

## ANÁLISE DAS OPORTUNIDADES DE DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA AS NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA

LUCIANA MOLINA\*, IVETE DALBEN, LAURIVAL A. DE LUCA

Trabalho realizado no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu, SP

**Resumo – OBJETIVOS.** O estudo procurou identificar e analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mama, disponíveis para as mulheres do município de Botucatu.

**MÉTODOS.** Foram entrevistadas por telefone, segundo sorteio aleatório, 261 mulheres com idade de 30 anos ou mais.

**RESULTADOS.** A média de idade foi de 51 anos e 49,45% das entrevistadas apresentaram escolaridade de nove anos ou mais; 80% receberam orientações gerais sobre prevenção do câncer de mama e 86,9% orientações específicas sobre autopalpação; 78,9% das mulheres realizaram o auto-exame das mamas e destas somente 27% o fizeram corretamente. O exame clínico das mamas foi realizado em 76,2% das entrevistadas e a mamografia em 35,6%; se o exame de mamografia fosse solicitado por médicos e estivesse

disponível, 83,1% das mulheres estariam dispostas a realizá-lo.

**CONCLUSÃO.** A prevalência e a mortalidade da doença são maiores nas mulheres idosas. Neste estudo observou-se que estas apresentaram uma taxa menor de oportunidades de diagnóstico precoce, pois eram menos informadas sobre a periodicidade correta da autopalpação e apresentaram uma menor frequência de mamografia e de exame clínico das mamas do que as mais jovens. O grau de escolaridade mostrou também significância estatística, visto que as mulheres com mais anos de estudo tiveram melhores oportunidades do que as com pouco estudo.

**UNITERMOS:** Câncer de mama. Diagnóstico precoce. Exame clínico. Mamografia e auto-exame.

### INTRODUÇÃO

O câncer era visto como uma doença de países ricos e industrializados, enquanto que as doenças relacionadas com a fome, as infecciosas e as parasitárias, de países subdesenvolvidos. As estatísticas atuais não confirmam esta tendência. Mais da metade dos casos novos de cânceres reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos. Mesmo nos países desenvolvidos, as classes sociais menos privilegiadas são as que apresentam as maiores taxas da doença<sup>1</sup>. O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população<sup>2</sup>.

A carcinogênese é um processo de múltiplas e sucessivas etapas e pode ser desencadeado por várias exposições. Na fase de iniciação ocorrem mutações que possibilitam alterações do genoma e uma divisão celular mais rápida. Na fase de promoção substâncias, que mesmo

sem alterar o DNA, estimulam a divisão celular acarretando aumento de probabilidade de mutações<sup>3,4</sup>.

Programas de prevenção da mortalidade ou de diagnóstico precoce do câncer encontram seus fundamentos no longo tempo de duração da fase de promoção.

Quanto ao tratamento, embora exista na literatura uma ampla variedade de trabalhos que possibilitam visualizar num futuro próximo melhores chances de cura da doença, a maior parte dos protocolos disponíveis necessita, para serem eficientes, que o diagnóstico seja estabelecido nas fases precoces da doença.

### O câncer como um problema de saúde pública

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. Atualmente, o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil<sup>5</sup>.

No Estado de São Paulo observou-se que, ao longo do período de 1970 a 1990, as mortes por câncer variaram entre a segunda e a terceira posição em relação às causas mais frequentes, ficando abaixo somente das doen-

ças cardiovasculares e das causas externas (acidentes, homicídios, entre outras). Em 1998, os óbitos por câncer corresponderam a 14,33% do total do Estado, ultrapassando os óbitos por causas externas (13,72%)<sup>6</sup>.

Para o município de Botucatu, em pessoas maiores de 60 anos, considerando-se o período de 1973 a 1993, a mortalidade por tumores malignos agrupados apresentou um valor médio de 922,5/100 000 habitantes (homens) e 466,4/100 000 habitantes (mulheres). Na mesma faixa etária, a mortalidade proporcional por tumores malignos, entre 1970 e 1993, apresentou aumento para os homens entre 1970 e 1981 e para as mulheres em todo o período de 1970 a 1993. Estes dados mostram a importância desta causa de morte para os idosos do município<sup>7</sup>.

