

AS PRINCIPAIS ABORDAGENS FISIOTERAPÊUTICAS EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Lilian Kênia Neves Vieira Pereira¹
Tatiane Serrano da Hora²
Rafael Luzes³
Maria Izabell Dias Miorin de Morais⁴

RESUMO

A abordagem e os cuidados para o tratamento de pacientes mastectomizadas têm como principal objetivo reduzir as complicações advindas pela doença e aumentar a sua qualidade de vida. Portanto, a fisioterapia possui um papel fundamental para o tratamento e um grande número de métodos e intervenções úteis no tratamento paliativo de pacientes com câncer de mama. Neste estudo diferentes técnicas fisioterapêuticas foram abordadas, mas as que mais se destacaram após a revisão da literatura científica foram a drenagem linfática manual, alongamento fisioterapêutico, cinesioterapia e mobilização articular.

Palavras chaves: Fisioterapia; câncer de mama; pacientes mastectomizadas e tratamentos de câncer.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é caracterizado como uma degeneração do material genético das células, que induz ao crescimento, produção e dispersão anormal das células metastáticas, ou seja, é um tumor (neoplasia) maligno que devido a um comportamento desordenado, as células invadem os tecidos que estão saudáveis ao seu redor. As células neoplásicas são capazes de invadir o tecido normal e se disseminar para outros locais. Com isso, pode-se dizer que o câncer de mama é uma doença complexa, podendo ter uma evolução lenta ou rápida, dependendo da velocidade de duplicação celular. O câncer de mama, mesmo sendo um tumor maligno, é uma doença controlável e até mesmo curável se for descoberta a tempo, o que nem sempre acontece (RIBEIRO, 2008, p. 2).

Estima-se que 90%-95% dos casos sejam esporádicos, ou seja, de ocorrência não familiar e ainda resultante de mutações somáticas verificadas durante a vida. Outros fatores se somam a estes como o hereditário 5%-10%. Confirmando este dado foi verificado que a incidência do câncer de mama tem risco muito elevado em mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa e pós-menopausa. Pode-se observar ainda que mulheres com antecedentes de hiperplasia epitelial atípica e susceptibilidade genética

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNIABEU. liliankenia@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNIABEU. tatianeserranodahora@yahoo.com.br

³ Docente do Curso de Fisioterapia da UNIABEU. rafael.luzes@uniabeu.edu.br

⁴ Docente do Curso de Fisioterapia da UNIABEU. midmiorim@yahoo.com.br

comprovada (mutação de *BRCA* 1-2) são acometidas pela doença. Além disso, há também um risco elevado de nuliparidade e antecedentes de hiperplasia epitelial não atípica. Assim, deve-se considerar um risco pouco elevado em que a doença ocorre como menarca precoce ≤ 12 anos e menopausa tardia ≥ 55 anos. Além disso, mulheres que têm a primeira gestação após 34 anos, e que levam uma vida sedentária, fazendo terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos e que são obesas também se enquadram nos fatores de risco da doença (BARROS, 2001, p. 3).

Os fatores ambientais também estão incluídos, pois há uma variável deste tipo de câncer em grupos geneticamente homogêneos e com diferenças geográficas (RIBEIRO, 2008, p. 4). Estes fatores estão relacionados ao processo de industrialização, agentes químicos, físicos e biológicos (GUERRA, 2005, p. 229).

A importância do diagnóstico precoce está em tentar que a doença não se dissemine pelo corpo e diminuir os casos de mortalidade entre as mulheres acometidas pela doença (RIBEIRO, 2008, p. 3). A mamografia é tida como principal método diagnóstico do câncer de mama quando está em estágio inicial, pois é capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecer um tratamento precoce menos agressivo (SCLOWITZ, 2005, p. 341). Em conjunto com a mamografia, temos a ultrassonografia que é utilizada para complementar o diagnóstico e em alguns casos onde há lesões palpáveis é utilizada a biopsia aspirativa. O tratamento do câncer de mama tem tido várias mudanças bastante significativas, com uso de técnicas conservadoras, menos agressivas e mutiladoras, que propiciam menos alterações funcionais, sociais e psicológicas (RIBEIRO, 2008, p. 5-6).

O tamanho do tumor e a condição dos linfonodos axilares, estão basicamente interligados como indicadores para o prognóstico do câncer de mama. A mastectomia radical tem sido reduzida gradativamente devido a realização de cirurgias conservadoras (ABREU, 2002, p. 118).

