

# **AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP NO PERÍODO DE 2000 A 2002**

## **Autores:**

- Débora Recchi (autor principal) - aluna do 5º ano de medicina da FCM/UNICAMP
- Fiorentino Fontes Neto - aluno do 5º ano de medicina da FCM/UNICAMP
- Guilherme Machado de Carvalho- aluno do 5º ano de medicina da FCM/UNICAMP

## **Orientador:**

- Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvia Maria Santiago - Professora Assistente Doutora RDIDP - MS3 - do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

## **Área:**

Medicina Preventiva e Social

## **Contatos:**

- Autor principal:  
Endereço: Rua Jasmim no. 170 apto 111, Chácara Primavera, Campinas – SP . E-mail: [recchi@uol.com.br](mailto:recchi@uol.com.br); Tel: (19)3296-5608 e (19)9768-8629
- Orientadora: [santiago@fcm.unicamp.br](mailto:santiago@fcm.unicamp.br); (19) 3788-8036

Financiado pela bolsa PIBIC (SAE/UNICAMP)

## RESUMO

O câncer de mama é uma das neoplasias de maior incidência no Brasil e a 2ª causa de morte entre as mulheres brasileiras. Assim, constitui-se um grave problema de saúde e o maior conhecimento sobre esse em nosso país é necessário para subsidiar as medidas de saúde pública. Este estudo objetiva conhecer o acesso ao diagnóstico, tratamento, seguimento e à sobrevida de pacientes com câncer de mama, residentes no município em questão, atendidas em seu serviço de referência, entre 2000-2002, através de análise de prontuários. Partiu-se da hipótese de que as mulheres desse município, teriam seus casos de câncer de mama diagnosticados mais precocemente, visto que o município conta com uma rede de cuidados a saúde bem estruturada. Foram analisados 294 prontuários, correspondentes a 81,67% dos casos de câncer de mama registrados pela Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) neste período, demonstrando a relevância do serviço avaliado no cuidado da doença na cidade estudada. Para armazenagem e tratamento dos dados utilizou-se o programa Epiinfo versão 6.04b. Foram avaliados 294 casos e 14% das pacientes tinham até 39 anos no diagnóstico, 35% entre 45-55 anos, a faixa etária mais comum. Em 25% o tumor estava num estágio avançado (IIIb,V). Após 5 anos do diagnóstico 25% das pacientes tinham ido à óbito pelo câncer de mama. Demoraram mais de 2 meses para iniciarem o tratamento após o diagnóstico 25% das pacientes. Espera-se que o estudo permita a implementação de ações que melhorem a qualidade da assistência às mulheres, com diagnósticos em estágios mais precoces da doença, na rede básica de saúde e que se inicie o tratamento o mais precoce possível, aumentando assim as chances de cura.

Palavras-Chave: câncer de mama; sobrevida; detecção

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres devido, não somente a sua alta frequência e mortalidade, mas também aos seus efeitos psicológicos, que afetam a sexualidade e a própria imagem pessoal, levando a alterações físicas, sociais e emocionais que geram um grande impacto na vida das mulheres (INCA, 2006a).

Este tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência, e conseqüentemente de sua mortalidade, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. No Brasil, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma variação percentual de 76% nas últimas décadas, passando de 5,77 em 1979, para 10,15 mortes por 100.000 mulheres em 2002, sendo ainda o risco estimado para 2005 de 53 casos a cada 100.000 mulheres. Isto faz desta neoplasia a maior causa de óbitos por câncer na população feminina (INCA, 2006a; INCA, 2006b; FOSP, 2003; BARROS et al, 2001).

Apesar de seu preocupante índice de morbi-mortalidade, o câncer de mama faz parte das doenças crônico-degenerativas com maior possibilidade de cura, entretanto continua sendo um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, devido ao seu diagnóstico frequentemente tardio (FOSP, 2003; INCA, 2004).

Em países desenvolvidos como nos EUA, por exemplo, as taxas de mortalidade pelo câncer de mama têm caído, e esta queda está intimamente relacionada ao diagnóstico mais precoce da doença. Um estudo mostrou que a grande maioria dos tumores foi detectada enquanto estes apresentavam estadiamento clínico inicial (classe 0 ou I). Aproximadamente 10% dos tumores foram detectados nos estadiamentos mais avançados (classe III e IV). Já um estudo realizado pela FOSP no Hospital de Câncer do Estado de São Paulo, durante os anos de 2000 a 2002, mostrou que 20% das pacientes

tiveram seus tumores diagnosticados numa fase precoce (classes 0 e I), 41% numa fase intermediária (classe II) e 39% dos tumores foram detectados numa fase considerada tardia (classes III e IV), o que nos mostra que a detecção da doença ocorre nas fases mais avançadas, principalmente nos países em desenvolvimento (GANZ, 2002; FOSP, 2002).

