Na faixa etária compreendida acima dos 50 anos, o benefício em termos de redução da mortalidade supera os 30,0%, e possui maior custo-benefício. Isso se deve ao fato de que o rastreamento nessa faixa etária específica, adotado há vários anos pelo Canadá e países Europeus, prioriza a população de maior incidência da neoplasia.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Dados de uma metanálise britânica evidenciaram bem esse fato ao apontar uma redução

de 34,0% na mortalidade por câncer de mama em mulheres com 7 anos ou mais de adesão a triagem mamográfica.¹⁵

No que tange aos diferentes estágios da doença, a utilização da mamografia obteve maior impacto nos estádios I e II.¹⁶ A detecção do câncer de mama em fases iniciais propicia, mais frequentemente, o tratamento com cirurgias conservadoras, associadas ou não a outras modalidades de tratamento adjuvante como radioterapia, quimioterapia e/ou agentes antiestrogênicos e, conseqüentemente, implica em redução da mortalidade, do custo do tratamento e no aumento da taxa de curabilidade.¹⁷

A associação entre o rastreamento mamográfico e o número aumentado de mastectomias referida acima pode ser explicada pelo alto número de resultados falso-positivos que pode variar de 20,0% a 56,0% após a décima mamografia. ^(11,18) Corroborando esses dados, foi publicado recentemente um dos maiores estudos sobre a temática no *New England Journal of Medicine*, evidenciando que o câncer de mama foi superdiagnosticado em 1,3 milhões de norte americanas nos últimos trinta anos, respondendo por quase 30,0% dos casos, o que indica que a triagem, na melhor das hipóteses, teria apenas um pequeno efeito na redução da mortalidade por câncer de mama.¹⁹

De uma forma geral e atualmente, admite-se que há um predomínio de dados que favorecem o rastreamento mamográfico como estratégia capaz de reduzir taxas de mortalidade por câncer específica na população geral, sobretudo na faixa etária compreendida entre 40 e 69 anos de idade. Contudo, os dados acerca da real adesão de pacientes ao programa nacional de rastreamento para o câncer de mama entre mulheres brasileiras ainda demonstram resultados inferiores aos obtidos em países desenvolvidos. Esse dado, aliado ao alto percentual de mulheres diagnosticadas em fases avançadas da doença, levanta questionamentos sobre a real eficácia do referido programa no Brasil.

Vários estudos têm demonstrado que as taxas de adesão diminuem progressivamente com a extensão do tempo de acompanhamento. Um estudo prospectivo realizado no interior de São Paulo confirmou tal observação, pois entre 25 e 48 meses após o início da pesquisa, já foram registradas taxas decrescentes de adesão e somente um quarto das mulheres entrevistadas nos serviços de saúde públicos

completou os 60 meses de acompanhamento como aderentes às normas de rastreamento mamográfico sugerido.²⁰

Embora existam poucas informações da cobertura de rastreamento mamográfico entre mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde de cidades do interior do país, um estudo realizado na cidade de Monteiro, na Paraíba, observou que, na faixa etária entre 50 e 69 anos, a cobertura do exame mamográfico foi de 56,8%.⁽²¹⁾ Provavelmente, fatores sociodemográficos, como renda familiar, vínculo empregatício e escolaridade contribuem definitivamente para a adesão ao rastreamento mamográfico.²⁰

Dessa forma, percebe-se a necessidade de melhor compreender o papel do exame mamográfico e sua influência na história natural do câncer de mama. Para tanto, buscou-se descrever aspectos sociodemográficos, fatores de risco e as concepções a respeito do conhecimento e da importância que mulheres portadoras de câncer de mama acompanhadas pelo do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) faziam a respeito do exame mamográfico e do seu uso como rastreamento para a doença, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde e/ou Sociedade Brasileira de Mastologia.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal envolvendo 53 pacientes portadoras de câncer de mama em estágio avançado (estádios IIIA, IIIB, IIIC) ou metastático (estádio IV), acompanhadas no setor de quimioterapia da Oncologia do IMIP entre os meses de outubro de 2014 a abril de 2015. Essas pacientes foram avaliadas quanto à adequação aos protocolos de rastreamento para essa doença de acordo com o Ministério da Saúde (2004)⁹ e com a Sociedade Brasileira de Mastologia (2012)²¹ no que se refere a realização da mamografia. Foram excluídas as pacientes que se encontravam com dificuldades de comunicação ou não sabiam fornecer informações essenciais.

Credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o IMIP, ao abranger diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos, é considerado um centro de referência em tratamento de câncer do Nordeste.²²

Mediante entrevista, lançou-se mão de formulário para a coleta dos dados considerando os seguintes grupos de variáveis: da condição sociodemográfica: idade, etnia, estado civil, escolaridade, naturalidade e procedência; dos fatores de risco para a ocorrência do câncer de mama: idade da menarca, amamentação, tabagismo, menopausa e histórico familiar de câncer de mama; dos dados a cerca do conhecimento e importância do exame mamográfico e da realização da mamografia segundo as recomendações dos protocolos de rastreio do câncer de mama do Ministério da Saúde (2004)⁹ e da Sociedade Brasileira de Mastologia (2012).²¹

A partir das informações contidas nos formulários para o registro dos dados foi construído um banco de dados utilizando o programa *Epi Info*, versão 3.5.4. Foi verificada a distribuição de frequência das variáveis categóricas do estudo (percentual) e medida de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) para as idades.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP e está de acordo com a Resolução 466/12, sendo aprovado sob o CAE nº 30541014.9.0000.5201. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 53 mulheres com câncer de mama assistidas pelo serviço de oncologia do IMIP durante o período compreendido entre outubro de 2014 e abril de 2015. A idade variou de 31 anos a 82 anos com mediana de 53 anos (intervalo interquartil 48 anos a 64 anos). Com relação ao perfil sociodemográfico, pouco mais de um terço das mulheres referiram ser da cor branca (39,6%) e possuíam ensino fundamental incompleto (32,1%), enquanto a quase metade das entrevistadas eram solteiras (45,3%). No tocante à paridade, identificou-se uma média de $2,2 \pm 1,8$ filhos dentre as entrevistadas e a nuliparidade foi identificada em 13,2% das pacientes. Em relação à procedência e naturalidade, evidenciou-se maior frequência daquelas advindas da Região Metropolitana do Recife (56,6% e 43,4%, respectivamente) e da Zona da Mata do estado de Pernambuco (28,3% e 32,1%, respectivamente). (Tabela 1)

As participantes do estudo foram divididas em três grupos segundo a idade: grupo 1 (< 40 anos de idade), grupo 2 (40 até 50 anos de idade) e grupo 3 (maiores que 50 anos de idade). As mesmas foram avaliadas quanto a alguns fatores de risco para

câncer de mama, quanto ao rastreamento para o câncer de mama segundo as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Mastologia⁽⁹⁻²¹⁾, e quanto ao conhecimento e importância atribuídos à realização da mamografia.

Em relação a alguns fatores sabidamente de risco para câncer de mama, a maioria das pacientes dos grupos 1 e 3 (80,0% e 61,7% respectivamente) relatou menarca entre 10 e 13 anos. Dentre as pacientes do grupo 1, 60,0% relataram ter amamentado por seis meses ou mais, fato relatado por 54,5% e 44,1 das pacientes dos grupos 2 e 3, respectivamente. O tabagismo foi relatado apenas por pacientes do grupo 3 (8,8%), enquanto que referência à história familiar (acometimento de parentes de 1º ou 2º graus) para câncer de mama foi encontrada em todos os subgrupos, a saber: 20,0% do grupo 1, 36,4% do grupo 2 e 29,4% do grupo 3.