Mais de 80% dos óbitos ocorrem em pessoas maiores de 50 anos de idade e pode-se afirmar que o risco de morrer devido às neoplasias malignas, em uma década qualquer da vida, é o dobro da década anterior. Em idosos outras causas de morte concorrem com as neoplasias, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão entre outras. Variações na mortalidade por estas doenças afetam o número de pessoas que desenvolvem câncer. Como em outros países, se a mortalidade por doenças cardiovasculares

#### \*Correspondência:

Rua Cel Manoel Luis dos Santos, 465 – apto 6  
18603-310 – Botucatu – SP  
(14) 68237584 / 97981835  
molinaluciana@aol.com

continuar a cair, este fato poderá ser refletido em um aumento relativo e absoluto da mortalidade por câncer<sup>8</sup>.

### Neoplasias de mama e sua magnitude

O câncer de mama, até o momento, não pode ser evitado. Todavia, algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção. Destarte, atividade física moderada, dieta rica em frutas e verduras, primeira gestação antes dos 30 anos de idade, menarca tardia, menopausa precoce são alguns dos fatores de proteção. São considerados fatores de risco: exposição a radiações ionizantes, grande ingestão de gorduras saturadas, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos de idade, uso indiscriminado de preparados hormonais, consumo de álcool e antecedentes familiares positivos. As maiores taxas de incidência ocorrem entre mulheres que não tiveram filhos, com situação profissional definida e vivendo em áreas com melhores condições socioeconômicas<sup>9</sup>.

A detecção precoce da neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de morbidade e de mortalidade. A palpação das mamas e a mamografia são procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce.

A palpação das mamas pode ser executada pela própria mulher ou por profissional treinado da área médica. Quando executada pela paciente, é recomendado que o seja no sétimo dia do ciclo menstrual ou em um mesmo dia do mês escolhido pelas mulheres menopausadas. O sucesso deste procedimento, em bases populacionais, requer forte motivação e o reconhecimento que o câncer de mama é um perigo em potencial. O ensinamento sobre estas técnicas pode contribuir para alertar as mulheres sobre os potenciais riscos do câncer de mama<sup>10</sup>.

A mamografia é considerada o método mais eficiente para detecção precoce do câncer, devendo ser feita anualmente. A sensibilidade diagnóstica deste procedimento varia dependendo da idade da paciente, densidade da mama e do tamanho da localização e do aspecto mamográfico do tumor. A especificidade da mamografia é de aproximadamente 30% a 40% para anormalidades mamográficas impalpáveis e 85% a 90% para malignidades clinicamente evidentes<sup>11</sup>.

Estudos têm demonstrado que mulheres entre 50 e 75 anos são as maiores beneficiárias destes programas de saúde<sup>12</sup>. Testes regulares em mulheres acima de 65 anos podem reduzir a mortalidade pela doença em até 45%<sup>13</sup>.

O exame clínico pode confirmar até 70% dos casos e a mamografia 83%. A correlação entre estes métodos propedêuticos eleva a acuidade diagnóstica mostrando a grande importância desta associação.

Convém ressaltar que o controle do câncer apresenta singularidades quando comparado com outras doenças. São ações que vão desde a prevenção primária, eliminação de exposições a fatores cancerígenos, de grande complexidade, alto custo e com resultados nem sempre satisfatórios, até o tratamento da doença, igualmente de alto custo, com resultados às vezes discutíveis. A singularidade está em que a incidência da doença não pode ser reduzida de forma realmente efetiva, com a disponibilidade dos conhecimentos atuais, a não ser a custos altíssimos. Isso significa que, no momento atual, não há forma barata de controle do câncer, e ainda são insatisfatórios os seus resultados. Por este motivo, recursos materiais e humanos aplicados no controle do câncer devem ser administrados de forma o mais eficiente possível, para não redundar em esforço inútil. A ampliação de oportunidades de diagnóstico precoce tem sido considerada a melhor forma de investimento neste setor<sup>14</sup>.

Assim, o presente estudo justifica-se por representar a primeira análise de oportunidades para diagnóstico precoce e preocupação em desenvolver neoplasia maligna de mama entre mulheres residentes no município de Botucatu (SP) e pela possibilidade de ser utilizado no planejamento e gestão dos serviços regionais e no ensino médico. Neste sentido, o estudo pretende servir de subsídio a esta ação racionalizadora.

### Objetivos

#### Geral:

- identificar e analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mamas disponíveis para as mulheres do município de Botucatu.

