

Avaliação do perfil da mulher que se submete a mamografia em Porangatu (GO)

Evaluation of profile of women that submits to mamography in Porangatu, GO, Brazil

Eduardo Rodrigues Godinho
Ubiratan Gonçalves Araújo Júnior
Hilton Augusto Koch

Resumo

Foi estudado o perfil de 876 mulheres que se submeteram a mamografia em uma clínica privada de Porangatu (GO), única a dispor de mamógrafo em uma região composta por 19 municípios e com uma população de 226.766 habitantes. Os dados foram coletados em entrevista. As mulheres tinham, em média, 46 anos de idade, e a maioria procedia da própria cidade. Terapia de reposição hormonal (TRH) era utilizada por 17,5% e, destas, 29,6% não haviam se submetido a mamografia previamente. História de câncer de mama familiar foi relatada por 7,3% das examinadas. Destas, 9% não tinham mamografia preliminar. Rastreamento do câncer mamário foi a maior motivação para o exame. Grande parte das entrevistadas não havia se submetido a mamografia anteriormente por falta de solicitação médica ou por falta de mamógrafo em sua cidade de origem.

Unitermos

Mamografia
Neoplasias mamárias
Rastreamento

Abstract

The profile of 876 women that have been submitted to mammography in a private clinic in Porangatu, GO, Brazil, has been studied. This is the single mammography facility to attend a region composed of 19 counties, with a population of 226.766. The data were collected through interviews. The average age of the women was 46 years. HTR was used by 17.5% of the women, of which, 29.6% had never done a mammography previously. Breast cancer running in the family was reported in 7.3% of the examined women. Of these, 9% had never done a mammography before. Screening for cancer was the main cause that motivated the exam. A great number of those interviewed had not submitted themselves to a mammography study due to the lack of a medical request, or because there wasn't a senograph in their city of origin.

Key words

Mammography
Breast neoplasias
Screening

Aceito para publicação em outubro de 2003.

Clínica Nina e Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

Entre as neoplasias, o câncer de mama (CM) é a forma de câncer que mais mata mulheres no Brasil, esperando-se um aumento nas taxas de incidência e mortalidade, sobretudo em decorrência do processo de urbanização e envelhecimento da população⁽²²⁾.

A estratégia para detecção precoce do CM está apoiada em um tripé constituído pelo auto-exame das mamas, pelo exame clínico mamário e pela mamografia. Segundo recomendação da American Cancer Society⁽²⁹⁾, esses procedimentos deveriam ser realizados assim: 1. auto-exame mamário por todas as mulheres a partir dos 20 anos; 2. exame clínico das mamas trienalmente entre 20 e 39 anos de idade, e anualmente a partir dos 40 anos; 3. mamografia anual a partir dos 40 anos. Não existe idade limite para interrupção do rastreamento do CM nas mulheres em bom estado de saúde. Uma particularidade das recomendações se refere às mulheres com fatores de risco para este câncer. Aconselha-se uma discussão entre a paciente e o médico para avaliar o interesse em antecipar o rastreamento⁽¹⁾.

Alguns fatores têm sido responsabilizados pelo aumento do risco relativo para o CM: 1. idade (a incidência aumenta com o avançar da idade); 2. história familiar ou pessoal deste câncer; 3. hormonoterapia; 4. biópsia mamária prévia^(3, 4, 23, 25), entre outros.

A detecção precoce ainda é, até o momento, a melhor arma de que se dispõe para combater o CM, sendo que os índices de cura podem atingir até 95% quando a neoplasia é descoberta em sua fase pré-invasiva⁽²²⁾. A mamografia é o método mais sensível para o desempenho desta tarefa. É um teste bastante sensível no primeiro exame de mulheres com idade superior a 50 anos, porém há redução da sensibilidade à medida que se alarga o intervalo de tempo entre os exames, caindo de 98,5%, quando o intervalo é de sete meses, para 85,7, com intervalo de 25 meses. Nas mulheres com menos de 40 anos de idade, a sensibilidade é menor: 87,5% (intervalos entre exames de sete meses) e 71,4% (intervalos de 25 meses). A sensibilidade também é afetada pela composição das mamas, diminuindo naquelas densas, e pela história familiar de CM, possivelmente em decorrência do rápido crescimento do tumor⁽²¹⁾. A mamografia tem sua indicação definida para dois grupos de mulheres: 1. mulheres assintomáticas, funcionando como teste de rastreamento do CM; e 2. mulheres sintomáticas, em que os achados clínicos induzem à suspeita clínica de câncer.

