

Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo

Association Between Sociodemographic Variables and Advanced Clinical Staging of Breast Neoplasms in a Reference Hospital in the State of Espírito Santo

Asociación entre Variables Sociodemográficas y Estadiamiento Clínico Avanzado de las Neoplasias de Mama en un Hospital de Referencia en el Estado de Espírito Santo

Priscilla Ferreira e Silva¹; Maria Helena Costa Amorim²; Eliana Zandonade³; Katia Cirlene Gomes Viana⁴

Resumo

Introdução: O câncer de mama é o segundo tumor de maior incidência e mortalidade na população feminina brasileira.

Objetivo: Examinar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o estadiamento clínico inicial do tumor maligno de mama em mulheres, a partir do banco de dados de um Registro Hospitalar de Câncer. **Método:** Realizou-se um estudo analítico de dados secundários de 2.930 registros de casos de neoplasia maligna de mama em mulheres que receberam tratamento entre 2000 e 2006 em um hospital referência em oncologia no Espírito Santo. Após avaliação da completude dos dados, agruparam-se os registros por estadiamento inicial precoce e tardio e, então, aplicados os testes qui-quadrado e de regressão logística para identificação das variáveis com associação estatisticamente significativa com a ocorrência do diagnóstico em estágio tardio. **Resultados:** As variáveis cor da pele e situação conjugal não apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do diagnóstico em estágio tardio, entretanto a baixa instrução e a origem do encaminhamento pelo SUS determinaram respectivamente 4,3 e 1,9 vezes mais chances para o diagnóstico em estadiamento tardio. **Conclusão:** Mulheres com baixo grau de instrução e dependentes do Sistema Único de Saúde têm mais chances de descobrir tumores da mama em estadiamentos tardios.

Palavras-chave: Feminino; Neoplasias da Mama; Estadiamento de Neoplasias; Indicadores Demográficos; Saúde da Mulher

¹ Enfermeira. Professora. Mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* silvapf@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Professora Doutora. Coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem da UFES. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* mhcamorim@yahoo.com.br.

³ Estatística. Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFES. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* elianazandonade@uol.com.br.

⁴ Enfermeira. Analista de Registro Hospitalar de Câncer. AFEC-C-Hospital Santa Rita de Cássia. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* vianakatita@hotmail.com.
Endereço para correspondência: Priscilla Ferreira e Silva. Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Campus Maruípe/UFES. Avenida Marechal Campos, 1468. Vitória (ES), Brasil. CEP: 29040-090. *E-mail:* silvapf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Com o aumento gradual da expectativa de vida no mundo, é esperado um aumento na incidência das doenças e agravos não transmissíveis e, entre elas, os tumores malignos ocupam lugar de destaque na epidemiologia mundial, por sua alta incidência, morbidade, mortalidade e pelo elevado custo de tratamento. O tumor maligno de mama é o segundo tipo mais frequente em mulheres no mundo e, nas últimas cinco décadas até o ano de 2000, vem apresentando uma taxa de aumento anual de 1,5% no mundo e 2% nos países menos desenvolvidos¹.

Para o ano de 2013, foi estimada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) uma ocorrência superior 53 mil novos casos de câncer de mama em mulheres no Brasil, sendo o tumor com a segunda maior incidência na população feminina, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma².

Contrariamente às estatísticas dos países de primeiro mundo, onde, apesar do aumento de novos casos de câncer de mama, seu diagnóstico tende a ser precoce e as taxas de mortalidade vêm apresentando redução, no Brasil, estudos recentes apontam que os estadiamentos III e IV chegam a corresponder a um volume entre 40% e 60% dos diagnósticos iniciais, em especial junto às classes com menor poder aquisitivo³.

O diagnóstico tardio e, por vezes, a terapêutica inadequada, contribuem para que o câncer de mama continue sendo a principal causa de morte entre as mulheres brasileiras. Quando diagnosticados em fases iniciais (carcinoma *in situ* e tumores com até 2cm de diâmetro, sem metástases nem comprometimento de linfonodo), os tumores de mama têm grandes chances de cura⁴.

A ampliação de oportunidades de diagnóstico precoce tem sido considerada a melhor forma de investimento para a identificação dos tumores em estadiamento clínico (EC) inicial, melhorando o prognóstico das pacientes⁴⁻⁶.

Além das características clínicas do tumor, pesquisas apontam para a necessidade de conhecer o perfil socioeconômico demográfico das mulheres acometidas por tumores de mama, uma vez que as peculiaridades de crenças religiosas e culturais podem influenciar na maior ou menor aderência terapêutica⁷.