Entre as complicações que o câncer de mama acarreta nas mulheres, o linfedema é a mais comum e pode ser definido como um acúmulo anormal de líquido no espaço intersticial, ocorrendo uma obstrução do fluxo linfático na axila. Pacientes que são acometidas com linfedema podem ter problemas significativos, incluindo desconforto, dor e dificuldade funcional da extremidade afetada, e a sua descoberta precoce pode poupá-las de um atraso na implementação do tratamento (JAMMAL, 2008, p. 508).

No início do século XX algumas alterações foram introduzidas na mastectomia radical passando a ser utilizada a mastectomia radical modificada ou de Patey, onde o músculo peitoral maior ou ambos os peitorais são preservados (JUNIOR, 2001, p. 205 e AGUILLAR, 1995, p. 127). Mesmo sendo uma cirurgia menos agressiva, ela traz resultados iguais ao do radical, onde os linfonodos axilares também são retirados (GOUVEIA, 2008, p. 173). Dentre as técnicas cirúrgicas conservadoras, podemos citar a quadrantectomia onde ocorre a retirada de apenas um quadrante ou segmento da glândula mamária, onde se localiza o tumor. Essa técnica geralmente é indicada para tumores de menos de 3 cm de diâmetro (JAMMAL, 2008, p. 507).

A linfadenectomia axilar continua sendo um procedimento de extrema importância para adquirir o estadiamento e tratamento do câncer de mama. A metade das mulheres que se submetem a linfadenectomia por câncer de mama, apresenta dificuldade em pelo ao menos algum tipo de movimento no ombro (SILVA, 2004, p.

126). Essas complicações ocorrem principalmente no período pós-operatório. As principais alterações são as infecções, seromas, dor, deformidade postural de tronco e linfedema do membro superior homolateral (BREGAGNOL, 2010, p. 26). O membro acometido pelo linfedema apresenta alterações que podem gerar distúrbios psicológicos as pacientes (SQUARCINO, 2007, p. s65).

As mulheres que são submetidas à cirurgia de mastectomia, seja ela radical ou de quadrantectomia, tem seu padrão funcional comprometido e precisam de atenção fisioterapêutica, assim como abordagem multiprofissional (RETT, 2013, p. 19-20).

O tratamento de linfedema visa controlar o volume do membro afetado, mas nem sempre esse resultado é facilmente atingido ou satisfatório (BERGMANN, 2004, p. 312-313). A forma de tratamento que se mostra mais eficaz para pacientes com linfedema é a técnica de drenagem linfática manual. A técnica exercida de forma manual com pressão lenta e suave, com intuito de drenar o líquido acumulado e melhorar o fluxo linfático, ativando assim a motricidade dos vasos linfáticos. Portanto a drenagem linfática manual deverá ser iniciada já no pós-operatório, para proporcionar um resultado satisfatório (JAMMAL, 2008, p. 508 e SQUARCINO, 2007, p. s64-s65).

Outro método que combina com a drenagem linfática manual é o uso do enfaixamento compressivo funcional ou contenção elástica, pois o seu uso promove melhora funcional do membro envolvido (MEIRELLES, 2006, p. 397 e JAMMAL, 2008, p. 508). Devido a mastectomia apresentar complicações físicas como dificuldade em executar a amplitude de movimento de ombro e cotovelo ocorre também fraqueza muscular e bloqueio articular. A técnica de cinesioterapia passiva e ativa, o alongamento fisioterapêutico e a mobilização passiva e ativa devem ser aplicados durante o período pós-operatório para que a paciente possa readquirir amplitude de movimento, força, boa postura, coordenação e principalmente, minimizar as possíveis complicações pós-operatórias, melhorando a sua funcionalidade para que as pacientes voltem a desenvolver suas atividades diárias e aumentando sua qualidade de vida (JAMMAL, 2008, p. 508 e PEREIRA, 2005, p. 144). Algumas mulheres apresentam modificações do modelo postural e percebe o comprometimento na beleza física levando-a a perder sua imagem corporal, trazendo com ela sensação de impotência (FERREIRA, 2003, p. 302).

A técnica de terapia manual de relaxamento é um paliativo que ajuda a controlar essa depressão possibilitando a paciente a melhorar a sua auto-estima e possíveis pontos de tensão, diminuindo assim seu acúmulo de estresse (MARCUCCI, 2005, p. 70-71).