### Específicos

#### Verificar:

- o conhecimento e a prática do auto-exame de mamas e do exame clínico de mamas;
- a solicitação da mamografia como método de diagnóstico precoce de câncer de mama;
- a existência de preocupação com câncer de mama.

### MÉTODOS

Com o auxílio da Companhia Telefônica de São Paulo (TELESP) foi gerada uma lista, através de sorteio aleatório, contendo 500 números de telefones da área do município de Botucatu (código de área 014). Durante 10 meses, dois estudantes do 2º ano de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, previamente treinados, contataram os residentes destes números e entrevistaram mulheres com idade entre 30 e 84 anos. Foram excluídos 147 números, constituídos de telefones comerciais, os que não atenderam após duas tentativas, sendo uma em horário noturno e aqueles onde não residiam mulheres. As entrevistas foram supervisionadas pela Equipe de Apoio à Pesquisa do Departamento de Saúde Pública.

Antes de qualquer procedimento, os entrevistadores apresentaram-se e informaram os objetivos da pesquisa. Foram entrevistadas as mulheres que concordaram em participar. As questões abrangiam dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e familiares de câncer de mama, morbidade referida no último ano, orientações, práticas e oportunidades de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Os dados foram coletados em formulários padronizados, codificados, digitados, revisados e analisados usando os recursos de informática do Departamento de Saúde Pública, com o auxílio dos pacotes estatísticos SPSS versão 7.0<sup>15</sup>, e SAS 11.0<sup>16</sup>.

Foram geradas tabelas principais descrevendo as mulheres segundo características pessoais e de morbidade. Para analisar as associações entre as variáveis foi utilizado teste de qui-quadrado e, sempre que necessário, devido ao pequeno número de casos na variável analisada, foi substituído pelo teste exato de Fisher. Valores exatos de p foram obtidos a partir dos testes sempre que possível e necessário.

**Tabela 1 – Distribuição dos casos segundo variáveis sociodemográficas**

|                      | Variáveis sociodemográficas                   |             |
|----------------------|---|-------------|
|                      | μ=51 md=49 mo=56                              |             |
| Idade (N=261)        |   |             |
| Escolaridade (N=261) | Até 4 anos                                    | 80 (30,7%)  |
|                      | Até 8 anos                                    | 52 (19,9%)  |
|                      | 9 anos ou mais                                | 129 (49,4%) |
| Profissão (N=261)    | Sem especialização                            | 90 (36,1%)  |
|                      | Proprietários, administrativos e supervisores | 18 (7,2%)   |
|                      | Técnicos, científicos e artísticos            | 59 (23,7%)  |
|                      | Grupos industriais                            | 05 (2,0%)   |
|                      | Transportes e comunicações                    | 01 (0,4%)   |
|                      | Comerciais                                    | 18 (7,2%)   |
|                      | Prestação de serviços                         | 58 (23,3%)  |

**Tabela 2 – Distribuição dos casos segundo presença de antecedentes familiares, conhecimento sobre técnicas de prevenção e preocupação com câncer de mama**

|   | Sim         | Não         |
|---|-------------|-------------|
| Antecedentes familiares de câncer de mama (N=261) | 43 (16,5%)  | 217 (83,5%) |
| Orientações sobre prevenção (N=261)               | 208 (80%)   | 52 (20%)    |
| Orientações sobre palpação (N=261)                | 226 (86,9%) | 34 (13,1%)  |
| Preocupação (N=261)                               | 143 (54,8%) | 118 (45,2%) |

**Tabela 3 – Distribuição dos casos segundo exames disponíveis para diagnóstico precoce de câncer de mama e interesse em realizar mamografia**

|                                 | Sim         | Não         | Ignorado  |
|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| Autopalpação (N=261)            | 206 (78,9%) | 55 (21,1%)  | -         |
| Exame clínico (N=261)           | 199 (76,2%) | 62 (23,8%)  | -         |
| Mamografia (N=261)              | 93 (35,6%)  | 168 (64,4%) | -         |
| Interesse na mamografia (N=261) | 217 (83,1%) | 31 (11,9%)  | 13 (5,0%) |

**Tabela 4 – Relação entre conhecimento ou não sobre a periodicidade do auto-exame das mamas e idade e escolaridade**

|              | Tem conhecimento | Não tem conhecimento |         |
|--------------|------------------|----------------------|---------|
| Idade média  | 43,91 anos       | 51,92 anos           | p=0,000 |
| Escolaridade | ≥ 9 anos         | < 4 anos             | p=0,015 |

**RESULTADOS**

Das 353 residências recenseadas, em 38 delas não foram encontradas mulheres com idade superior a 30 anos, restando então 315; destas, 82,9% (261) consentiram em participar do questionário. A duração média das entrevistas foi de 4 minutos, com variação de 2 a 15 minutos.