Em 2000, a American Cancer Society (ACS) publicou um guia para a detecção precoce do câncer. Este guia, em relação ao câncer de mama, foi atualizado em 2003, determinando que, para pacientes entre 20 e 39 anos, deve-se fazer um exame clínico de rotina com palpação das mamas a cada três anos; tornando-se anual a partir dos 40 anos de idade. Neste exame, o profissional de saúde deve coletar informações sobre a história familiar da paciente em relação a essa neoplasia, além de orientar sobre a importância de se fazer a mamografia regularmente após os 40 anos, não havendo uma idade limite para se deixar de realizá-la. Estudos demonstraram que a redução da mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 50 e 69 anos que realizam a mamografia regularmente é considerável, mas a iniciativa de realizar o exame em mulheres mais jovens, entre 40 e 49 anos, é ainda controversa. Por não apresentar 100% de sensibilidade, alguns tumores não são detectados através da mamografia, sendo imprescindível a realização do exame clínico das mamas por um profissional de saúde competente e outras propedêuticas armadas, quando necessário (SMITH et al, 2006; GARBER, 2003; Mc DONALD et al, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou um consenso em 2004 para a detecção precoce do câncer de mama, o qual recomenda o rastreamento por meio do exame clínico das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, realizado anualmente. Rastreamento por mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, deve ser feito com no máximo dois anos entre os exames. Para mulheres pertencentes ao grupo de risco, o exame clínico da mama e mamografia anual devem ser realizados a partir dos 35 anos. É considerado grupo de risco: (a) mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos; (b) mulheres com história familiar de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, independente da faixa etária; (c) mulheres com história familiar de câncer de mama masculino ou (d) mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (INCA, 2004).

A questão que se colocou é como estão as mulheres da região sudeste, especialmente as residentes no município estudado, em relação ao diagnóstico do câncer de mama, considerando-se que a presença de uma rede de saúde estruturada, com melhor acesso aos serviços e maior informação em relação ao diagnóstico precoce da doença, deveria propiciar diagnósticos mais precoces e maiores chances de cura e sobrevida. O presente trabalho almeja contribuir para a constante melhoria do Sistema de Saúde, principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno do câncer de mama, levando a um esquema terapêutico mais conservador, ampliação das chances de cura e uma maior expectativa de vida para essas mulheres.

## **OBJETIVOS**

O trabalho objetiva conhecer aspectos relacionados ao acesso, ao diagnóstico, tratamento, segmento e sobrevida de pacientes com câncer de mama, residentes no município em questão, atendidas no serviço de referência, no período de 2000 a 2002.

Os objetivos específicos consistem em:

1. conhecer a população de mulheres estudadas através de variáveis como idade, menarca, menopausa e antecedente familiar para a neoplasia mamária;
2. identificar a forma de detecção do tumor;
3. identificar o local da rede de serviços onde foi realizado o diagnóstico de câncer de mama;
4. identificar o estadiamento clínico do tumor pelo sistema TNM à época do diagnóstico da doença;
5. determinar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento e
6. conhecer o esquema terapêutico adotado.
7. conhecer o uso de técnicas para reabilitação
8. conhecer a sobrevida 5 anos pós o diagnóstico

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este é um estudo epidemiológico descritivo do tipo transversal quantitativo, no qual foram estudados os prontuários médicos de mulheres, procedentes do município

em questão, que receberam o diagnóstico de câncer de mama, com classificação segundo o Código Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-O 509). Vale lembrar que este tipo de fonte de dados (prontuários), segundo Pereira (1995), tornou-se muito utilizada para estudos de morbidade. Os prontuários permitem o seguimento do paciente e conseqüentemente o acompanhamento de sua saúde, uma vez que, todas as informações referentes às consultas, internações, exames complementares, tratamentos e medicamentos deveriam estar documentadas nos prontuários. Entretanto, o autor enfatiza que esse tipo de fonte de dados pode apresentar limitações como a seletividade da clientela e a qualidade dos dados. Parte-se do princípio que o que não está registrado, não foi executado.

O grupo de mulheres estudadas foi o conjunto das pacientes, procedentes do município em questão, nas quais foi detectado o câncer de mama no serviço de referência, no período de 2000 a 2002. Foram analisados os prontuários médicos disponíveis no Arquivo Médico do serviço em questão. O levantamento dos prontuários foi feito a partir da relação dos casos de câncer de mama que foram registrados pelo Departamento de Tocoginecologia do serviço.

As variáveis que foram analisadas são:

1. Forma de detecção do tumor, classificada em: auto-exame (exame das mamas realizado pela própria paciente), exame clínico (exame das mamas realizado por profissional de saúde habilitado), exame de imagem (mamografia, ultrassonografia e outros). Foram consideradas mais de uma alternativa;
2. Local de detecção do tumor: rede básica, hospital geral, ambulatório especializado de referência e outros.
3. Estadiamento clínico, para o qual foi utilizada a classificação TNM (T= tamanho do tumor; N= relação com a quantidade de linfonodos acometidos; M= relação com a presença de metástases);
4. Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento em dias
5. Tratamento proposto: cirurgia radical (mastectomia total), cirurgia conservadora (quadrantectomia, mama preservada), quimioterapia, radioterapia e outros. Poderá ser considerada mais de uma alternativa;
6. Reabilitação proposta: fisioterapia e cirurgia de reconstrução da mama
7. Sobrevida 5 anos após o diagnóstico

8. Idade no momento da detecção do câncer de mama (em anos)
9. Menarca: idade da primeira menstruação (em anos)
10. Paridade: número de filhos nascidos vivos
11. Menopausa: idade da última menstruação (em anos)
12. Antecedentes familiares (positivo apenas para pacientes com parentes de 1º grau- mãe, irmã ou filha- acometidas pelo câncer de mama);

Com a finalidade de facilitar a coleta sistemática de dados, foi elaborada uma planilha na qual foram registradas as informações necessárias para a realização do trabalho.