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se em uma abordagem qualitativa, por ser um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013, p. 57).

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir de bases de dados científicos tais como PubMed, Bireme, Google acadêmico e Scielo e os descritores utilizados foram: Fisioterapia; câncer de mama; mastectomia; pacientes mastectomizadas e

tratamentos de câncer, os quais foram pesquisados individualmente e em associação a fim de refinar a busca. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de março a setembro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência do câncer de mama vem aumentando consideravelmente em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos de idade, acometendo mais mulheres do que homens (TRUFELLI, 2008, p. 72). Numa mais recente pesquisa do INCA (2014/2015), o câncer mamário foi a segunda neoplasia maligna mais incidente totalizando cerca de 57 mil novos casos, perdendo apenas para o câncer de pele não – melanona 182 mil casos. O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012, sendo a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014/2015). A taxa de mortalidade foi de 15%, e cabe destacar que esses índices vêm aumentando progressivamente devido a descoberta tardia da doença, conforme descrito anteriormente. Observa-se assim, que em 50% dos casos da doença, a descoberta ocorre nos estágios tardios da doença, sendo assim de difícil tratamento (TRUFELLI, 2008, p. 72).

Diante das referências aqui citadas, pôde-se observar a importância da fisioterapia no pré e pós-operatório do câncer de mama, pois contribuiu positivamente para a melhora da amplitude de movimento e diminuição do linfedema. Em todos os tratamentos cirúrgicos propostos para o câncer de mama, algumas alterações ocorrem nos linfonodos, seja ele como consequência ou progressão da doença, sendo assim, a abordagem fisioterapêutica é essencial para o sucesso do tratamento.

Numa pesquisa realizada por RETT e colaboradores (2013, p. 19-23), foram incluídas 10 mulheres submetidas a mastectomia radical e a quadrantectomia associado a linfadectomia axilar e mostrou que após a cirurgia por câncer de mama é possível encontrar complicações físicas, imediatas ou tardias, dentre elas alterações no arco de movimento e dor devido a retirada dos linfonodos. O tratamento fisioterapêutico foi realizado com protocolo de alongamentos e exercícios de cinesioterapia ativo livre. Esses métodos têm como objetivo normalizar a musculatura, pelo fato de que muitas mulheres após a cirurgia costumam sentir maior desconforto ao movimentar o braço e muita dor trazendo, portanto, limitação nesses movimentos. Verificou-se que a fisioterapia melhorou significativamente a amplitude de movimento e o desempenho funcional do membro superior homolateral a cirurgia. Em outro caso, foram estudadas 36 mulheres. As participantes foram atendidas em um serviço de reabilitação especializado e submetidas ao tratamento de linfedema com drenagem linfática manual, que tem como objetivo descongestionar e abrir novos caminhos entre os capilares linfáticos aumentando a pressão e diminuindo a filtração, favorecendo a absorção do linfedema. Nota-se que o tratamento do mesmo associado com técnicas fisioterapêuticas como enfaixamento compressivo manual que funciona evitando o retorno do líquido deslocado pela drenagem linfática manual, exercícios e orientações de autocuidado revelaram-se mais rápidos que outros métodos não invasivos (MEIRELLES, 2006, p. 354). Em outro estudo foi realizada uma técnica de teste de sensibilidade na região peitoral do membro superior homolateral a cirurgia. Coletaram as informações como o