O grau de instrução baixo dificulta a aquisição de informações importantes sobre prevenção e detecção precoce de doenças, além de estar relacionado com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com dependência do Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de informações, as crenças e as percepções distorcidas da doença são fatores que podem levar as mulheres que vivem em condição de pobreza a evitar a busca por exames das mamas, contribuindo para o diagnóstico das neoplasias de mama em estágio tardio⁸⁻⁹.

A situação e a tendência epidemiológica do câncer no Brasil evidenciam sua relevância no âmbito da saúde pública e reforçam a importância de uma contínua realização de pesquisas sobre esse tema, além de apontarem a importância das questões socioeconômicas, reprodutivas e ambientais que podem estar relacionadas ao risco de sobrevida locais⁵.

O presente estudo tem por objetivo examinar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o EC inicial do tumor maligno de mama em mulheres, a partir do banco de dados de um Registro Hospitalar de Câncer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários. A população do estudo foi composta por 2.930 cadastros de neoplasia de mama em mulheres que receberam tratamento no Hospital Santa Rita de Cássia, Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC), no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006. Coletaram-se os dados da pesquisa no setor de Registro Hospitalar de Câncer do HSRC/AFECC, instituição de referência para o tratamento do câncer, Centro de Alta Complexidade Oncológica (CACON), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde número 741, de 19 de dezembro de 2005, realizadora de atendimento filantrópico para oncologia, localizada em Vitória, capital do Espírito Santo. Utilizou-se como fonte de dados o Sistema de Informação em Saúde dos Registros Hospitalares de Câncer (SIS-RHC) da instituição. Esse quantitativo corresponde a 100% dos casos de câncer de mama em mulheres atendidos pela instituição no período.

Os critérios de inclusão foram os exigidos pelo programa SIS-RHC para cadastro de caso analítico para a instituição registradora: mulheres virgens de tratamento anterior, com ou sem diagnóstico prévio. Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico de neoplasia *in situ*, diagnóstico de recidiva, que iniciaram tratamento em outra instituição ou que residiam em outros Estados da Federação.

Definiram-se as variáveis a partir da Ficha de Registro de Tumor, sendo nove variáveis para delineamento de perfil sociodemográfico (faixa etária, raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, local do nascimento, procedência, alcoolismo, tabagismo e origem do encaminhamento) e uma para definição do estadiamento do tumor antes do início do tratamento.

Avaliou-se a qualidade dos dados provenientes das variáveis por sua completude, com utilização somente daquelas com um mínimo de 70% de preenchimento completo¹⁰.

Para determinação da associação entre as variáveis sociodemográficas e o EC tardio no momento do diagnóstico, agruparam-se os cadastros em “estadiamento

precoce” (casos diagnosticados nos EC I, e II) e “estadiamento tardio” (EC III e IV), seguindo a classificação TNM da União Internacional contra o Câncer (UICC) e outros estudos semelhantes^{7,11-13}. Foi realizada a análise bivariada para medir a associação entre o estadiamento inicial e cada uma das variáveis sociodemográficas, através de teste qui-quadrado. Calcularam-se os *odds ratio* bruto e ajustado pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis com p-valor menor que 10% no teste qui-quadrado. O nível de significância foi de 5%. Organizaram-se os dados no Programa *Microsoft Office Excell 2003 for Windows* e, posteriormente, trabalhados no programa do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 13.0.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número 123/08.

RESULTADOS

Excluíram-se as variáveis tabagismo e alcoolismo por apresentarem qualidade de completude muito ruim⁷ (10,9% e 25,1%, respectivamente). As demais variáveis foram mantidas, apresentando qualidade entre muito boa e regular¹⁰.

O EC de maior incidência isolada foi o II, seguido pelo estágio I, o que faz com que os estádios precoces (I e II) tenham sido predominantes na população (48,1%), seguidos pelo contingente sem informação de estágio (28,7%) e pelos estádios III e IV agrupados (23,2%).

Excluíram-se da segunda etapa de análises 841 registros sem informação do EC inicial do tumor, permanecendo a amostra com 2.089 casos, organizada em dois grupos, segundo o EC inicial precoce ou tardio (Tabela 1).

As variáveis faixa etária, local de nascimento e procedência não apresentaram significância estatística como fator de influência para o diagnóstico tardio do câncer de mama, apresentando $p > 0,05$ no teste de qui-quadrado.