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 51 anos, com idade máxima de 84 anos e

mínima de 30 anos. Quanto à escolaridade, 49,4% referiram ter nove anos de estudo ou mais, 30,7% até quatro anos e 19,9% estudaram por até oito anos. Quanto à profissão, 80,3% referiram estar exercendo. Destas, 36,1% estavam inseridas em profissões sem especializações, 23,7% eram técnicas, científicas e artísticas, e 23,3% prestadoras de serviços (Tabela 1).

Quanto à presença de antecedentes familiares de câncer de mama, 83,5% referiram

não apresentá-los e 16,5% disseram existir na família algum antecedente que anteriormente já desenvolvera a doença. Em relação à orientação adquirida recentemente sobre maneiras de prevenção secundária de câncer de mama, 80% das entrevistadas reportaram ter recebido as orientações, sendo as principais fontes: médicos (37,9%), televisão (26,1%), postos de saúde (13,4%) e hospitais (5,8%). Quanto à orientação em como realizar o auto-exame das mamas, 86,9% referiram ter sido orientadas a fazer a palpação de suas mamas. A preocupação em ter o câncer de mama esteve presente em 54,8% das mulheres (Tabela 2).

No período da entrevista, o auto-exame das mamas estava sendo realizado por 78,9% das mulheres. Destas, somente 27% faziam corretamente no período recomendado. Das mulheres entrevistadas, 76,2% referiram terem sido expostas a exame clínico das mamas nos últimos dois anos. O exame de mamografia ou de ultra-sonografia das mamas não foi solicitado por médicos em 64,4% das mulheres. Em relação ao interesse em se submeter a mamografia, caso estivesse disponível, 83,1% das mulheres entrevistadas mostraram-se interessadas em fazê-lo (Tabela 3).

Houve diferença estatisticamente significativa entre a idade média das mulheres que possuíam ou não conhecimento sobre a periodicidade recomendada do auto-exame das mamas. As que sabiam tinham em média 43,91 anos e as que desconheciam tinham em média 51,92 anos. A escolaridade parece também inferir neste tipo de conhecimento. Observou-se que as mulheres que apresentaram até quatro anos de estudo sabiam menos sobre a periodicidade do auto-exame do que as mulheres que estudaram nove anos ou mais, esta diferença foi estatisticamente significativa.

Neste estudo não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o conhecimento da periodicidade recomendada do auto-exame das mamas e as seguintes variáveis: número de filhos, profissão, estar exercendo a profissão, morbidade referida no último ano, antecedentes familiares de câncer de mama, ter recebido orientação sobre a prevenção do câncer de mama, ter recebido orientação sobre como fazer a autopalpação das mamas, a fonte da orientação, realizar ou não o auto-exame mamário, ter sido exposta ao exame clínico da mama e a solicitação da mamografia.

**Tabela 5 – Relação entre a preocupação em desenvolver o câncer de mama e a realização do auto-exame das mamas**

|             | Auto-exame |             |            | p=0,043 |
|-------------|------------|-------------|------------|---------|
|             | realiza    | não realiza |            |         |
| Preocupação | sim        | 119 (57,8%) | 24 (43,6%) |         |
|             | não        | 87 (42,2%)  | 31 (56,4%) |         |

Também não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o número de filhos, morbidade no último ano e exame clínico das mamas.

Observou-se associação positiva, estatisticamente significativa, entre ter preocupação no desenvolvimento do câncer de mama e a realização do auto-exame (Tabela 5).

A relação entre a escolaridade e o exame clínico das mamas foi estatisticamente significativa. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais foram expostas com maior frequência a exame clínico das mamas do que as mulheres que estudaram por até quatro anos. A idade parece também estar relacionada com maior oportunidade de receber o exame clínico das mamas; as mulheres mais jovens foram examinadas em maior número do que as mais velhas.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e a solicitação de mamografia. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais referiram uma frequência maior de mamografia do que aquelas que estudaram por até quatro anos.