As fichas de coleta de dados, depois de preenchidas, foram transcritas para um banco de dados em meio eletrônico do programa *Epi Info* (Epidemiologic Informations), versão 6.04b. Este é um software muito utilizado na área de saúde tanto para análises estatísticas quanto para a criação e manipulação de banco de dados.

Quanto aos aspectos éticos, o presente projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética da instituição responsável, sendo que as identificações e informações pessoais das pacientes foram mantidas em absoluto sigilo. Projeto aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição citada (parecer projeto nº 294/2004) e na Comissão de Pesquisa do serviço referido (protocolo 841/05).

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Foram estudados 294 prontuários médicos de todas as pacientes com diagnóstico de câncer de mama, residentes no município de Campinas, seguidas no CAISM/UNICAMP nos anos de 2000 a 2002. No ano de 2000 foram estudados 79 (27%) prontuários, em 2001 foram 117 (39,8%) e em 2002 foram 98 (33,3%), num total de 294. Foram notificados aproximadamente 360 casos de câncer de mama na cidade de Campinas neste período segundo os registros da FOSP. Tal fato explicita a relevância do CAISM/UNICAMP dentro do município de Campinas em termos do cuidado ao câncer de mama, uma vez que, segundo os dados encontrados, o CAISM/UNICAMP concentrou a expressiva marca de cerca de 81,70% dos casos de câncer de mama nestes anos. Vale lembrar que muitos prontuários não continham todas as variáveis que procurávamos.

A tabela 1 mostra a distribuição da idade das pacientes no momento do diagnóstico. Para melhor visualização as pacientes foram divididas por faixas etárias de 10 em 10 anos.

**Tabela 1:** Distribuição etária no momento do diagnóstico. 2000-2002.

<b>Idade (anos)</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
Até 39	40	13,80%
40 a 49	66	22,80%
50 a 59	78	26,90%
60 a 69	45	15,50%
70 e mais	61	21,00%
Total	290	100%

Obs.: 4 prontuários não continham tal informação.

Sabe-se que com o aumento da idade há uma chance maior de uma mulher desenvolver o câncer de mama, nota-se que 13,80% dos casos foram diagnosticados antes dos 39 anos de idade. Diversos autores afirmam que a maior incidência da patologia oncológica mamária é registrada entre 45 e 55 anos de idade, o que também ocorre neste trabalho (MENKE,2000; ARMSTRONG,2000; BILIMORIA,1995; CHEGAS,1997; PAIVA,2002; PEDRO,2002; PINOTTI,2000). Neste estudo houve por volta de 30% de casos registrados entre 45 e 55 anos. O câncer de mama é pouco comum antes dos 35 anos (YLDRIM,200), neste grupo de mulheres havia apenas quinze casos (5,2%) de mulheres com menos de 35 anos. Já na faixa entre 35 e 50 anos foi observada uma concentração de casos diagnosticados de 31,00% (90). Entre 50 e 65 anos a porcentagem de pacientes foi de 36,7% (107). O que se ressalta é a expressiva ocorrência de 36,2% dos casos até os 49 anos, faixa etária não privilegiada na normatização do câncer de mama pelo Ministério da Saúde, que preconiza mamografia de rotina após os 50 anos. Um fato interessante nestes dados é que três pacientes diagnosticaram o câncer de mama antes dos 30 anos, faixa etária muito rara para tal doença, sendo uma com 19, outra com 27 e outra com 29 anos. Antes dos 35 anos, também incomum, tivemos seis pacientes, sendo três com 31 anos, duas com 32 anos e

uma com 34 anos e, por último, ainda foi encontrado o câncer de mama em seis pacientes com exatamente 35 anos.