tipo de sensação afetada, quantidade e grau de envolvimento, além do dano sensorial. O primeiro teste feito foi de sensibilidade superficial (dor, temperatura, tato leve, pressão) e o segundo foi sensibilidade profunda (sentido do movimento e posição). O tratamento realizado foi de dessensibilização na região operada e mobilização da cicatriz para evitar aderências (LEITES, 2010, p. 16), o qual ocorre pela secção total ou parcial do nervo sensitivo intercostobraquial (SANTOS, 2009, p. 362). As pacientes relataram ao final do tratamento, parestesia na região cicatricial tanto peitoral quanto axilar, não havendo melhora com o tratamento realizado (LEITES, 2010, p. 18). Contudo, MARCUCCI (2005, p. 70-71) e PANOBIANCO e MAMEDE (2002, p. 545) em seus estudos abordaram os cuidados paliativos que possam promover um sistema de suporte que ajude a paciente a viver mais ativamente possível e diminuir os danos psíquicos em que estas são acometidas, tais como o estresse, angústia, medo, depressão pois traz baixa autoestima, mudanças no comportamento, irritabilidade, fraqueza, perda de interesse sexual, além de dano estético corporal e dano funcional ao membro afetado. A técnica de relaxamento vem sendo muito usada na prática fisioterapêutica, pois relaxa a musculatura, diminuindo a tensão, ativando a circulação tecidual e melhorando a ansiedade do paciente podendo ser bem proveitoso (MARCUCI, 2005, p. 71 e PANOBIANCO e MAMEDE, 2002, p. 545). Algumas outras condutas fisioterapêuticas foram adotadas para algumas complicações mais frequentes após a cirurgia. Uma delas usou-se a técnica de mobilização articular do ombro devido ao bloqueio articular que sobrevêm no pós-operatório (NASCIMENTO, 2012, p. 254), que é comum pela hipomobilidade do membro que tem como fator limitante a modificação da cavidade axilar, pois em alguns casos há o desenvolvimento de aderências que dificultam a movimentação dessa articulação (BREGAGNOL, 2010, p. 28). O mesmo restaura o movimento, por meio da ativação das estruturas neurais estimulando a propriocepção e favorecendo o movimento. Ao final do tratamento houve melhora na amplitude de movimento das pacientes que foram estudadas (NASCIMENTO, 2012, p. 254).

A importância da abordagem fisioterapêutica, mesmo quando ocorre a mastectomia radical ou na quadrantectomia o alongamento fisioterapêutico e a cinesioterapia ativa livre realizada em apenas algumas sessões de fisioterapia, foi observado que há uma melhora significativa no arco de movimento e na prática funcional do dia a dia (RETT, 2013, p. 23). No entanto, o tratamento para parestesia na área cicatricial se fez ineficaz (LEITES, 2010, p. 18). Contudo, os tratamentos como drenagem linfática manual e enfaixamento compressivo funcional foram mais eficazes nos casos de linfedema (MEIRELLES, 2006, p. 354). Deve-se levar em consideração que todos os tratamentos realizados precocemente favorecem uma reabilitação funcional e com excelentes resultados (GUETIÉRREZ, 2007, p. 250).

CONCLUSÃO

Com a grande evolução das técnicas cirúrgicas e um aumento significativo de neoplasia maligna mamária, se fez necessária dar uma atenção especial às alterações que surgem no pós-operatório decorrente dos tais procedimentos da atualidade.

A partir disso, pode-se verificar que a amplitude de movimento e o bloqueio articular homolateral ao membro afetado são comprometidos, como também o surgimento de edemas. Pode-se observar que dentre inúmeras técnicas fisioterapêuticas que são oferecidas para o tratamento de câncer de mama, algumas delas tem o resultado

bastante satisfatório em que, apenas algumas sessões de fisioterapia onde se utilizam técnicas como desbloqueio articular, alongamento fisioterapêutico, cinesioterapia e drenagem linfática manual pode-se concluir que muitas pacientes conseguem readquirir o arco de movimento, a força muscular e a redução do linfedema, devolvendo assim, um retorno as atividades de vida diária com mais qualidade e desempenho funcional.

ABSTRACT

The approach and care for the treatment of mastectomy patients aims to reduce the complications resulting from the disease and improve their quality of life. Therefore, physical therapy has a key role in the treatment and a large number of useful methods and interventions in the palliative treatment of patients with breast cancer. In this study various physiotherapeutic techniques have been approached, but that most stood out after the scientific revision of the literature were manual lymphatic drainage, physiotherapy stretching, exercise and joint mobilizations.

Key Words: physiotherapy ; breast cancer; mastectomy patients and cancer treatments.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E; KOIFMAN, S. Fatores prognóstico no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.

AGUILAR, O.M; SANTOS, B.M.O; ANDRADE, R.H.E; BARBOSA, E.S. Infecção da ferida cirúrgica – uma complicação da mastectomia. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v.48, n. 2, p. 127-133, Abr/ jun, 1995.

BARROS, A.C.S.D; BARBOSA, E.M; GEBRIM, L.H; ANELLI, A; FIGUEIRA, F.A; DEL GIGLIO, A; GUSMÃO, C.B; PELIZON, C; MARTELLA, E; MOTTA, E; FERNANDES, J.L; PINOTTI, J.A; RIBEIRO, L.C.B; SANTOS, M.O; ARAÚJO, M.B; ABREU E LIMA, M.C; MOURÃO, N.M; YAMAGUCHI, N.H; CARMO, P.A.O; MARQUES, R. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, p.3-15, 2001.