Para a variável raça/cor da pele, as classes cor preta e cor parda apresentaram aumento do risco em 2,5 vezes para as mulheres de cor preta e de 1,5 vezes para as mulheres de cor parda; entretanto, quando analisadas as influências das demais variáveis intervenientes, os achados relativos à variável raça/cor da pele não apresentaram significância estatística como possível fator de risco para o diagnóstico tardio do tumor de mama.

Para a variável grau de instrução, tomando como padrão o nível superior de instrução, o resultado apontou risco crescente de diagnóstico tardio de tumores de mama, quanto menor a instrução (2,06 vezes maior para nível médio completo, 2,59 para ensino fundamental completo, 3 para ensino fundamental incompleto e 4,27 vezes maior para mulheres analfabetas).

O estado conjugal não apresentou associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de estadiamento tardio, entretanto, ser encaminhada pelo SUS para o tratamento do câncer de mama apresentou 1,94 vezes mais chances de estadiamento tardio no momento do diagnóstico.

DISCUSSÃO

A predominância de EC inicial precoce na amostra (48,1%) é ligeiramente melhor do que o identificado por Rezende et al., entre 104 mulheres atendidas no Hospital do Câncer III, no Estado do Rio de Janeiro, apresentando 40,3% de EC entre I e II¹. Em contrapartida, é bem inferior aos 64,3% apontados por Schneider et al. em estudo de sobrevivência conduzido em Santa Catarina¹¹, e ainda menor se comparado aos achados de Ayala, com 68% nos estádios I e II na cidade de Joinville, Santa Catarina entre os anos de 2000 e 2009¹². Há de se considerar a taxa de completude de 71,3% para a variável no presente estudo, o que pode conduzir a uma alteração desse perfil, aproximando-se da realidade nacional, que é a de maioria dos diagnósticos de tumores de mama em estádios avançados^{1-2,13}.

O agrupamento dos casos em estadiamento inicial (I e II) e tardio (II e IV) seguiu a classificação TNM da *American Joint Comitee on Cancer e da International Union Against Cancer*¹⁴ e em conformidade com outros estudos semelhantes publicados nos anos de 2008⁷, 2009¹¹, e 2011¹⁵. Ressaltamos, entretanto, que outros estudos publicados em mesma faixa temporal adotaram o critério de agrupamento para EC inicial, os estádios I e IIa, considerando o estágio IIb como tardio, juntamente com os estádios III e IV. Tal diferença na classificação pode causar impacto na comparação entre os estudos, por isso sugere-se a realização de novo estudo para verificação da hipótese.

Apesar de a variável raça/cor não ter apresentado relevância estatística após aplicação de testes de *Odds ratio* ajustado e tardio, é importante considerar que tal variável tem como fonte de informação a autoanálise da paciente no momento da realização de seu cadastro na instituição, por formulação de pergunta direta pelo atendente responsável por esse registro inicial, ou pela concepção do próprio atendente, sem questionamento à paciente. Não há uniformização de conduta relativa à coleta dessa informação no HSRC; assim, o critério de classificação fica por conta do profissional que realiza o atendimento e faz o registro do paciente. Dessa forma, o quantitativo de mulheres da raça negra pode ser maior que o registrado, o que poderia influenciar os resultados do presente estudo.

A raça negra está, em geral, associada a um fator de pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnico-

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e o estadiamento clínico inicial dos tumores de mama em mulheres cadastradas no HSRC no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	Estadiamento		p-valor	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
	Precoce n (%)	Tardio n (%)			
Raça cor da pele			0,001		
Branca	618 (44,6)	226 (33,9)		-1,00	1,00
Preta	25 (1,8)	23 (3,4)		2,52 (1,40-4,52)	1,95 (0,97-3,92)
Parda	742 (53,6)	418 (62,7)		1,54 (1,27-1,87)	1,14 (0,90-1,43)
Grau de instrução			0,001		
Nível superior	116 (9,0)	16 (2,6)		1,00	1,00
Médio completo	325 (25,3)	105 (16,8)		3,35 (1,92-5,84)	2,06 (1,07-3,98)
Fundamental completo	231 (18,0)	120 (19,2)		3,77 (2,14-6,64)	2,59 (1,33-5,05)
Fundamental incompleto	493 (38,4)	271 (43,4)		3,99 (2,32-6,86)	3,01 (2,14-8,52)
Analfabeta	118 (9,2)	113 (18,1)		6,94 (3,88-12,44)	4,27 (2,14-8,52)
Estado civil			0,001		
Casada	822 (58,5)	349 (51,6)		1,00	1,00
Solteira	295 (21,0)	168 (24,8)		1,34 (1,069-1,683)	1,28 (0,976-1,669)
Divorciada	96 (6,8)	33 (4,9)		0,81 (0,54-1,23)	1,01 (0,62-1,64)
Viúva	193 (13,7)	127 (18,8)		1,55 (1,20-2,00)	1,30 (0,95-1,77)
Origem do encaminhamento			0,001		
Não SUS	563 (46,9)	143 (25,2)		1,00	1,00
SUS	637 (53,1)	425 (74,8)		2,63 (2,11-3,28)	1,94 (1,50-2,51)