Em relação à menarca (primeira menstruação), notou-se que 89,6% das mulheres afirmaram que a menarca ocorreu na faixa entre 11 e 15 anos (a média foi de 12,978 anos). A menor idade para a menarca foi de 8 anos (0,4%) e a maior foi de 22 anos (0,4%). É considerada menarca precoce aquela que ocorre antes dos 11 anos (neste grupo foi de 4,5%) e o NACIONAL CANCER INSTITUTE (NCI) afirma que há um risco 20 vezes maior de desenvolver câncer de mama aquelas mulheres que apresentam menarca precoce quando comparadas a mulheres que apresentam menarca após os 14 anos. Os dados estão na tabela 2. Tal tabela mostrou uma distribuição normal das pacientes, uma vez que a maioria dessas mulheres apresentou a menarca numa faixa etária considerada normal (10 a 15 anos). A mulher, que apresenta menarca precoce ou tardia, apresenta um risco elevado para o câncer de mama decorrente da exposição acentuada ou prolongada do organismo feminino ao estrógeno. A exposição cumulativa ao estrógeno circulante é considerada ser de importância primária na etiologia do câncer de mama (AHSAN, 2004)

**Tabela 2:** Distribuição das mulheres quanto à menarca. 2000-2002.

<b>Menarca (anos)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
8	1	0,4%
9	4	1,5%
10	7	2,6%
11	35	12,9%
12	63	23,3%
13	68	25%
14	49	18%
15	28	10,4%
16	10	3,7%
17	5	1,8%
18	1	0,4%
22	1	0,4%
Total	272	100%

Obs.: 22 prontuários não continham tal informação.

A descrição da paridade das pacientes estudadas está na tabela3. Outro fator de risco para o câncer de mama é a ausência de gestações, que neste grupo de mulheres foi

de 17% (47 pacientes). Por outro lado para que se possa avaliar o efeito protetor da gestação, a idade da primeira gestação a termo é fator determinante (FEIGELSON, 1998). A presença de duas gestações a termo concentrou 17,3% das mulheres; 23 mulheres (8,3%) tiveram uma gestação a termo, 69 mulheres (24,9%) tiveram três gestações a termo, 14 mulheres (5,1%) afirmaram ter 5 gestações a termo e por volta de 17% das mulheres, 46 pacientes, tiveram 6 ou mais gestações a termo. Os dados mostram que 17% das pacientes estavam sob risco, considerando a nuliparidade.

**Tabela 3:** Distribuição das mulheres segundo o número de gestações. 2000-2002.

Número de gestações	Frequência	Percentual
Nulípara	47	17%
1	23	8,3%
2	48	17,3%
3	69	24,9%
4	30	10,8%
5	14	5,1%
6 e mais	46	16,6%
Total	277	100%

Obs.: 17 prontuários não continham tal informação.

Dados da literatura mostram que por volta de 5 a 10% dos cânceres de mama estão relacionados com a hereditariedade (BARROS,2001). Sabe-se inclusive que algumas mutações genéticas envolvendo os genes BRCA-1 e BRCA-2 estão envolvidas neste processo. No presente estudo encontramos antecedente familiar positivo em 16 casos (6,75%), o que está de acordo com a literatura mundial sendo que tal informação não foi encontrada em 57 prontuários.

A alta ou a prolongada exposição a estrógenos também é, como já dito anteriormente, um fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia de mama (BARROS,2001; AHSAN,2004). Então, na menarca tardia, a mulher estaria por mais tempo exposta a ação hormonal estrogênica e por isso este é considerado um fator de risco. A tabela 4 relaciona a relação da paciente ser ou não menopausada na época do diagnóstico.

**Tabela4:** Distribuição das pacientes se menopausadas na época do diagnóstico. 2000-2002.

<b>Menopausa</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Presente	179	64 %
Ausente	99	36 %
Total	275	100%

Obs.: 19 prontuários não continham esta informação.

Percebemos que 53 pacientes (19,62%) tiveram sua menopausa depois dos 55 anos, o que é considerado uma menopausa tardia (BARROS,2001). A menor idade para menopausa encontrada foi de 31 anos e a maior foi de 62 anos.

Um dos fatores decisivos em relação ao tratamento, prognóstico e expectativa de vida para pacientes com câncer de mama é o Estadiamento Clínico (Ec) da doença no momento do diagnóstico. Segundo dados do INCA (2001), grande parte (80%) dos tumores malignos são detectados pela própria paciente, a presente pesquisa encontrou 42,5%, dado muito melhor do que o nacional. Porém, sabe-se que a auto-palpação define diagnósticos tardios, que foram encontrados em grande número nesse trabalho. De acordo com a FOSP, em países desenvolvidos, Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, a grande maioria dos tumores de mama apresentavam estadiamento clínico inicial (Ec 0 e I), no momento em que foram diagnosticados. Em apenas 8% dos casos o tumor apresentava estadiamento clínico classe III e IV (avançado).

Em relação ao hospital de referência avaliado, a investigação a cerca do estadiamento clínico (Ec) do tumor, no momento do diagnóstico da doença, mostrou que em 75 casos (24,90%) o tumor estava em um estágio avançado (Ec IIIB e IV) e em 137 casos (46,30%) a doença encontrava-se num grau intermediário (Ec IIA, IIB e IIIA). Isso demonstra que em 71,20% dos casos o câncer estava em um estágio não inicial no momento em que foi detectado. Somente 79 casos (28,80%) conseguiram ser diagnosticadas precocemente (Ec 0 e Ec 1), fator de grande impacto na escolha do tratamento e prognóstico da doença. Foram encontrados 3 casos de sarcoma diagnosticados durante o tratamento (estadiamento Y), 2 casos em que o tumor primário não pôde ser avaliado (estadiamento X) e um caso no qual não foi encontrado o tumor

primário ( estadiamento O). Os dados acima referidos podem ser visualizados na tabela5.