Em relação à adequação ao rastreamento mamográfico para câncer de mama preconizado pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Mastologia⁽⁹⁻²¹⁾, a maioria das pacientes dos subgrupos 1 e 3 não encontravam-se adequadas aos programas de rastreamento (80,0% e 67,6%, respectivamente). Quanto ao conhecimento sobre a mamografia, 60,9% das pacientes do grupo 1, 9,1% das pacientes do grupo 2 e 8,8% das pacientes do grupo 3 relataram nenhum conhecimento. Quanto a importância da realização da mamografia, 20,0% das pacientes do grupo 1, 36,4% das pacientes do grupo 2 e 20,6% das pacientes do grupo 3 atribuíram muita importância a esse exame. (Tabela 2)

Quanto aos tipos histológicos do tumor, levando-se em conta todas as participantes, a quase totalidade (96,2%) era portadora de carcinoma ductal invasivo, enquanto apenas duas eram portadoras de outros tipos histológicos do tumor. Em relação ao estadiamento do câncer de mama, observou-se que os estadios IIIA e IIIB, corresponderam a 39,6% e 30,2% respectivamente.

Evidenciou-se que 41,5% nunca havia realizado mamografia. A tabela 3 apresenta os resultados do estadiamento tumoral e a frequência de realização do exame mamográfico pelas participantes. A presença de anormalidades na mama foi o motivo referido por 47,2% para a realização da última mamografia.

Em relação ao tempo decorrido entre a realização do último exame mamográfico e o diagnóstico do câncer de mama, 49,1% das participantes alegou que esse intervalo foi menor do que um mês. Quanto ao tempo decorrido entre a última mamografia e o início do tratamento (por quimioterapia, radioterapia ou cirúrgico), 83,0% do total alegou que o tratamento foi iniciado em menos de seis meses.

DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe a tona dados importantes referentes às características sócias e epidemiológicas de mulheres, em diferentes faixas-etárias, portadoras de neoplasias mamárias em acompanhamento terapêutico no IMIP. Evidenciou-se uma mediana de 53 anos de idade correlata a levantamentos semelhantes²⁴ e maior frequência de mulheres brancas e solteiras. A raça branca está, em geral, associada a um fator de melhor prognóstico quando comparado a outros grupos étnico-raciais como o negro.²⁵ Schneider *et al*, identificaram pior sobrevida no grupo de mulheres de raça negra, parda, amarela e indígena em comparação com a raça branca, com risco relativo 84,0% maior.²⁶ Em relação ao estado civil, espera-se que o casamento e/ou a união estável, *status* apresentado por 49,0% das pacientes entrevistadas, representem apoio social tanto para práticas de autocuidado, a exemplo do autoexame das mamas, quanto para adesão a procedimentos de rastreamento para o câncer de mama.³³

A baixa escolaridade é apontada como um importante fator de risco para o diagnóstico tardio de tumores de mama, tendo sido apontado um risco de 7,4 vezes mais elevado de morrer entre as mulheres analfabetas em comparação com as que possuem ensino superior.⁵ Esses achados estão em consonância com o presente estudo, que identificou um número elevado (54,7%) de mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto. Esta variável está relacionada com o conhecimento, atitude e prática dos métodos de rastreamento pelas entrevistadas, uma vez que, espera-se que quanto maior o nível educacional maior o esclarecimento quanto ao cultivo de hábitos de autocuidado.

Ainda buscando caracterizar o perfil das pacientes em questão, as características reprodutivas de risco ganham destaque uma vez que a doença é estrogênio-dependente, ou seja, a ausência da menarca precoce, bem como o tempo de amamentação e a gestação, por reduzirem a exposição ao estrogênio endógeno, surgem como fatores potencialmente protetores.²⁷ A faixa-etária mais relacionada com a primeira

menstruação, dentre todas as entrevistadas, foi compreendida entre os 10 e os 13 anos, afastando, no grupo avaliado, a maior probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama devido à menarca precoce. A nuliparidade, também apontada pela literatura como fator de risco²⁸, foi observada em apenas 13,0% das pacientes. A amamentação, considerada como fator protetor quando praticada no mínimo por seis meses, foi relatada por dois terços das pacientes avaliadas. Lord *et al.*²⁹ investigaram a associação entre as variáveis “idade na primeira gestação”, “paridade”, “amamentação” e “risco de câncer de mama”, e constataram que a lactação pode exercer um papel protetor independente de outros fatores.

