

Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil

Epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer in Campos dos Goytacazes (RJ), Brazil

Bárbara Amaral Pereira Nunes¹, Stefanni Lilargem Siqueira¹, Suéllen Monteiro Pereira¹,
Thais Júlio Pacheco¹, Thallyene de Oliveira Pessanha¹, Sandro Bichara Mendonça²

Descritores

Câncer de mama
Epidemiologia
Saúde pública
Prevenção & controle

RESUMO

Objetivo: No Brasil, estudos estatísticos mostram redução da incidência e mortalidade por câncer de mama nos últimos anos. Entretanto, ainda é significativo o negativo impacto social e econômico desta doença. Portanto, investir em novos conhecimentos epidemiológicos e etiopatogênicos sobre esta doença, objetivando criar novas estratégias, programas públicos sociais de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama é necessário. **Método:** Optou-se como método e casuística a realização de um estudo transversal. A coleta de dados ocorreu mediante pesquisa de dados nos prontuários médicos das pacientes tratadas na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes (RJ), no ano de 2010. Utilizou-se um instrumento de pesquisa elaborado pelo grupo pesquisador. As questões éticas foram respeitadas. A análise e discussão dos dados ocorreram mediante utilização de programa de informática e à luz dos fundamentos teóricos referenciados na pesquisa. **Resultados:** Houve predomínio de casos em mulheres na faixa etária acima de 50 anos de idade (61,4%), raça caucasiana (46,4%), no período pós-menopausa (58,5%). Observou-se que mais de 70% das pacientes não havia sido exposta aos vários fatores de risco expressos pela literatura especializada. **Conclusão:** O câncer de mama ainda representa importante problema de saúde pública no Brasil. É necessário expandir conhecimentos epidemiológicos sobre essa doença. Destarte, será possível melhor qualificar as políticas e programas de prevenção, diagnóstico precoce e possível cura desta doença.

ABSTRACT

Objective: In Brazil, statistical studies show a reduction in the incidence and mortality from breast cancer in recent years. However, there is significant negative social and economic impact of this disease. So invest in new epidemiological and pathogenetic about this disease, aiming to create new strategies, public social programs for prevention and early diagnosis of breast cancer is needed. **Methods:** We decided as a method and case holding a cross-sectional study. The data were collected through survey data from the medical records of patients treated in the Assistance Unit of High Complexity Oncology (UNACON), in the University Hospital Álvaro Alvim, in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro,

Keywords

Breast cancer
Epidemiology
Public health
Prevention & control

Trabalho realizado no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA) – Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil.

¹Graduandos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos (FMC) – Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil.

²Médico do serviço de Oncologia do HEAA – Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil; professor titular da disciplina de Semiologia Clínica e Métodos de Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes (RJ); mestre em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Stefanni Lilargem Siqueira – Rua Marechal Deodoro, 198 – CEP 28010280 – Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil – E-mail: stefanni_lilargem@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 03/06/2013. Aceito em: 22/07/2013

*in 2010. We used a survey instrument developed by the research group. Ethical issues were observed. The analysis and discussion of data occurred through the use of computer program and in light of the theoretical research referenced. **Results:** There was a predominance of cases among women in the age group above 50 years of age (61.4%), caucasians (46.4%) in postmenopausal women (58.5%). It was observed that over 70% of patients had not been exposed to various risk factors expressed by the literature. **Conclusion:** Breast cancer still represents a major public health problem in Brazil. It is necessary to expand epidemiologic knowledge on this disease. Thus, you can qualify the best policies and programs for prevention, early diagnosis and possible cure of this disease.*

Introdução

Em 2012, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou 52.680 casos novos de câncer da mama (CM) no Brasil, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres¹.

Na região Sudeste, esse é o tipo mais incidente (69/100 mil), seguido das regiões Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil)¹.

Segundo o INCA, a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama¹. Outros fatores incluem:

- Risco muito elevado: mãe ou irmã com CM na pré-menopausa, antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular *in situ*, e suscetibilidade genética comprovada (mutação de BRCA 1 e 2)^{2,3}.
- Risco medianamente elevado: mãe ou irmã com CM na pós-menopausa, nuliparidade, antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos^{2,3}.
- Risco pouco elevado: menarca precoce (até 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos), primeira gestação de termo depois de 34 anos, obesidade, dieta gordurosa e sedentarismo, terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos, ingestão alcoólica excessiva^{2,3}.