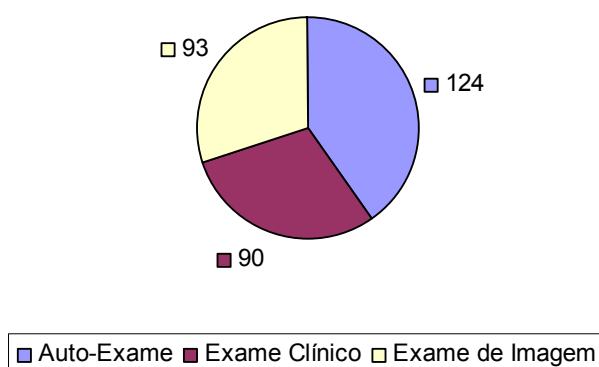
**Tabela 5:** Distribuição dos casos de câncer de mama segundo o estadiamento clínico. 2000-2002.

<b>Estadiamento Clínico</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
0	30	10,30%
I	48	16,40%
II	119 (Ec IIA=59; Ec IIB=60)	40,30% (Ec IIA= 20,10% ; Ec IIB= 20,10%)
III	72 (Ec IIIA=18; Ec IIIB=54)	24,20% (Ec IIIA= 6,10% ; Ec IIIB= 18,10%)
IV	21	6,8%
Y	3	1,00 %
Total	293	100%

Obs.: Há 3 casos de câncer de mama bilateral e um prontuário não continha tal informação.

A detecção do câncer de mama, gráfico 1, mostra que 124 pacientes (45,9%) realizaram auto-exame, o exame clínico ocorreu em 90 casos (33,3%) e o exame de imagem (mamografia) foi feito por 93 mulheres (34,4%). A realização de auto-exame associado ao exame clínico ocorreu em 12 pacientes (4,5%), o auto-exame somado ao exame de imagem ocorreu em 11 pacientes (4%), o exame clínico associado ao exame de imagem ocorreu em 17 pacientes (6,2%). Houve dois casos (0,7%) que consta que a paciente realizou auto-exame somado ao exame clínico e de imagem para realizar a detecção do câncer de mama. Vale lembrar que apenas 24 prontuários não continham tal informação.

## Formas de Detecção da Câncer de Mama



**Gráfico 1** - Distribuição dos casos de câncer de mama segundo as formas de detecção., 2000-2002.

A realização do tratamento proposto está descrito na tabela 6. Este tipo de tratamento está estritamente relacionado ao controle da doença. Os tratamentos estudados foram: quimioterapia, radioterapia e outros (encontrado apenas hormonioterapia). Observou-se que a maioria das pacientes fez uso de quimioterapia (73,1%) e de radioterapia (67%). Apenas em 66 prontuários (22,4%) constava o uso de hormonioterapia.

**Tabela 6:** Distribuição das mulheres segundo o tipo de tratamento. 2000-2002.

Tratamento	Frequência	Percentual
Quimioterapia	215	73,1 %
Radioterapia	197	67%
Hormonioterapia	66	22,4%
Total	282	

Obs.: 12 prontuários não continham tal informação.

Em 159 pacientes (54,08%) houve o uso de quimioterapia e de radioterapia. O uso apenas de quimioterapia ocorreu em 56 pacientes (19,04%), o uso apenas de radioterapia ocorreu em 38 pacientes (12,92%) e 41 pacientes não fizeram o uso nem de quimioterapia ou radioterapia (13,94%).

A necessidade da realização de uma cirurgia radical (mastectomia total) foi para 187 mulheres (65,2%), valor significativo enquanto 83 mulheres (28,9%) realizaram uma cirurgia conservadora (mama preservada). Isto se explica pelo motivo dos tumores terem sido descobertos já em estágios avançados da doença, sendo a cirurgia radical um tratamento indispensável. A relevância do tipo de cirurgia a qual a paciente irá se submeter consiste em diversos fatores como em sua recuperação (psicológica, física entre outros) (BATISTON,2003). Tais dados estão na tabela 7.

**Tabela 7:** Distribuição das mulheres segundo o tipo de cirurgia. 2000-2002.

<b>Tipo de cirurgia</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Radical	187	65,2%
Conservadora	83	28,9%
Total	287	100%

Obs.: 7 prontuários não continham tal informação.

A tabela 8 mostra a realização de tratamentos para reabilitação. É importante notar que 82 mulheres das 187 que se submeteram à cirurgia radical, por volta de 43,85%, realizaram cirurgia de reconstrução da mama (plástica), o que é de suma importância para a recuperação psicológica da paciente. Também se percebe que 124 pacientes fizeram fisioterapia para recuperação pós-cirúrgica. A fisioterapia atua tanto na recuperação física como também é capaz de prover informação e apoio de maneira a ajudar a paciente a atingir melhor qualidade de vida, numa situação que ameaça seu mundo físico emocional (BATISTON, 2003; SHEA,1991).