## DISCUSSÃO

No Estado de São Paulo o câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres, sendo estimado uma taxa de incidência de 29,73 casos para 100 mil habitantes<sup>5</sup>. Além disso, é importante destacar que este tipo de câncer foi, de longe, a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres no Estado de São Paulo nos três seguintes biênios: 1987-88, 1992-93 e 1997-98<sup>6</sup>.

Uma estratégia comprovada para reduzir a mortalidade do câncer de mama é a realização da prevenção secundária, isto é, detecção precoce do tumor. Três métodos são propostos: exame de mamografia, exame clínico e auto-exame das mamas<sup>17-20</sup>. Recomenda-se que mulheres entre 40-50 anos realizem o exame de mamografia a cada um

ou dois anos e as com idade acima de 50 anos, anualmente; quanto ao exame clínico das mamas, é recomendado às mulheres entre 20-40 anos realizá-lo a cada três anos e acima dos 40 anos, anualmente; a autopalpação das mamas deve ser realizada mensalmente após os 20 anos de idade<sup>18-22</sup>.

Estudos feitos nos EUA demonstraram que recomendações periódicas e ensinamentos precisos sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama ajudaram a aumentar o número de mulheres que realizam tais métodos<sup>17</sup>. Houve decréscimo de 35%-52% na mortalidade pelo câncer de mama em mulheres com 50-59 anos quando os métodos de detecção precoce foram implantados; estudos europeus revelaram decréscimo de 29%-40%<sup>19-20</sup>.

Neste estudo, observou-se que a maioria das entrevistadas (80%) foi orientada sobre os métodos de prevenção secundária do câncer de mama e 78,9% realizavam a autopalpação, mas mesmo com a orientação recebida, as mulheres desconheciam o período certo recomendado para o auto-exame das mamas, somente 27% realizavam corretamente, isto pode ser reflexo da inadequação do método educativo utilizado.

Observou-se também que a escolaridade e a idade estavam relacionadas com o conhecimento sobre a periodicidade recomendada do auto-exame das mamas, com a solicitação da mamografia e com o exame clínico. As mulheres mais jovens e as com maior grau de estudo eram as mais bem informadas. Isso pode ser devido ao fato destas mulheres estarem na idade reprodutiva e por isso freqüentarem em maior número os hospitais e consultórios médicos. Com relação à escolaridade, pode-se dizer que quanto maior foi o grau de estudo, maior foi o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde. Conseqüentemente, estas

mulheres foram expostas mais comumente ao exame clínico e apresentaram uma maior frequência de mamografia. Importante salientar que quanto à idade, as mulheres mais idosas são as que apresentam uma maior prevalência e um alto índice de mortalidade pelo câncer de mama, (mais de um terço das mortes devido ao câncer de mama ocorrem em mulheres acima dos 75 anos) e por isso deveriam ter oportunidades maiores de diagnóstico precoce do câncer de mama<sup>19,20,22</sup>. O estudo demonstrou que infelizmente isto ainda não está acontecendo no município de Botucatu (SP).

Sabe-se que as mulheres com antecedentes familiares de câncer de mama têm um maior risco em adquirir a doença, aproximadamente 10% de todos os tumores de mama são herdados<sup>19</sup>. O risco aumenta quanto mais próximo for o parentesco e quanto mais cedo for diagnosticado o câncer no familiar afetado<sup>17,23,24</sup>. Neste estudo, a maioria das entrevistadas (83,5%) referiu não apresentar nenhum antecedente familiar de câncer de mama e nas que apresentavam (16,5%) não se encontrou relação com o conhecimento sobre a periodicidade do exame de autopalpação. Observou-se que mesmo as mulheres com maior risco em adquirir a doença ainda estavam desorientadas sobre os cuidados na prevenção do tumor.

O fator reprodutivo pode ser um tipo de proteção contra o tumor, assim como a frequência e duração da amamentação. As mulheres com um maior número de filhos têm uma probabilidade menor em adquirir a doença<sup>17,23</sup>. Neste estudo não foi encontrada relação entre as mulheres com vários filhos e o conhecimento sobre a periodicidade da autopalpação das mamas. Isso mostrou que as mulheres consideradas de baixo risco em adquirir o câncer de mama estão conhecendo tanto quanto as consideradas de alto risco sobre os métodos de diagnóstico precoce.