Por não possuir ter ou sinais patognomônicos, são necessários exames de rastreio que permitam um diagnóstico precoce². Evidências científicas sugerem que o autoexame das mamas não é eficiente para a detecção precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama⁴. O Ministério da Saúde preconiza como principais estratégias de rastreamento um exame mamográfico a cada 2 anos para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas para mulheres de 40 a 49 anos⁴. Além disso, enfatiza que o exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. E, para mulheres consideradas com risco elevado para câncer de mama, recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia anualmente a partir de 35 anos⁴.

A Mamografia permite a detecção do CM antes que se torne palpável, ainda em fase inicial, garantindo melhor prognóstico

e boa resposta ao tratamento⁵. Uma mamografia suspeita é indicação de biópsia da lesão mamária⁵.

A maior parte dos cânceres de mama ocorre nos ductos (carcinoma ductal) ou nos lóbulos (carcinoma lobular), sendo o ductal o mais comum (80% dos casos). À medida que a doença progride e ultrapassa a membrana basal, atingindo os tecidos em volta, passa a se chamar infiltrativo ou invasor. Portanto, pode ser carcinoma ductal invasor ou carcinoma lobular invasor. Quando a lesão é restrita ao epitélio, não ocorrendo infiltração do estroma, ou seja, quando a doença é local, é chamado de carcinoma *in situ*. Ela é considerada lesão precursora do CM⁵.

Podem-se citar ainda tipos menos frequentes de CM como tipo medular, mucinoso, tubular e papilar, correspondendo a menos de 10% de todos os casos. A doença de Paget é um tipo raro de carcinoma *in situ* que se inicia nos ductos do mamilo⁵. A localização mais frequente dessa patologia é o quadrante superior externo da mama⁶.

O estadiamento do CM é baseado na Classificação dos tumores malignos (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância⁶. A classificação do tipo histológico deve seguir a terminologia da Organização Mundial de Saúde, atualizada em 2003⁶. Recomenda-se a utilização do grau histológico combinado de Nottingham, que inclui: percentual de diferenciação tubular, avaliação do pleomorfismo nuclear e índice mitótico⁶.

Sabendo da importância desta doença, torna-se necessário expandir os conhecimentos em nosso país, para que se possa assim estabelecer políticas de saúde que maximizem a utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde.

Método

Após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas Científicas do Hospital Escola Álvaro Alvim, este estudo foi realizado por meio da revisão de prontuários dos pacientes

que iniciaram o tratamento para câncer de mama no ano de 2010, na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes (RJ). A população foi organizada de acordo com as variáveis faixa etária, raça, idade de menarca, idade de menopausa, nuliparidade, amamentação, uso de anticoncepcional oral (ACO), exposição à radiação ionizada, história familiar, etilismo, tabagismo, história patológica pregressa das mamas e comorbidades, garantindo-se o anonimato de todos os pacientes cujos prontuários foram estudados.

A coleta de dados ocorreu mediante estudos de 101 prontuários médicos arquivados na referida Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes (RJ). Utilizou-se instrumento de pesquisa elaborado pelo grupo pesquisador.

Os dados coletados foram avaliados pelo programa de informática de análise estatística Epi Info 3.5.1. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos. As análises críticas e reflexivas foram elaboradas considerando-se as fundamentações teóricas referenciadas nesta pesquisa.

Resultado

O perfil da população estudada constituiu-se de 101 mulheres portadoras de CM, em tratamento na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes (RJ).

A prevalência da doença foi maior em mulheres na faixa etária acima dos 50 anos de idade, representando 61,4%.

Houve predominância do CM em pacientes da cor branca (46,4%), seguida pela cor parda (39,1%), e em menor percentual da cor negra (14,5%)

Com relação à situação conjugal, 57,6% eram casadas, 29,3% eram solteiras, 10,9% eram viúvas e 2,2% eram divorciadas.

Em relação ao *status* reprodutivo, 58,5% das pacientes já se encontravam no estado pós-menopausa no diagnóstico de câncer de mama, 21,3% no período perimenopausa e 20,2% na pré-menopausa.

Somente 23,9% das pacientes apresentaram menarca precoce e apenas 1,9% exibiram menopausa tardia. Somente 11,1% das pacientes eram nulíparas e 30,3% das que gestaram, não amamentaram. Das pacientes, 41,2% fizeram uso de anticoncepcional oral, 29% apresentavam história familiar de câncer de mama, 5,8% eram etilistas e 18,3% eram tabagistas no momento do diagnóstico; 41,8% das pacientes apresentaram lesões pré-malignas nas mamas acometidas. Não houve casos de exposição à radiação ionizante prévia nem de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) (Gráfico 1).