BERGMANN, A; MATTOS, I.E; KOIFMAN, R.J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004.

BREGAGNOL, R.K; DIAS, S.A. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Revista Brasileira de cancerologia**. v. 56, n. 1, p. 25-33, 2010.

FERREIRA, M.L.S.M; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após-mastectomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.

- GOUVEIA, P.F; GONZALEZ, E.O; GRER, A.P; FERNANDES, C.A; LIMA, M.C. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e pesquisa**. São Paulo, v.15, n2, p.172 –176, abr – jun, 2008.
- GUERRA, R.M; GALLO, M.V.C; MENDONÇA, S.A.G. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista de cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.
- GUTIÉRREZ, M.G.R; BRAVO, M.M; CHANES, D.C; DE VIVO, M.C.R; SOUZA, G.O. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta. Paul. Enferm.** v. 20, n. 3, p. 249-254, 2007.
- JAMMAL, M.P; MACHADO, A.M.R; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde**. v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.
- JUNIOR, R.F; RIBEIRO, L.F.J; TAIA, L; KAJJITA, D; FERNANDES, M.V; QUEIROZ, G.S. Linfedema em Pacientes submetidas a mastectomia radical modificada. **RBGO** v. 23, n.4, p. 205-208, 2001.
- LEITES, G.T; KNORST, M.R; LIMA, C.H.L; ZERWES, F.P; FRISON, V.B. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Revista Ciência & Saúde**, v.3, n. 1, p. 14-21, 2010.
- MARCUCCI, F.C.I. O papel da Fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Rev. Bras. Fisioter**; v. 51, n.1, p. 67-77, 2005;
- MEIRELLES, M.C.C.C; MAMEDE, M.V; SOUZA, L; PANOBIANCO, M.S. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós cirurgia de mama em mulheres. **Rev. Bras. Fisioter**; São Carlos, v.10, n.4, p.393-399, 2006.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 13ªedição, p. 57, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Incidências de câncer de mama. Rio de Janeiro, 2014/2015. Portal do INCA. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 16 set.2015.
- NASCIMENTO, S.L; OLIVEIRA, R.R; OLIVEIRA, M.M.F; AMARAL, M.T.P. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: Estudo retrospectivo. **Fisioter. Pesq.** v.19, n.3, p. 248-255, 2012.
- PANOBIANCO,M.S; MAMEDE, M.V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós-mastectomia. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 4, p. 544-51, 2002.
- PEREIRA, A.M.C; VIEIRA, Y.R.O.E; ALCÂNTARA, M.S.P. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 2, p. 143-148, 2005.

RETT, M.T; SANTOS, A.K.G; MENDONÇA, A.C.R; OLIVEIRA, I.A; DE SANTANA, J.M. Efeito da Fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p.18-24, 2013.

RIBEIRO, L.R; COSTA, L.R; SANDOVAL, A.R. Conduta fisioterápica no linfedema pós-mastectomia por câncer de mama. **Revista Eletrônica Faculdade**, 2008.

SANTOS, M.S.M; PANOBIANCO, M.S; MAMEDE, M.V; MEIRELLES, M.C.C.C; BARROS, V.M. Sensibilidade tátil no membro superior de mulheres submetidas à linfonodectomia axilar por câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol. Obstet.** v. 31, n. 7, p. 361-366, 2009.

SCLOWITZ, L.M; MENEZES, B.M.A; GIGANTE, P.D; TESSARO, S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública.** v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SILVA, M.P.P; DERCHAIN, S.F.M; REZENDE, L; CABELLO, C; MARTINEZ, E.Z. Movimento do ombro na após cirurgia por carcinoma invasor da mama: Estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. **RBGO.** v.26, n.2 ,p.125-130, 2004.

SQUARCINO, I.M; BORRELLI, M; SATO, M.A. Fisioterapia no linfedema secundário à mastectomia. **Arq Med ABC.** v. 32, n. supl. 2, p. s 64- s67, 2007.

TRUFELLI, D.C; MIRANDA, V.C; SANTOS, M.B.B; FRAILE, N.M.P; PECORONI, P.G; GONZAGA, S.F.R; KALIKS, R.R.R; DEL GIGLIO, A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 54, n.1, p. 72-76, 2008.

Recebido em 16/10/2015.

Aceito em 20/12/2015.