-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o acesso mais dificultado à assistência terapêutica e às possíveis diferenças no tratamento e nos seus resultados^{8-9,16}. Schneider et al. identificaram pior sobrevida no grupo de mulheres de raça negra, parda, amarela e indígena em comparação com a raça branca, com um risco relativo 84% maior¹¹.

A baixa escolaridade é apontada em estudos^{9,15} como um importante fator de risco para o diagnóstico tardio de tumores de mama, tendo sido apontado um risco 7,4 vezes mais elevado de morrer entre as mulheres analfabetas em comparação as que possuem ensino superior¹¹. Os achados estão em consonância com o presente estudo,

que identificou 4,27 vezes mais chances de diagnósticos tardios em mulheres analfabetas em relação às com ensino superior, o que sabidamente pode colaborar para seu pior prognóstico^{3-4,7}. Em estudo buscando compreender as razões para o diagnóstico tardio dos tumores de mama, Rezende et al. identificaram 87,4% de analfabetismo, entretanto, não foi confirmada associação com o retardo no diagnóstico, tendo sido ressaltada uma possível limitação segundo os próprios autores, pelo número amostral reduzido¹.

As desigualdades sociais, principalmente relacionadas às dificuldades de acesso e acessibilidade por parte da população menos favorecida e dependente do SUS são

apontadas em estudos como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e dificuldades para o diagnóstico e tratamento^{8,16-17}, forte subsídio para a realidade identificada, em que as mulheres dependentes do SUS apresentaram quase o dobro de chance de diagnóstico tardio em relação às mulheres que possuíam planos de saúde. Ressaltamos a necessidade de outros estudos que avaliem outras questões sociais implicadas para tal resultado.

CONCLUSÃO

O conhecimento do perfil das mulheres com câncer de mama possibilita o melhor planejamento das ações de saúde, desde as estratégias de prevenção ao acompanhamento de tratamento e reabilitação das pacientes, colaborando para a melhor oferta de serviços, mais adequada às realidades regionais¹⁷⁻¹⁸.

A partir do banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de uma instituição de reconhecida representatividade local e regional para atendimentos oncológicos, identificaram-se dois importantes grupos de risco para a detecção tardia das neoplasias de mama em estadiamento tardio, a partir das variáveis sociodemográficas disponíveis: mulheres com baixo grau de instrução e usuárias do SUS.

Os achados subsidiam a necessidade de mudança nas estratégias para a prevenção secundária dos tumores de mama, direcionadas para populações de baixa renda, em que os baixos graus de instrução e a dependência acentuada do SUS são prevalentes, em um esforço contínuo de efetivação não somente do preceito da equidade na saúde pública brasileira, como também dos pilares da Constituição Brasileira, que assegura a todos os cidadãos o direito à educação, reconhecidamente fator de inclusão social.

A atual organização do SUS para a oferta de serviços, estabelecendo a Atenção Primária como “porta de entrada” e origem de encaminhamentos para os demais níveis de atenção, pode retardar o diagnóstico de rastreamento pelas dificuldades da acessibilidade sócio-organizacional comprometida pelos horários de funcionamento dos serviços, que raramente privilegiam os trabalhadores através da oferta de turnos diferenciados ou horários estendidos, além da necessidade de diversos deslocamentos a serviços diferentes para conseguir o atendimento necessário¹⁹⁻²⁰.

São necessários maiores investimentos na prevenção secundária dos tumores malignos de mama, ampliando a oferta e o acesso às ações de rastreamento, possibilitando o diagnóstico precoce da doença e melhores chances de cura e menores taxas de mortalidade, além da redução das sequelas físicas, sociais e emocionais causadas pelas neoplasias de mama na mulher⁴⁻⁵.