Várias pacientes exibiam comorbidades associadas, como hipertensão arterial crônica (47,5%), diabetes mellitus (15,8%),

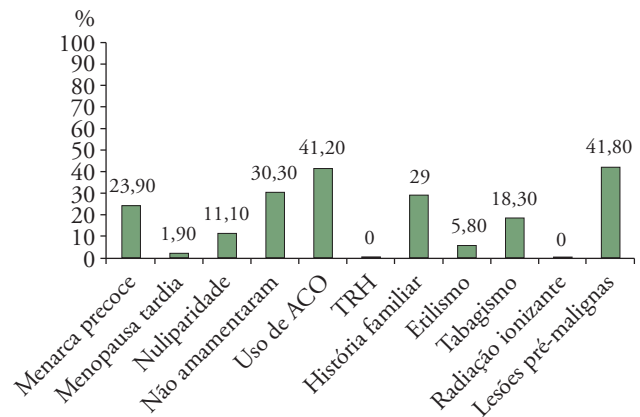
obesidade (4%), insuficiência cardíaca congestiva (4%), doenças endócrinas (6,9%), transtornos de saúde mental (6,9%) e outras neoplasias prévias (2%).

Sobre os procedimentos realizados para confirmação diagnóstica do CM, foram realizados punção aspirativa por agulha fina (PAAF) (5%), ultrassonografia de mamas (35,6%), mamografia (47,5%), core biopsy (71,3%).

A localização mais frequente do câncer de mama nas pacientes deste estudo foi no quadrante superior externo da mama esquerda, com 27,6%, seguida do quadrante superior externo da mama direita, com 20,4% (Gráfico 2).

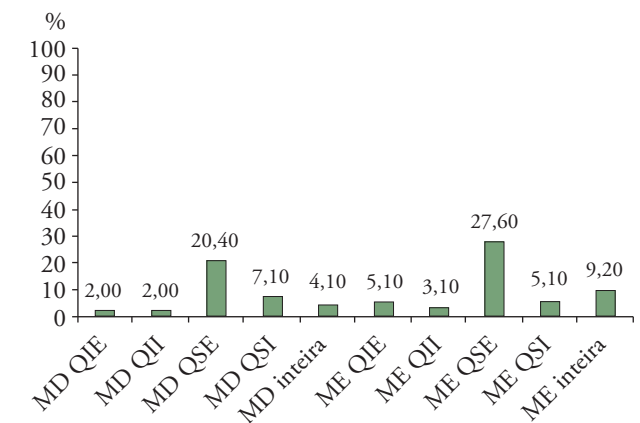
O tipo histológico mais rastreado foi o carcinoma ductal invasivo, com 86,9% de frequência (Gráfico 3), e o grau de diferenciação tumoral mais encontrado foi o Grau II, com 66,3%, seguido do Grau III, com 25,3%, e do Grau I, com 8,4% (Gráfico 4).

Ao diagnóstico, 46,2% das pacientes já se encontravam no estágio 3 de evolução clínica, seguido do estágio 2, com 37,6%, do estágio I, com 9,7%, e do estágio IV, com 6,5% (Gráfico 5).



ACO: anticoncepcional oral; TRH: Terapia de Reposição Hormonal.

Gráfico 1. Fatores de risco

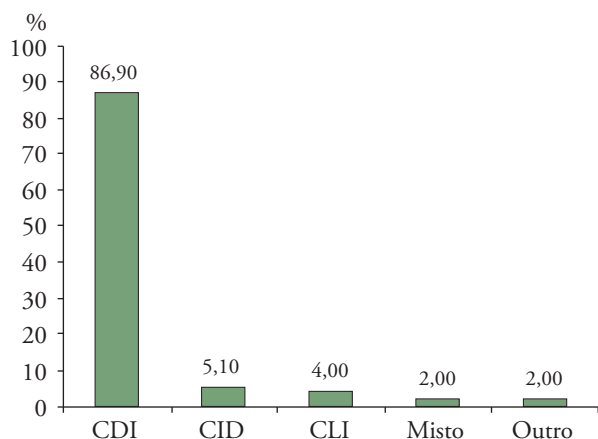


MD: Mama Direita; ME: Mama esquerda; QIE: Quadrante Inferior Externo; QII: Quadrante Inferior Interno; QSE: Quadrante Superior Externo; QSI: Quadrante Superior Interno.

Gráfico 2. Localização

Discussão

A prevalência da doença foi maior em mulheres na faixa etária acima dos 50 anos de idade, representando 61,4% dos casos. De acordo com o Ministério da Saúde (MS)⁷, o risco de desenvolvimento do câncer aumenta quanto maior a idade, devido ao envelhecimento bem como ao tempo de exposição aos carcinógenos.