**Tabela 8:** Distribuição dos casos de câncer de mama e reabilitação. 2000-2002.

<b>Reabilitação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Cirurgia Reconstrutora da mama	82	29%
Fisioterapia	124	44%
Total	287	

Obs.: 7 prontuários não continham tal informação.

A sobrevivência em 5 anos após o diagnóstico da doença também foi computada sendo que aproximadamente 25% das pacientes, 74 casos, evoluíram para o óbito. Há

um conceito de que a morte pelo câncer de mama pode ser prevenida desde que haja um diagnóstico precoce, aumentando assim as chances de cura desta doença (BARROS,2001; SMITH,2006). Os dados estão na tabela 9.

**Tabela 9** Distribuição das mulheres com câncer de mama em relação à sobrevivência em 5 anos, 2000-2002.

Sobrevivência em 5 anos	Frequência	Percentual
Vivas	220	74,8 %
Óbitos	74	25,2 %
Total	294	100%

Foi analisado também o intervalo entre o diagnóstico da doença de mama e o início do tratamento no CAISM. A tabela 10 apresenta tais dados. Para melhor visualização dos dados os intervalos foram divididos em: menos de 15 dias, entre 15 e 30 dias, entre 30 e 60 dias e mais de 60 dias.

**Tabela 10:** Distribuição das pacientes segundo o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, 2000-2002.

Intervalo	Frequência	Percentual
Até 15 dias	45	16,5%
15 a 30 dias	53	19,5%
30 a 60 dias	102	37,5%
Mais de 60 dias	72	26,5%
Total	272	100%

Obs.: 22 prontuários não continham tal informação.

Em 8,1% dos casos, 22 pacientes, o início do tratamento ocorreu no mesmo dia do diagnóstico, sendo esta uma informação muito positiva e empolgante a cerca do tratamento precoce. Diversos autores consideram que quanto mais precoce o início do tratamento melhor será o prognóstico (GURAY,2006). Aproximadamente 20% das pacientes iniciaram o tratamento em menos de 1 mês. Porém em cerca de 25% das pacientes demoraram mais de 2 meses para iniciarem o tratamento após o diagnóstico e temos que 6,40% das pacientes demoram mais de 100 dias para iniciar o tratamento. Em

média o intervalo foi de 45 dias. A paciente que mais demorou em se tratar esperou por volta de 204 dias.

Sabemos que metástases são comuns apenas em estágios avançados da doença (Ec IV) (CHEN,2006; STEVANOVIC,2006). Nos prontuários foi levantado que 21 pacientes apresentavam metástases, sendo que uma apresentava câncer de mama bilateral (No total houve 3 casos de câncer de mama bilateral). Os sítios de metástases registrados foram: pulmão, pleura, sistema nervoso central, linfonodos, ossos, cartilagens (principalmente articulares), fígado e vias biliares, coração, mediastino e a própria mama. Em 2 prontuários não estava descrito o local das metástases.

Outro item avaliado nessa pesquisa foram os locais onde foram diagnosticados os casos de câncer de mama das pacientes do município em questão. A tabela 11 representa a distribuição de casos de acordo com os locais da rede de saúde onde foram realizados os diagnósticos.

**Tabela 11:** Distribuição de diagnósticos por locais da rede de saúde. 2000-2002.

<b>Local</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>SUS/ Rede Básica</b>	78	<b>31,5%</b>
<b>SUS/ Referência</b>	99	<b>39,91%</b>
<b>SUS/ Serviço Avaliado</b>	28	<b>11,29%</b>
<b>Privado/ Convênio</b>	42	<b>16,93%</b>
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100%</b>

**Obs:** SUS/ Rede Básica = Centros de Saúde. SUS/ Referência: Policlínicas, Maternidade, Ambulatórios, Hospitais (excluindo-se o hospital avaliado nessa pesquisa)

Dos prontuários analisados, 46 (15,64%) não continham o local da rede de saúde no qual foi feito o diagnóstico. A partir dos dados acima, conseguimos perceber a forte influência da Rede Básica no diagnóstico das pacientes com câncer de mama, responsável por quase um terço dos casos. Além disso, fica muito evidente a importância da rede pública no diagnóstico de câncer de mama das mulheres desse município, visto que tivemos acesso a quase 82% dos casos registrados no período de 2000 a 2002, e que desses, mais de 80% teve seu diagnóstico realizado na rede pública.

A rede particular foi responsável por quase 17% das pacientes diagnosticadas as quais iniciaram ou deram continuidade aos seus tratamentos na rede pública.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer-se melhor a população de mulheres residentes no município em questão, que receberam diagnóstico de câncer de mama no serviço de referência avaliado, no período de 2000 a 2002. Tal descrição mostrou informações sobre o tratamento a que essas pacientes são submetidas, o estadiamento do tumor e a maneira como ocorre a detecção do câncer de mama.