A preocupação em adquirir o câncer de mama esteve presente em 54,8% das entrevistadas e observou-se que as mulheres que apresentam preocupação realizam mais freqüentemente o auto-exame das mamas. Devido à alta incidência do câncer de mama e as inúmeras campanhas educativas apresentadas, principalmente pelos canais de televisão, as mulheres estão cada vez mais preocupadas na possibilidade de adquirir a doença. Essa

inquietação levaria a uma procura maior pelos métodos de prevenção, por isso a necessidade de uma orientação esclarecedora e que ensine a realização do exame de modo preciso para que os resultados sejam satisfatórios.

O exame clínico das mamas foi realizado em 76,2% das entrevistadas, indicando que a maioria teve uma oportunidade de diagnóstico precoce do câncer de mama, fato este de grande importância, pois qualquer hospital, sendo público ou privado, pode oferecer tal serviço durante qualquer consulta médica. Se o objetivo for oferecer oportunidades de diagnóstico precoce a todas as mulheres, convém lembrar que grande parte da população feminina é internada anualmente e o período de hospitalização representa uma oportunidade para os médicos realizarem os exames clínicos das mamas. As pessoas hospitalizadas representam uma população variada que deve participar da rotina dos cuidados gerais de saúde, incluindo a prevenção secundária do câncer de mama<sup>20</sup>.

A frequência da solicitação da mamografia em Botucatu (35,6%) representa as oportunidades oferecidas pelos serviços do município, sendo que se o exame estivesse disponível e fosse solicitado, 83,1% das mulheres estariam dispostas em realizá-lo. O interesse demonstrado pelas mulheres reflete a preocupação com o câncer de mama e o desejo de realizar um exame para a detecção precoce do tumor; o não acesso à mamografia pode estar ocorrendo devido à baixa disponibilidade do exame nos hospitais públicos e ao elevado custo em clínicas particulares.

A palpação cuidadosa e a inspeção das mamas são uma parte essencial do exame médico, mas é necessário treinamento, experiência e motivação para que os exames sejam realizados corretamente. Deve-se tentar implementar os métodos de diagnóstico precoce do câncer de mama na rotina diária das consultas médicas. Pesquisas demonstraram que só o conhecimento das normas preconizadas não é o suficiente, o importante é transformá-las em práticas de rotina.

Pode-se tentar reforçar a recomendação da autopalpação com folhetos explicativos informando que o exame das mamas deve ser feito mensalmente após o período menstrual e que o médico que as assiste necessita ser informado sobre qualquer anormalidade encontrada<sup>19</sup>.

Uma das maiores barreiras para o cumprimento das recomendações para o diagnóstico precoce do câncer de mama é a falta de solicitação médica. O diálogo pode ajudar a vencer estas dificuldades, aliviando possíveis medos e ansiedades e informando sobre a importância dos métodos e o modo correto de realizá-los.

## CONCLUSÃO

O estudo procurou analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama em 261 mulheres com idade acima de 30 anos residentes no município de Botucatu (SP). Das entrevistadas, 86,9% receberam orientações sobre a palpação das mamas. O auto-exame foi realizado por 78,9% das mulheres, sendo que destas, somente 27% faziam de maneira correta. A maioria foi exposta ao exame clínico de mamas (76,2%), o exame de mamografia foi solicitado a 35,6% das mulheres e 83,1% mostraram interesse em realizá-lo, caso estivesse disponível. A preocupação em adquirir o câncer de mama esteve presente em 54,8% das entrevistadas.

Sabe-se que a prevalência e a mortalidade da doença são maiores nas mulheres idosas. Neste estudo observou-se que estas apresentaram uma taxa menor de oportunidades de diagnóstico precoce, pois eram menos informadas sobre a periodicidade correta da autopalpação e apresentaram uma menor frequência de mamografia e de exame clínico das mamas do que as mais jovens. O grau de escolaridade mostrou-se significativo, visto que as mulheres com mais anos de estudo tiveram melhores oportunidades do que as com pouco estudo.