O rastreamento do CM no Brasil é realizado de maneira informal, já que não existe um programa oficial para prevenção secundária desta neoplasia. O Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) têm tra-

balhado conjuntamente em atividades que envolvam o diagnóstico através da mamografia. As três instituições referendam o que hoje constitui a penúltima recomendação da American Cancer Society (ACS) para o rastreamento do CM⁽²⁸⁾:

- a) mamografia de base entre 35 e 39 anos de idade;
- b) mamografia bienal para mulheres entre 40 e 49 anos, sem fatores de risco, e anual para aquelas com história familiar de câncer de mama;
- c) mamografia anual para todas as mulheres a partir dos 50 anos de idade.

Em março de 1997, a ACS aboliu a indicação da mamografia de base, sustentando-se no argumento de que sua utilização era destituída de fundamento científico. Na mesma ocasião, adotou a orientação da realização de mamografia anual para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade^(1, 11, 12, 24, 29). A utilização da mamografia no rastreamento do CM na população feminina com idade inferior a 50 anos (40-49 anos) é motivo de antiga polêmica, pois diversas pesquisas realizadas não davam provas inequívocas de seu benefício, que deveria ser expresso através da redução da mortalidade. Kopans⁽²⁴⁾, no entanto, aponta inúmeras falhas metodológicas e na forma de interpretação dos trabalhos que combatiam o uso da mamografia nesta faixa etária, afirmando que o único motivo para não se submeter toda a população feminina com idade superior a 40 anos ao rastreamento seria de ordem econômica.

Pesquisas mais recentes, contrariando os oponentes ao rastreamento na quinta década de vida, sugerem a necessidade de sua realização em intervalo de tempo mais curto (anual) nas mulheres entre 40 e 49 anos, e mais longo (bienal) após os 50 anos. Segundo esses trabalhos, a neoplasia mamária parece apresentar uma velocidade de crescimento maior nas mulheres mais jovens. Encurtando-se o intervalo entre os exames mamográficos, haveria maior chance de detecção de cânceres intervalares^(30, 31). A Associação Médica Brasileira, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, através do Projeto Diretrizes, endossa o uso da mamografia anual entre 40 e 49 anos e bienal nas mulheres com 50 anos ou mais (sem fatores de risco e que não estejam em TRH)⁽²⁾.

O bom uso deste teste, sem dúvida, além de reduzir a mortalidade, permite intervenções menos extensas, com benefícios funcional, humano e social⁽⁹⁾.

Justificativa

A literatura nacional é pobre no que diz respeito ao perfil da mulher que se submete a mamografia. Godinho e Koch⁽¹⁶⁾ realizaram pesquisa com duas mil mulheres, procurando identificar o perfil da mulher que se submete a esse exame em Goiânia, identificando uma série de

distorções. A estruturação de um programa de detecção precoce do câncer de mama necessita imperiosamente se apoiar em informações concretas sobre a situação atual do rastreamento. Justifica-se, então, ampliar territorialmente a pesquisa anterior em busca de respostas às seguintes perguntas: Com que idade tem chegado a mulher para a primeira mamografia? Qual a frequência do uso da TRH, e que cuidados especiais têm recebido as mulheres em hormonoterapia para prevenção do câncer de mama pela mamografia? Que porcentagem de mulheres possui mamografia anterior? Quando não têm, e já deveriam ter, onde está a falha do processo: no médico-assistente, na estrutura do sistema de saúde ou na desinformação da mulher? Qual o intervalo médio de tempo observado entre os exames mamográficos? Como tem sido conduzido o rastreamento mamográfico das mulheres com fatores de risco para desenvolvimento de CM? Espera-se que o grau de aderência a um programa de rastreamento seja maior se este for traçado de maneira estratégica, procurando identificar antecipadamente as adversidades que podem se interpor a sua implantação e implementação.

Objetivos

Identificar o perfil da mulher que se submete a mamografia em Porangatu (GO), única cidade a dispor de um mamógrafo para atender a 19 municípios, procurando utilizar os resultados na análise das eventuais falhas no processo de rastreamento do câncer mamário.