Gomes *et al.*³⁰ concluíram, em um levantamento de abrangência nacional realizado no Brasil na última década, que história de câncer de mama em parentes de primeiro grau é fator de risco independente para a ocorrência da doença. O risco é duas vezes maior quando há história familiar para câncer de mama em mãe antes dos 40 anos ou irmã.³¹ No presente estudo, um terço das pacientes enquadradas no grupo 2 da pesquisa relatou histórico familiar positivo para câncer de mama. Já o tabagismo, que ainda tem influência controversa na história natural do câncer de mama³², foi evidenciado em pouco mais de 5,0% do total de mulheres avaliadas.

Mais da metade das pacientes entrevistadas se encontravam inadequadas ao rastreamento para câncer de mama como preconizado pelo Ministério da Saúde⁹ e/ou Sociedade Brasileira de Mastologia.²¹ No presente estudo não foi possível avaliar os principais fatores considerados para a não realização do exame mamográfico, embora a literatura especializada refira-se à escassez de equipamentos, ausência de solicitação do exame por parte do médico e ausência de motivação da mulher, por não compreenderem a importância para a realização do exame.³³

Levantamentos têm demonstrado que todo grupo social tem representações sobre aqueles males a que estão submetidos.³⁴ Portanto, ao aproximar-se de um grupo social, neste caso, mulheres portadoras de câncer de mama, deve-se considerar que estas já possuem um saber sobre o câncer, as suas causas e o seu modo de tratamento.³⁵ Nesse estudo, buscou-se identificar o conhecimento e a importância que as pacientes portadoras de neoplasias mamárias faziam sobre o exame mamográfico. Evidenciou-se que grande parte das entrevistadas declarou um conhecimento inadequado, uma vez que mais de 60,0% destas referiam conhecer pouco, muito pouco ou nada sobre o assunto.

Quanto à importância que as mesmas conferiam ao exame, menos de um terço do total de pacientes referiu ser a mamografia um exame muito importante. Pessoas com baixa escolaridade, bem como com condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam maior probabilidade de retardo para o diagnóstico e para o início do tratamento do câncer, pois, esses fatores estão relacionados ao desemprego, educação insuficiente, condições de moradia insatisfatórias, desnutrição e dificuldade de acesso a serviços de saúde.³⁶

A literatura especializada evidencia a primazia das formas ductais e lobulares invasivas do tumor de mama. Nesse cenário, a forma ductal invasiva ganha destaque, apresentando uma prevalência que varia de 50,0-75,0% aos diagnósticos em detrimento dos 5,0-15,0% ligados à apresentação lobular invasiva.³⁷ Esta pesquisa evidenciou dados correlatos, trazendo a tona uma prevalência de 96,2% da forma ductal invasiva em todas as faixas-etárias analisadas.

No estado de São Paulo, um levantamento realizado a partir dos registros hospitalares de 42 CACONs, entre 2000 e 2005, a média de diagnósticos de câncer de mama ao estágio III variou, a depender da faixa-etária, entre 25,0% e 30,0%.³⁸ Um predomínio de diagnósticos de câncer de mama em estádios III (IIIA, IIIB, IIIC), que correspondem a tumores localmente avançados, foi observado no presente estudo, que evidenciou ainda que uma proporção significativa de mulheres em estágio IIIA e IV (16,9% e 11,3% do total, respectivamente) nunca chegou a realizar ao menos uma mamografia.