## SUMMARY

### AN ANALYZE THE OPPORTUNITIES OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER

**PURPOSE.** *The study tried to identify and to analyze the opportunities of early detection of breast cancer available for the women of Botucatu County.*

**METHODS.** *A sample of 261 women, 30 year-old or more was interviewed by telephone. Results: The age average was of 51 years; 49.45% of them studied at least 9 year; 80% received general orientations about breast cancer prevention and 86,9% specific orientations on self breast exam;*

*78.9% of the interviewers made the self breast exam, but only 27% made it correctly. The physician breast examination was made in 76.2% of the women and mammography in 35.6%; if physicians requested mammography exam and if it was available for all of them, 83.1% of the women would like to do it. Conclusion: The breast cancer prevalence and the mortality are higher in old women. This study showed that these women presented a smaller rate of opportunities for early detection, because they were less informed about the right periodicity of the self breast exam and they had less mammography and physician breast examination frequency than the younger. The school degree was also related, because the women with more years of study had better opportunities than the ones with less years of study. [Rev Assoc Med Bras 2003; 49(2): 185-90]*

**KEY WORDS:** Breast cancer. Early detection. Physician breast examination. Mammography and self-breast exam.

## REFERÊNCIAS

1. Mc Worter WP, Schatzkim AG, Horn JW, Brown CC. Contribution of socioeconomic status to black/white differences in cancer incidence. *Cancer* 1989; 63:982-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. O problema do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Controle de Câncer; 1992.
3. Cleton FJ, Goebergh JWW, editors. Cancer in the Netherlands: scenario report. Scenarios on cancer 1985-2000. Dordrecht: Kluwer Academic Publ.; 1988. v.1.
4. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. II mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1988; 22:441-57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. 2002. Disponível em: URL: <http://www.inca.org.br>.
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, 1998. p.9-30. (Cadernos FOSP, v.1)
7. Ruiz T. Estudo da mortalidade e de seus preditores na população idosa do município de Botucatu - SP (tese). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp; 1996.
8. Mameri CP. Mortalidade por neoplasma maligno (câncer) no Estado de São Paulo. *Conjunt Demogr* 1993; 23:1-19.
9. Chleboun JO, Gray BN. The profile of breast cancer in Western Australia. *Med J Aust* 1987; 147:331-4.

10. Mitra I. Early detection of breast cancer in industrially developing countries. *Gan To Kagaku Ryoho* 1995; 3:230-5.
11. Sickles EA, Ominsky SH, Sollitto RA, Galorn HG. Medical audit of a rapid-throughput mammography screening practice: methodology and results of 27114 examinations. *Radiology* 1990; 175:323-7.
12. Cady B. Cost effective preoperative evaluation, operative treatment, and postoperative follow-up in breast cancer patients. *Surg Clin North Am* 1996; 76:25-34.
13. Van Dijk JA, Verbeek AL, Beex LV, Hendriks JH, Holland R, Mravunac Met al. Mammographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *Int J Cancer* 1996; 66:727-31.
14. Qin DX, Wang GO, Zhang XH, Zuo JH, Yuan FL. New concept for cancer screening. *Eur J Cancer Prev* 1996; 5:121-4.
15. SPSS advanced statistics. Software version 7.0-7.5. Michigan; 1996.
16. SAS Institute. SAS: statistical analyses software, release 11.0 edition. SAS Institute Inc.; 1996.
17. Kadison P, Pelletier EM, Mounib EL, Oppedisano P, Poteat HT. Improved screening for breast cancer associated with a telephone-based risk assessment. *Prev Med* 1998; 27:493-501.
18. Vietri VL, Poskitt S, Slaninka SC. Enhancing breast cancer screening in the university setting. *Cancer Nurs* 1997; 20:323-9.
19. Costanza ME, Edmiston KL. Breast cancer screening: early recognition. *Compr Ther* 1997; 23:7-12.
20. Huth JF, O'Connor AP. Breast cancer screening practices for hospitalized women. *J Cancer Educ* 1995; 10:22-4.
21. Johnson KM, Taylor VM, Lessler D, Thompson B, Goldberg HI. Inner city care providers breast cancer screening knowledge: implications for intervention. *J Community Health* 1998; 23:1-13.
22. Caplan LS, Haynes SG. Breast cancer screening in older women. *Public Health Rev* 1996; 24:193-204.
23. Alberg AJ, Visvanathan K, Helzlsouer KJ. Epidemiology, prevention, and early detection of breast cancer. *Curr Opin Oncol* 1998; 10:492-7.
24. Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychological counseling strategies for women at risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1995; 17:73-9.

---

Artigo recebido: 03/06/2002  
Aceito para publicação: 14/03/2003

---