Metodologia

Foi realizado estudo prospectivo através de entrevista de 876 mulheres que, por demanda, se dirigiram ao centro participante da pesquisa para realização de exame de mamografia no período compreendido entre abril e dezembro de 2001. Cada mulher foi incluída no estudo apenas na ocasião da realização do primeiro exame mamográfico, sendo excluída na eventualidade de retorno por qualquer motivo. O estudo foi realizado em um serviço privado de radiologia na cidade de Porangatu, interior do estado de Goiás, única a dispor de mamógrafo para atender aos 19 municípios da região. Foram consideradas fora de TRH as mulheres que não estavam em hormonoterapia há seis meses ou mais. Foram reconhecidas como possuidoras de casos de câncer de mama na família apenas aquelas com parentesco em primeiro grau. As mamografias anteriores foram consideradas numericamente até o número de três e, a partir de quatro, discriminadas como quatro ou mais. Buscou-se, ainda, determinar o tempo decorrido

desde o último exame mamográfico. Foram enquadradas na categoria *médico nunca pediu* as mulheres que se consultavam regular ou ocasionalmente, mas cuja mamografia não havia sido solicitada. Foi criado um banco de dados específico para a pesquisa no Access 97 da Microsoft®. Os cálculos das médias e porcentagens foram realizados no Excel 97 (Microsoft®).

Resultados

Foram entrevistadas 876 mulheres. A avaliação por faixa etária revelou idade média de 46 anos (mínima de 17 anos e máxima de 81 anos). No subgrupo etário de 35-49 anos, a média de idade em que a mulher realizou a mamografia pela primeira vez foi de 41,8 anos. Esse grupo etário representou 54% das mulheres examinadas.

Constatou-se que 67,46% das mulheres que se submeteram a mamografia eram procedentes de Porangatu e 32,54%, da microrregião. Estavam em TRH 17,35% ($n = 152$) das mulheres, sendo que 29,6% ($n = 45$) destas não possuíam mamografia anterior.

Foi relatado por 7,3% ($n = 64$) das entrevistadas CM em familiares de primeiro grau. Dessas, 21,87% ($n = 14$) estavam em terapia de reposição hormonal. Não tinham mamografia prévia 14,28% das mulheres com história familiar de CM que estavam em TRH.

As indicações clínicas que motivaram os exames foram: rotina, 60% ($n = 526$); mastalgia, 34,9% ($n = 305$); investigação de nódulos, 5% ($n = 44$); pré-operatório, 0,1% ($n = 1$).

Foi relatado por 4,5% ($n = 39$) das mulheres procedimento intervencionista mamário prévio, com a seguinte distribuição: retiradas de nódulo (77,5%), pré-operatório de cirurgia plástica (15,5%), pré-operatório de mastectomia, prótese e punção (2,5% cada).

As mulheres com idade superior a 40 anos representaram 75% ($n = 659$) das entrevistadas. Dessas, 46,5% ($n = 405$) não tinham mamografia anterior. Aquelas com idade entre 35 e 39 anos representaram 15% ($n = 127$), e 10% ($n = 90$) tinham menos de 35 anos.

Os motivos apontados pelas mulheres com mais de 40 anos para não terem realizado mamografia antes ($n = 305$; 35%) foram médico nunca pediu, 83% ($n = 252$), ausência de mamógrafo na cidade em que residem, 17% ($n = 53$). Houve queda no número de examinadas com o avançar da idade: idade inferior a 35 anos (10,4%), 35-39 anos (14,5%), 40-49 anos (39,5%), 50-59 anos (26%), 60-69 anos (8%), 70-79 anos (1,5%) e 80-89 anos (0,1%). O tempo médio desde a última mamografia foi de 36,7 meses. Cerca de 5,5% tinham realizado mamografia há 12 meses ou menos, 37,5% entre 12 e 24 meses, 57,5% há 36 meses ou mais.

Discussão

O estudo foi realizado em Porangatu (GO). O município tem aproximadamente 38.580 habitantes, dos quais 19.300 do sexo feminino, de acordo com o censo 2000 do IBGE⁽⁵⁾. A região de Porangatu é composta por 19 municípios, totalizando 226.766 habitantes, e está situada na divisa dos estados de Goiás e Tocantins⁽⁷⁾. A cidade funciona como pólo de assistência médica regional, contando com seis hospitais, cinco postos de saúde, um centro de saúde e 14 consultórios médicos⁽⁶⁾, sendo o serviço onde foi conduzida a pesquisa o único a dispor de um mamógrafo para atender toda a região. Cerca de um terço das mulheres examinadas era procedente da microrregião, devendo-se considerar que a dificuldade de locomoção poderia vir a representar empecilho à implantação de programa de rastreamento efetivo na localidade.