Em relação aos motivos apontados pelas pacientes que as direcionavam a realizar o exame mamográfico, dados importantes foram encontrados. Evidenciou-se que 47,2% das pacientes realizaram a última mamografia após notar alguma anormalidade nas mamas. Esse dado contrapõe-se a um levantamento realizado na região Sudeste do Brasil que demonstrou que apenas 12,8% das pacientes avaliadas realizaram sua última mamografia por notar alguma anormalidade, normalmente referida como um caroço nas mamas.²²

Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir mortalidade específica.³⁹⁻⁴⁰ Da mesma forma, em uma revisão sistemática, atrasos de três a seis meses entre o sintoma inicial e o tratamento adjuvante foram claramente associados com a diminuição da taxa de sobrevivência destas pacientes.⁴¹ Esse estudo evidenciou que a grande maioria (83,0%) das pacientes

analisadas iniciou o tratamento para o câncer de mama em menos de seis meses da realização da última mamografia.

O estudo atual traçou o perfil sociodemográfico das mulheres que apresentavam alguns dos fatores sabidamente de risco para a ocorrência do câncer de mama, bem como para o retardo do diagnóstico e início do tratamento. Da mesma forma verificou a pouca informação e, portanto, a falta de reconhecimento da importância da mamografia como meio de detecção precoce da doença. Esses achados evidenciaram que as mulheres avaliadas não aderiram ao rastreamento para câncer de mama, de acordo com a preconização do Ministério da Saúde e/ou Sociedade Brasileira de Mastologia. Portanto, enfatiza-se a necessidade de reforço às medidas de implementação e adesão aos programas e políticas públicas de saúde que garantam maior acesso e qualidade para o manejo do problema em questão. Da mesma forma, não se pode deixar de apontar o essencial, que é a melhoria das condições de vida da população, garantindo, sobretudo, acesso a educação e saúde de qualidade.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se inadequação aos programas de rastreamento mamográfico para câncer de mama, bem como falta de conhecimento e a pouca importância atribuída à mamografia como meio de identificação precoce da doença. Percentual expressivo das mulheres realizou o exame após observarem anormalidades nas mamas. A baixa escolaridade e a história familiar de câncer foram os fatores de risco observados com maior expressão.

Recomenda-se que haja investimentos na divulgação das probabilidades de cura em estágios precoces da enfermidade e em campanhas que alcancem as classes de menor nível socioeconômico, da mesma forma que se reforce para os profissionais de saúde a necessidade da solicitação do exame e fornecimento de orientações levando-se em conta o contexto da população atendida. Esses aspectos podem compor a base de um planejamento estratégico que impacte nas ações institucionais e, por consequência, no atendimento integral à saúde da mulher.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência das participantes do estudo segundo variáveis da condição sociodemográfica. Recife, outubro de 2014 e abril de 2015.

Variáveis	n	%
Etnia		
Branca	21	39,6
Negra	13	24,5
Parda	19	35,8
Estado Civil		
Solteira	19	35,8
Casada	24	45,3
Divorciada	1	1,9
União Estável	2	3,8
Viúva	7	13,2
Escolaridade		
Nenhuma	12	22,6
Ensino Fundamental Completo	4	7,5
Ensino Fundamental Incompleto	17	32,1
Ensino Médio	8	15,1
Ensino Superior	12	22,7
Procedência		
Região Metropolitana do Recife	30	56,6
Zona da Mata Pernambucana	15	28,3
Outro	8	15,1
Naturalidade		
Região Metropolitana do Recife	23	43,4
Zona da Mata Pernambucana	17	32,1
Outro	13	24,6

Tabela 2. Distribuição de frequência das participantes do estudo segundo variáveis de adequação aos programas de rastreamento mamográfico e conhecimento e importância sobre o exame. Recife, outubro de 2014 e abril de 2015.