A população de mulheres estudadas é bastante semelhante a outras populações encontradas em outros estudos brasileiros. As pacientes deste estudo são na maioria brancas, tiveram a menarca entre 11 e 15 anos, quase um quinto delas não tiveram filhos ou tiveram até no máximo 2 filhos e a média de idade encontrada foi de 55,8 anos. O que nos chamou bastante atenção é que por volta de 35% das mulheres tinham menos de 50 anos ao diagnóstico, faixa etária que não é feita rastreamento mamográfico. Tais dados são compatíveis com as informações divulgadas pelo INCA sobre o câncer de mama no Brasil.

O câncer de mama, das pacientes residentes nessa cidade, tem sido diagnosticado em estágios avançados e em uma porcentagem considerável pela própria paciente, por possivelmente uma dificuldade de acesso a medidas preventivas, educacionais e de diagnóstico precoce. Percebe-se esta realidade quando se analisa as variáveis referentes à forma de detecção do câncer de mama e o estadiamento do mesmo. Os nódulos malignos da mama quando palpáveis encontram-se em estágios mais avançados, tornando, assim, as chances de cura reduzidas. Por essa razão que o auto-exame das mamas, que apesar de ter sido muito recomendado no passado, hoje é visto como limitado e não é recomendado como estratégia para que se realize um diagnóstico precoce do câncer de mama. Isso também ocorre quando um profissional habilitado realiza a palpação das mamas, pois os nódulos já são palpáveis. Mesmo profissionais com muita experiência na realização do exame de palpação das mamas não conseguem detectar nódulos menores que, em sua maioria, de 1 cm, o que caracteriza um diagnóstico não precoce. Encontramos que por volta de um terço das mulheres

conseguiram detectar a moléstia através do exame mamográfico, isto sugere que a realidade do município avaliado, em relação à infra-estrutura na área da saúde, é realmente melhor do que o resto de nosso país, porém, consideramos que esta ainda é uma realidade muito ruim a cerca da detecção da doença, o que mostra que existe a necessidade de se ampliar os programas de detecção precoce do câncer de mama. Tal fato se comprova pela grande quantidade de tratamentos agressivos (65,2% de mastectomias totais) que tais pacientes foram submetidas.

Acreditamos que as informações deste estudo sejam de grande importância para existir um incentivo para que as mulheres tenham um cuidado eficiente e efetivo, por meio do exame de imagem somado ao exame de autopalpação e ao exame clínico das mamas, seguindo a recomendação do INCA (2001).

O câncer de mama terá uma porcentagem maior de sobreviventes com a ampliação ao acesso das mulheres sob risco às melhores técnicas de diagnóstico e de tratamento, por isso que é importante que a mulher tenha uma recuperação completa (clínica, física e psicológica), o que estará de acordo com o princípio da Integridade que o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) prega.

O centro de referência estudado é um hospital de alto nível e conta com uma equipe multidisciplinar capaz de possibilitar tal recuperação, porém a completude desse cuidado será dependente do tamanho da demanda dos casos. A cura desta neoplasia é totalmente dependente do bem-estar físico, psicológico e social, por isso a necessidade de profissionais de diferentes áreas atuando ao longo de todo tratamento.

Medidas que proporcionem o acesso de todas as mulheres a programas de ação preventivas ao câncer de mama devem ser implementadas, assim como programas de acesso de todas as mulheres com câncer de mama a tratamento e reabilitação (recuperação). Tal situação também estaria de acordo com os outros dois princípios do SUS que são a Universalidade e a Equidade.

Esperamos que a divulgação deste trabalho possa contribuir para que os gestores municipais planejem melhor as formas de acesso das mulheres do município em questão a programas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama. Lembramos ainda que a qualidade desse tipo de investigação depende da qualidade do preenchimento dos prontuários, que deveriam refletir a qualidade da atenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHSAN, H.; WHITTEMORE, A. S.; CHEN, Y.; SENIE, R. T.; HAMILTON, S. P., WANG, Q.; GURVICH, I.; SANTELLA, R. M. Variants in estrogen-biosynthesis genes CYP17 and CYP19 and breast cancer risk: a family-based genetic association study. *Breast Cancer Res* 2005, 7:R71-R81 (11 November 2004).
2. ARMSTRONG, K.; EISEN, A.; WEBER, B. Assessing the risk of breast cancer. *N Engl J Med*, Feb 24; 342 (8): 564-71, 2000.
3. BARROS, A.C.S.D.; BARBOSA, E.M.; GEBRIM L.H. et al. - Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. **Informe** da Sociedade Brasileira de Mastologia, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Patologia, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2001.
4. BATISTON, A.P. Avaliação epidemiológica das pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento fisioterapêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
5. BAXTER, N. - Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?. **CMJA**, v.164, p.1837-1846, 2001.
6. BILIMORIA, M. M.; MORROW, M. The woman at increased risk for breast cancer: evaluation and management strategies. *CA Cancer j Clin*, 45: 263-278, 1995.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Câncer de Mama; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher: INCA, 2006a. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br).
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do câncer de mama – **Documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativas da incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. Disponível em: [www.inca.gov.br/estimativa/2006](http://www.inca.gov.br/estimativa/2006).
10. CHAGAS, C. R. Câncer de Mama: Etiologia, Fatores de Risco e História Natural. In: Franco, J. M. Mastologia: Formação do Especialista. São Paulo: Atheneu; 1997. Cap. 17, p. 133-51.
11. CHEN SL, IDDINGS DM, SCHERI RP, BILCHIK AJ. Lymphatic mapping and sentinel node analysis: current concepts and applications. In.: *CA Cancer J Clin*. 2006 Sep-Oct; 56(5): 292-309; quiz 316-7. Review.
12. FEIGELSON, HS; ROSS, RK; YU, MC; COETZEE, GA; REICHARDT, JK; HENDERSON, BE. Sex steroid hormones and genetic susceptibility to breast and prostate cancer. *Drug Metab Rev*. 1998 May; 30 (2) 421-34. Review.
13. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Boletim do Registro Hospitalar de Câncer. FOSP, 2003. Disponível em: [www.fosp.saude.sp.gov.br/docs/boletins/rhc18.pdf](http://www.fosp.saude.sp.gov.br/docs/boletins/rhc18.pdf)

14. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo no Biênio 2001-2002: FOSP, 2002. Disponível em: [www.fosp.saude.sp.gov.br](http://www.fosp.saude.sp.gov.br) e [www.fosp.saude.sp.gov.br/html/fr\\_dados.html](http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/fr_dados.html)
15. GARBER, J.E. - Breast Cancer Screening: A Final Analysis?. **CA Cancer J Clin**, v.53, p.138-140, 2003.
16. GURAY M, SAHIN AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management. In.: *Oncologist*. 2006 May; 11(5):435-49. Review.
17. KEMP, C.; PETTI, D.A.; FERRARO, O.; ELIAS, S. - Câncer de Mama – Prevenção Secundária. **Informe** da Sociedade Brasileira de Mastologia e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, 2002.
18. Mc DONALD, S.; SASLOW, D.; ALCIATTI, M.H. - Performance and Reporting of Clinical Breast Examination: A Review of the Literature. **CA Cancer J Clin**, v.54, p.345-361, 2004.
19. MENKE, C.H.; BIAZÚS, J.V.; XAVIER, N.L.; CAVALHEIRO, J.A.; RABIN, E.G.; BITTELBRUNN, A.; CERICATTO, R.; AMORETTI, R.K. Rotinas em Mastologia. Porto Alegre: Artmed; 2000. Cap. 14, p.98-104: Epidemiologia, Fatores de Risco e Aconselhamento Genético.
20. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Prevention of breast cancer. Disponível em: [http://www.cancer.gov/cancer\\_informationdoc\\_pdq.aspx?version=provider&viewid=d972a74b-d25a-4f86-33eb3c0450e4#10](http://www.cancer.gov/cancer_informationdoc_pdq.aspx?version=provider&viewid=d972a74b-d25a-4f86-33eb3c0450e4#10).
21. PAIVA, C. E.; RIBEIRO, B. S.; GODINHO, A. A.; MEIRELLES, R. S. P.; SILVA, E. V. G.; MARQUES, G. D.; ROSSINI JÚNIOR, O. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. *Rev Bras Cancerol*, 48 (2): 231-7 2002.
22. PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; PAIVA, L. C.; OSIS, M. J.; HARDY, E. Procura de serviços médicos por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev de Saúde Pública*, 36(4): 484-90 2002.
23. PEREIRA, M. G. - **Epidemiologia: Teórica e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 1995.
24. PINOTTI, J. A.; TEIXEIRA, L. C. Câncer de Mama: Importância, Epidemiologia e Fatores de Risco. In: HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia*. 3 ed. São Paulo: Roca. Vol 3; 2000. Cap. 180, p. 2019-22.
25. SHEA, B.; KLEBAN, R.; KNAUER, C. J. Breast cancer rehabilitation. *Semin Surg Oncol*, 7: 326-30, 1991.
26. SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; EYRE, H. J. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2006. *CA Cancer J Clin*, Jan 2006; 56: 11 - 25.
27. STEVANOVIC A, LEE P, WILCKEN N. Metastatic breast cancer. In.: *Aust Fam Physician*. 2006 Apr; 35(4):219-24. Review.
28. YLDRIM, E.; DALGIÇ, T.; BERBEROGLU, U. Prognostic significance of Young age in breast cancer. *J Surg Oncol*, 74: 267-272, 2000.

Campinas, 27 de julho de 2007

Eu, Debora Recchi, autora do trabalho “Avaliação do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama no Município de Campinas-Sp, no Período de 2000 a 2002.” autorizo sua inscrição no XVI CoMAU.

Campinas, 27 de julho de 2007

Eu, Sílvia Maria Santiago, orientadora da graduanda Débora Recchi, autora do trabalho “Avaliação do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama no Município de Campinas-Sp, no Período de 2000 a 2002.” autorizo a inscrição do mesmo no XVI CoMAU.