CONTRIBUIÇÕES

Priscilla Ferreira e Silva contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica. Maria Helena Costa Amorim e Eliana Zandonade contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados e revisão crítica. Katia Cirlene Gomes Viana contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Rezende MCR, Koch HA, Figueredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. *Rev bras ginecol obstet* [Internet]. 2009 [acesso 2013 mai 10]; 31(2):75-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032009000200005&lng=en.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
3. Felix JD, Castro DS, Amorim MHC, Zandonade E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. *Rev bras cancerol*. 2011; 57(2): 159-66.
4. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LRL. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2006 [acesso 2007 jul 01]; 22(10):2219-28. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n10/21.pdf>.
5. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev bras cancerol* [Internet]. 2003 [acesso 2008 dez 01]; 49(4):227-38. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/REVISAO1.pdf.
6. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev latinoam enferm* 2007; 15(spe):786-91.
7. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev Assoc Med Bras* (1992) [Internet]. 2008 [acesso 2013 fev 12]; 54(4):339-346. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/19.pdf>.
8. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad*

- saúde pública [Internet]. 2000 [acesso 2009 abr 01]; 16(4):1137-42. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>.
9. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras: PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2006 [acesso 2008 dez 01]; 11(4):1023-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141381232006000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 10. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad. saúde pública* 2007; 23(3):701-14.
 11. Schneider IJC, D'orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2009 [acesso 2013 abril 25]; 25(6):1285-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600011&lng=en.
 12. Ayala ALM. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2013 maio 15]; 65(4):566-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400003&lng=en.
 13. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev bras ginecol obstet* 2005; 27(11):656-60.
 14. Sobin LH, Wittekind C, editors. *TNM classification of malignant tumours*. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2002.
 15. Marta GN, Hanna SA, Martella E, Silva JLF, Carvalho HA. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. *Rev Assoc Med Bras* (1992) [Internet]. 2011 [acesso 2013 abr 12]; 57(4):468-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a24.pdf>.
 16. Cruz ICF. Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra: uma revisão de literatura. *Online braz j nurs* (Online) [Internet]. 2006 [acesso 2010 nov 08]; 5(2): [1 tela]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/400>.
 17. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 608p.
 18. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Rev bras cancerol*. 2012; 58(3):417-26.
 19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. saúde pública* 2004; 20(supl.2):190-8.
 20. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(3):815-23.

Abstract

Introduction: Breast neoplasm is the second tumor considering incidence and mortality among women in Brazil.

Objective: To examine the association between sociodemographic variables and the initial clinical staging of breast neoplasms in women, using the database of a Cancer Hospital Registry. **Method:** We performed an analytical study of secondary data from 2930 recorded cases of breast neoplasm in women who received treatment between 2000 and 2006 in an oncology reference hospital in the State of Espírito Santo. After evaluating the completeness of data, the records were combined into initial staging (early and late) and then we applied the chi-square test and the logistic regression in order to identify statistically significant variables associated with the occurrence of late-stage diagnosis.

Results: Skin color and marital status were not significantly associated with the occurrence of late-stage diagnosis, however, poor education and the origin of the forwarding by Sistema Único de Saúde were decisive for, respectively, 4.3 and 1.9 times more probability of a diagnosis in late staging. **Conclusion:** Women with lower education level and dependent on Sistema Único de Saúde are more likely to have a breast tumors diagnosis in late staging.

Key words: Female; Breast Neoplasm; Neoplasm Staging; Demographic Indicators; Women's Health

Resumen

Introducción: El Cáncer de mama es el segundo tumor de mayor incidencia y mortalidad en la población femenina en Brasil. **Objetivo:** Examinar la asociación entre las variables sociodemográficas y el estadiamiento clínico inicial del tumor maligno de mama en mujeres, a partir de la base de datos del Registro Hospitalario del Cáncer. **Método:** Se realizó un estudio analítico de datos secundarios de 2.930 registros de casos de neoplasia maligna de mama en mujeres que han recibido tratamiento entre los años 2000 y 2006 en un hospital de referencia en oncología en Espírito Santo.

Después de la evaluación de la totalidad de los datos, se agruparon los registros por estadiamiento inicial precoz y tardío y entonces, aplicados las pruebas de ji cuadrado y de regresión logística para identificación de las variables con asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia del diagnóstico en estadio tardío. **Resultados:** Las variables color de piel y estado civil no presentaron asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia del diagnóstico en estadio tardío, sin embargo, el bajo nivel de instrucción y que el origen de las pacientes sea del Sistema Nacional de Salud determinaron, respectivamente, 4,3 y 1,9 veces más posibilidades para el diagnóstico tardío. **Conclusión:** Mujeres con bajo nivel de instrucción y dependientes del Sistema Nacional de Salud tienen más propensión de descubrir tumores de mama en estadiamiento tardío.

Palabras clave: Femenino; Neoplasia de la Mama; Estadificación de Neoplasias; Indicadores Demográficos; Salud de la Mujer