A idade média de comparecimento para o primeiro estudo mamográfico foi 46 anos, com aproximadamente 25% dos exames realizados em mulheres com menos de 40 anos, o que constitui um desvio do uso do método, impressão que é reforçada pelo fato de 35% dos exames serem solicitados para investigação de mastalgia, e de que 10% das mulheres tinham menos de 35 anos. Houve grande concentração de exames na faixa etária entre 35 e 49 anos (54%), com queda progressiva a partir dos 50. Por um lado, esse achado pode ter uma interpretação positiva, dando indícios do início de uma aderência ao rastreamento do CM. Por outro lado, revela uma faceta negativa, já que os grupos etários em que cresce a incidência de CM foram menos investigados. Aproximadamente, 46% das entrevistadas com idade superior a 40 anos não tinham mamografia anterior. Essas proporções elevadas são semelhantes às encontrados por Vieira e Koch⁽³²⁾ em pesquisa conduzida na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A falta de solicitação médica como entrave ao procedimento de rastreamento do câncer de mama também foi encontrada em outros trabalhos^(3, 16). Entre os nove fatores investigados (questionário não-apresentado) como eventuais elementos responsáveis pela ausência de realização de mamografia, apenas dois foram incriminados pelas mulheres: falta de pedido médico (82%); residência em local sem mamógrafo (18%).

Quatro de cada cinco mulheres entrevistadas com mais de 40 anos revelaram se consultar regularmente, e apesar disto não tinham sido orientadas quanto à necessidade da mamografia. Vieira e Koch⁽³²⁾ descrevem em seu trabalho que apenas 5,8% das mulheres que já tinham realizado mamografia anteriormente afirmaram ter havido recomendação pelos seus médicos.

Medo do exame não foi referido pelas entrevistadas como fator limitador à realização de mamografia. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Godinho e Koch⁽¹⁶⁾, embora deva ser analisado com cautela, já que essas mulheres compareceram ao exame.

Em média, as mulheres tinham 1,6 mamografia anterior, com tempo médio de 36 meses desde o último exame, e 57,5% delas tendo sido executados há mais de 24 meses. Kerlikowske⁽²¹⁾ conclui que a sensibilidade da mamografia é afetada pelo intervalo de tempo entre os exames, sendo a menor sensibilidade identificada quando se adotam intervalos de 25 meses. Salienta que examinar a população feminina mais jovem a cada dois anos pode resultar em maior número de cânceres intervalares do que a avaliação mamográfica anual. Este estudo mostra um espaçamento longo entre os exames, indicando que a mamografia pode estar sendo utilizada em uma faixa de sensibilidade inadequada.

Cerca de 17,5% das entrevistadas estavam em TRH e, destas, aproximadamente um terço não tinha mamografia anterior. Kavanagh *et al.*⁽²⁰⁾ relatam que a sensibilidade da mamografia diminui cerca de 12,5% em usuárias de TRH, evidenciando-se a importância de acompanhamento estrito destas mulheres^(14, 17). Apesar das controvérsias, há fortes evidências de que existe uma elevação do risco de CM nas usuárias de TRH. As mulheres com história familiar de CM e em TRH apresentam somatório de fatores de risco^(10, 27), esperando-se uma postura mais cuidadosa dos médicos em relação a este grupo, expectativa que não se confirmou no estudo. A casuística demonstrou que 9% das usuárias de TRH tinham antecedentes familiares de CM e não tinham sido submetidas previamente a mamografia. História familiar de CM foi referida por 7,3%. Destas, 44% ($n = 28$) não tinham mamografia anterior, apesar do risco relativo elevado para CM neste grupo.

Retirada de nódulo foi a causa mais comum de intervenção mamária (74,5%), seguida por cirurgia plástica (15,5%). Cerca de 15,5% das intervenções mamárias não foram precedidas pela mamografia.