Variáveis	Grupo 1 ¹	Grupo 2 ²	Grupo 3 ³
-----------	----------------------	----------------------	----------------------

Adequação aos programas de rastreamento mamográfico			
Sim	20,0%(1)	54,5%(6)	32,4%(11)
Não	80,0%(4)	45,5%(5)	67,6%(23)
Conhecimento sobre o exame mamográfico			
Não conheço nada	60,0%(3)	9,1%(1)	8,8%(3)
Conheço muito pouca coisa	20,0%(1)	54,5%(6)	29,4(10)
Conheço pouca coisa	0 (0)	18,2%(2)	29,4(10)
Neutro	20,0%(4)	0(0)	8,8%(3)
Conheço muita coisa	0(0)	18,2%(2)	14,7%(5)
Conheço muitíssimo	0(0)	0(0)	8,8%(3)
Importância concedida ao exame mamográfico			
Nada	20,0%(1)	27,3%(3)	5,9%(2)
Muito pouca	20,0%(1)	9,1%(1)	26,5%(9)
Pouca	40,0%(2)	27,3%(3)	23,5%(8)
Neutra	0(0)	0(0)	23,5%(8)
Muita	20,0%(1)	36,4%(4)	20,6%(7)

¹ Grupo 1: pacientes com menos de 40 anos de idade;

² Grupo 2: pacientes entre 40 e 50 anos de idade;

³ Grupo 3: pacientes maiores que 50 anos de idade.

Tabela 4. Distribuição de frequência das participantes do estudo segundo variáveis de frequência de realização do exame mamográfico e estadiamento do câncer de mama. Recife, outubro de 2014 e abril de 2015

Frequência de realização da mamografia	Estádios da doença			
	IIIA ¹	IIIB ²	IIIC ³	IV ⁴

	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nunca realizou a mamografia	9 (16,9)	5 (9,4)	2 (3,8)	6 (11,3)
Realiza anualmente a mamografia	9 (16,9)	5 (9,4)	2 (3,8)	1 (1,9)
Realiza bianualmente a mamografia	0	2 (3,8)	0	0
Realiza a mamografia a cada 3 anos ou mais	3 (5,6)	3 (5,6)	0	4 (7,5)
Não lembra	0	1 (1,9)	0	1 (1,9)

¹ Tumor localmente avançado, maior ou menor do que 5 centímetros e que atinge linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas;

² O tumor infiltra a parede torácica ou causa inchaço ou ulceração da mama ou é diagnosticado como câncer de mama inflamatório, podendo ou não ter se espalhado para os linfonodos axilares;

³ Tumor de qualquer tamanho que não se espalhou para partes distantes, mas que atingiu linfonodos acima e abaixo da clavícula ou para linfonodos dentro da mama ou abaixo do braço;

⁴ Tumor metastático.

REFERÊNCIAS

1. Publicações. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Acesso em 12 Abr. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>>.
2. Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clinical breast cancer*. 2005;6(5):391-401.
3. Suganthi M, Madheswaran M. An improved medical decision support system to identify the breast cancer using mammogram. *Journal of medical systems*. 2012;36:79-91.
4. Update on breast imaging. New imaging techniques have led to advances in breast cancer detection. What does that mean for the annual mammogram? *Harvard women's health watch*. 2003;10:4-6.
5. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *Bmj*. 2014;348:366.
6. Lee BL, Liedke PE, Barrios CH, Simon SD, Finkelstein DM, Goss PE. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. *The lancet oncology*. 2012;13:95-102.
7. Aspectos epidemiológicos do câncer no Estado de São Paulo. São Paulo; 2003. Acesso em 23 Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br>>.
8. Yalcin B. Overview on locally advanced breast cancer: defining, epidemiology, and overview on neoadjuvant therapy. *Experimental oncology*. 2013;35:250-2.
9. Publicações. Mamografia: da prática ao controle. Acesso em 25 Fev. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/arquivos/publicacoes/qualidade_em_mamografia.pdf>.
10. Alonso Roca S, Jimenez Arranz S, Delgado Laguna AB, Quintana Checa V, Grifol Clar E. [Breast cancer screening in high risk populations]. *Radiologia*. 2012;54:490-502.
11. Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. 2007;146:516-26.
12. Vilaprinyo E, Forne C, Carles M, Sala M, Pla R, Castells X, et al. Cost-effectiveness and harm-benefit analyses of risk-based screening strategies for breast cancer. *PloS one*. 2014;9:868-58.
13. Peregrino AA, Vianna CM, de Almeida CE, Gonzales GB, Machado SC, Costa e Silva FV, et al. [Analysis of Cost-effectiveness of screening for breast cancer with conventional mammography, digital and magnetic resonance imaging]. *Ciencia & saude coletiva*. 2012;17:215-22.