Aproximadamente 60% das mamografias foram solicitadas com a finalidade de rastreamento do CM, 35% para investigação de mastalgia, 5% por nódulos e 0,1% como exame pré-operatório. Marconato⁽²⁶⁾ questiona o contraste entre o hábito de se solicitar mamografia devido a mastalgia e a frequência da associação deste sintoma com câncer.

Em linhas gerais, o resultado dessa pesquisa é bastante semelhante àquele encontrado por Godinho e Koch⁽¹⁶⁾ em Goiânia. Os achados novamente apontam a má condução do médico-assistente como responsável pelo rastreamento inadequado do CM. A forma como vem sendo utilizada a mamografia é, ao que tudo indica, ineficaz e dispendiosa, examinando mulheres em faixas etárias incorretas, com espaçamento longo entre os exames e por motivos para os quais o exame não tem indicação. Reforça essa evidência a análise particular dos dados da paciente mais jovem da amostra, que se submeteu a mamografia aos 17 anos de idade para investigação de mastalgia. As limitações da mamografia nesse grupo etário são amplamente conhecidas, acrescentando-se o agravante do risco de exposição das mamas *jovens* à radiação, resultando em

uma relação custo/benefício inadequada⁽¹³⁾. A utilização do equipamento para realização de exames sem indicação criteriosa pode trazer prejuízos à população que realmente se beneficiaria do mesmo, além de encarecer o custo do rastreamento^(18, 19).

Costa e Koch⁽⁸⁾ atentaram para a possível origem do problema em trabalho realizado com estudantes do sexto ano de medicina de diferentes faculdades. Verificaram conceitos equivocados e conhecimentos deficitários sobre mamografia, sendo esses futuros médicos os prováveis elementos perpetuadores da atual situação.

O fato de a pesquisa ter sido realizada no interior permitiu a confirmação de um obstáculo à implantação de um programa de rastreamento do CM por meio da mamografia: o número insuficiente de equipamentos, conforme já se previa⁽²²⁾. Das mulheres com mais de 40 anos, 17,5% alegaram não terem se submetido anteriormente à mamografia, apesar da solicitação médica, por falta de mamógrafo em sua cidade de origem.

Conclusões

O grupo etário mais examinado foi o de 40-49 anos, havendo declínio progressivo da solicitação de mamografia pelos médicos a partir dos 50 anos. Apesar de o motivo mais freqüente para solicitação do exame ser

o rastreamento do CM, este tem sido exageradamente usado para investigação de mastalgia (35% do total). Quase metade das mulheres com mais de 40 anos não tinha realizado mamografia anteriormente. A TRH vem sendo realizada, ao que parece, sem cuidados especiais anteriores ao início de sua prescrição em uma parcela relevante de mulheres. As mulheres em idade de rastreamento do CM apontaram *falta de solicitação médica* como principal motivo para não terem se submetido ao exame. Em segundo lugar, alegaram ausência de mamógrafo em suas cidades de origem. As entrevistadas não indicaram *medo do exame* como fator limitador à sua realização.

Recomendação

Realizar estudo procurando identificar os motivos do sub-rastreamento sob a perspectiva dos médicos-assistentes.

Agradecimento

Agradecemos à diretoria da Clínica Nina o esforço envidado para que esta pesquisa se concretizasse.

Referências bibliográficas

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. American Cancer Society recommends annual mammography starting at age 40. Available from: <http://www.cancer.org>
2. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. Câncer de mama – prevenção secundária. Disponível em: http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes.
3. BASÉGIO DL. Métodos de diagnóstico do câncer de mama: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". Rio de Janeiro: 1999. Tese de Doutorado, UFRJ.
4. BERG JW. Clinical implications of risk factors for breast cancer. *Cancer* 1984; 53: 589-91.
5. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa. Departamento de população e indicadores sociais. População residente – censo 2000: Brasil, unidades da Federação e municípios. Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
6. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE – Cidades@Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
7. CONSELHO PRÓ-TURISMO DO LESTE PAULISTA. Disponível em: <http://www.citybrasil.com.br>. Acessado em 12 de fevereiro de 2002.
8. COSTA ALPDP, KOCH H. Pesquisa sobre mamografia entre estudantes do sexto ano de medicina. *Rev Bras Mastol* 2000; 10(2): 63-8.
9. CRESPO TM, GALBÁN AT. Valor de la mamografia en el diagnóstico del cáncer de mama. *Acta Cancerol* 1995; 25: 126-8.
10. DE LUCA LA, ZAMBOTTI RP, TOBIAS P, UEMURA G, SHIMITT. Terapêutica de reposição hormonal e câncer de mama. *Rev Bras Mastol* 1998; 8: 42-51.
11. EASTMAN P. NCI adopts new mammography screening guidelines for women. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89(8): 538-9.
12. EASTMAN P. Task force issues new screening guidelines. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88(2): 74-6.
13. FEIG SA. Diretrizes e controvérsias do rastreamento. In: Basset LW, Jackson VP, Jahan R, Fu YS, Gold RH. *Doenças da Mama*. Rio de Janeiro: Revinter. 2000; 329-43.
14. FINOTTI MCCF, FREITAS JÚNIOR R. A importância da mamografia no climatério. *Femina* 1998; 26(6): 487-91.
15. GODINHO ER, KOCH HA. Elementos limitadores ao rastreamento do câncer de mama pela mamografia: revisão comparativa de estudos realizados na linha de pesquisa "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". *Rev Imagem* 2002; 24(4): 235-8.
16. GODINHO ER, KOCH HA. O perfil da mulher que se submete à mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". *Radiol Bras* 2002; 35(3): 139-45.

17. GONDIN G, CRIPPA CG, TRAEBERT EE *et al.* Terapia de reposição hormonal e mamografia. *Rev Bras Mastol* 2001; 11: 30-3.
18. HRISTOVA L, HAKAMA M. Effect of screening for cancer in the nordic countries on deaths, cost and quality of life up to the year 2017. *Acta Oncol* 1997; 36(9): 1-60.
19. JOHNSTON K. Modelling the future costs breast screening. *Eur J Cancer* 2001; 37(14): 1752-8.
20. KAVANAGH AM, MITCHELL H, GILES GG. Hormone-replacement therapy and accuracy of mammografic screening. *Lancet* 2000; 355: 270-4.
21. KERLIKOWSKE K, GRADY D, BARCLAY J, SICKLES EA, ERNSTER V. Effect of age, breast density, and family history on the sensitivity of first screening mammography. *Jama* 1996; 276: 33-8.
22. KOCH HA, PEIXOTO JE. Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama por meio da mamografia. *Radiol Bras* 1998; 31: 329-37.
23. KOPANS DB. Epidemiologia, etiologia, fatores de risco, sobrevida e prevenção do câncer de mama. In: Kopans DB. *Imagem da mama*. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, 1998; 29-54.
24. KOPANS DB. The breast cancer screening controversy: lessons to be learned. *J Surg Oncol* 1998; 67(3): 143-50.
25. LUNA M, KOCH HA. Padronização e organização dos laudos mastográficos num programa de detecção precoce do câncer de mama. *Femina* 1999; 27(10): 797-801.
26. MARCONATO M, BOFF RA. Importância da mamografia como método de *screening* do câncer de mama na comunidade. *Rev Cient AMECS* 1993; 2(2): 125-8.
27. PASCALICHIO JC, FRISTACHI CE, BARACAT FF. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev Bras Mastol* 2001; 11(2): 71-84.
28. PASQUALETE HA.: Prevenção secundária do câncer de mama. In: Pasqualet HA, Koch HA, Soares-Pereira PM, Kemp C. *Mamografia Atual*. Rio de Janeiro: Revinter. 1998; 89-97.
29. SMITH RA, METTLIN CJ, DAVIS KJ, EYRE H. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2000; 50: 34-49.
30. TABAR L, DUFFY SW, VITAK B, CHEN HH, PREVOST TC. The natural history of breast carcinoma. *Cancer*. 1999; 86(3): 449-62.
31. TABAR L, VITAK B, CHEN HH, DUFFY SW, YEN MF, CHIANG CF *et al.* The Swedish Two-County Trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. *Radiol Clin North Am* 2000; 38(4): 625-51.
32. VIEIRA AV, KOCH HA. Conhecimento sobre mamografia por mulheres que freqüentam o Serviço de Radiologia da SCMRJ. *Rev Bras Mastol* 1999; 9: 56-67.

Endereço para correspondência

Eduardo Rodrigues Godinho

Rua 5 nº 784 – Centro

CEP 74055-290 – Goiânia-GO

Telefax: (62) 225-0440

e-mail: eduardogodinho@ig.com.br