14. Mukhtar TK, Yeates DR, Goldacre MJ. Breast cancer mortality trends in England and the assessment of the effectiveness of mammography screening: population-based study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2013;106:234-42.
15. Magnus MC, Ping M, Shen MM, Bourgeois J, Magnus JH. Effectiveness of mammography screening in reducing breast cancer mortality in women aged 39-49 years: a meta-analysis. *Journal of women's health*. 2011;20:845-52.
16. Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. Development of a basic benefit package. *JAMA*. 1995;273:142-8.
17. Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. Development of a basic benefit package. *JAMA*. 1995;273:142-8.
18. Rosenberg K. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *Journal of nurse-midwifery*. 1998;43:394-5.
19. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *The New England journal of medicine*. 2012;367:1998-2005.
20. Marchi AA, Gurgel MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32:191-7.
21. Urban LABD, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL, Canella EO, Ferreira CAP, Peixoto JE, Chala LF, Costa RP, Francisco JLE, Martinelli SE, Amorim HLE, Pasqualette HA, Pereira PMS, Camargo Junior HSA, Sondermann VR. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras*. 2012 Nov/Dez;45(6):334–339.
22. Brasil, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. No Dia Nacional do Combate ao Câncer, o Serviço de Oncologia do IMIP anuncia a ampliação do atendimento (citado em 27 de Novembro de 2012). Disponível em: <http://www.informazione3.com.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/204.html>. Acessado em 06 de abril de 2013.

23. Rego ikp, Nery IS. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia. *Ver Bras Cancerol.* 2013;59:379-90.
24. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 200;16:1137-42.
25. Schneider IJC, D'orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Publica.* 2009;25:1285-96.
26. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JR. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33:124-33.
27. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
28. Lord SJ, Bernstein L, Johnson KA, Malone KE, Mc-Donald JA, Marchbanks PA, et al. Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age at first birth, and breastfeeding: a case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17:1723-30.
29. Gomes AL, Guimarães MD, Gomes CC, Chaves IG, Gobbi H, Camargos AF. A case con-trol study of risk factors for breast cancer in Brazil, 1978-1987. *Int J Epidemiol.* 1995;24:292-9.
30. Colditz GA, Willet WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, et al. Family history, age, and risk of breast cancer. Prospective data from the nurses' health Study. *JAMA.* 1993;270:338-43.
31. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Guanabara Koogan, 2006.
32. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados aos médicos. *Radiol Bras.*2004;37:91-9.
33. Barbosa SD. Conhecimento, atitude e prática de pacientes frente aos métodosde rastreamento do câncer de mama. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Patologia]. Faculdade de Medicina – UFMG; 2007.

34. Berlinguer G. A doença. Hucitec,1988.
35. Lavizzo-Mourey R, Kumanyika S. Older blacks less likely than whites to get cancer screening. *J. Am. Geriat.* 2000;48:735-40.
36. Alvarenga M. Tumores da Mama. In: Billis AV, J, editor. *Patologia diagnóstica de tumores.* Campinas, 2004.
37. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação Oncocentro. Sobrevida de pacientes com câncer no Estado de São Paulo: seis anos de seguimento pelo Registro Hospitalar de Câncer. 2009. Cadernos FOSP, 5. [citado 2013 Mar 6]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/epidemiologia/docs/sobevida.pdf>
38. Caplan LS, Edwards BK, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med.* 1996;25:218-24.
39. Nystrom L, Rutqvist LE, Wall L. Breast cancer screening with mammography: overview of the Swedish randomized trials. *Lancet.* 1993;341:973-8.
40. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999;353:1127-31.