CDI: Carcinoma Ductal Invasivo; CID: Carcinoma Intraductal; CLI: Carcinoma Lobular Invasivo.

Gráfico 3. Tipo histológico

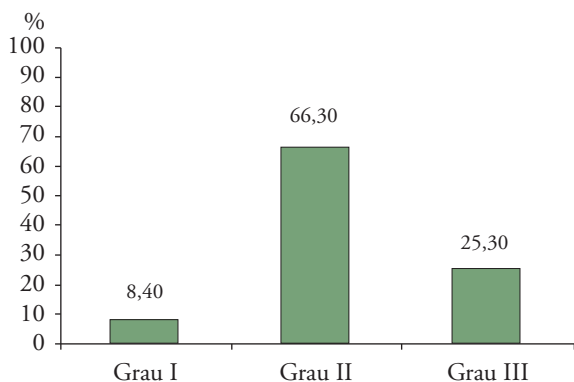


Gráfico 4. Grau de diferenciação tumoral no momento do diagnóstico do câncer de mama

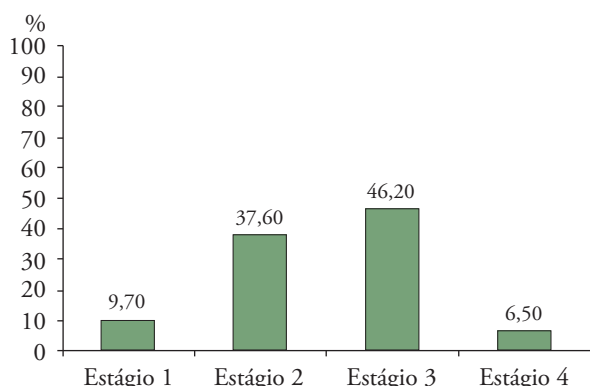


Gráfico 5. Estadiamento pela classificação de tumores malignos no momento do diagnóstico do câncer de mama

A faixa etária é apontada por diversos estudos⁸⁻¹² como um dos principais fatores prognósticos a serem avaliados em relação aos tumores malignos de mama, apontando pior prognóstico para a faixa etária igual ou inferior aos 35 anos e também para aquelas cujo diagnóstico venha a ser estabelecido a partir dos 75 anos. Já o melhor prognóstico para sobrevida em 5 anos é apontado no grupo de mulheres que têm o diagnóstico entre os 40 e os 49 anos⁹.

A maioria dos casos observados foi de pacientes da raça branca (46,4%). Nesse quesito, os resultados dos estudos revisados foram bem diversos. De acordo com a pesquisa de Schaly¹³, 80% das pacientes com CM eram de raça branca, discordando de outros estudos^{11,14,15} que mostram a raça negra como principal etnia associada ao CM, além de ter o pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnico-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o acesso mais dificultado aos exames de rastreio e à assistência terapêutica. Baseando-se nessa hipótese, seria importante considerar a região onde essa população vive e seu grau de instrução. Segundo o INCA¹, mais de 50% dos pequenos municípios brasileiros não dispõem da mamografia, seja por falta do mamógrafo ou por falta de profissionais capacitados para realizar o exame. Além disso, também ficou comprovado que em algumas áreas do país 67% das mulheres desconhecem o valor da mamografia¹.

Com relação à situação conjugal, a maioria das participantes do estudo (57,6%) é casada ou vive como casada, corroborando dados registrados em outros estudos realizados¹⁶⁻¹⁸. Esse dado é de grande relevância, uma vez que o companheiro tem papel fundamental no ajustamento da mulher ao diagnóstico, o que facilita a aceitação da patologia pela paciente e assim melhor adesão ao tratamento proposto¹⁸.

Em relação ao *status* reprodutivo, 58,5% das pacientes já se encontravam no estado pós-menopausa ao diagnóstico de CM, o que confirma a epidemiologia atual⁸⁻¹².

Somente 23,9% das pacientes apresentaram menarca precoce e apenas 1,9% exibiram menopausa tardia.

Segundo a pesquisa de Shaly¹³, as mulheres que têm menarca precoce e estabelecem rapidamente um ciclo regular têm um risco maior em relação àquelas com menarca tardia e longos ciclos irregulares. Essa observação sugere que o ciclo ovulatório regular aumenta o risco de CM, uma vez que os níveis de estrogênio são maiores durante a fase lútea normal. Assim, haveria uma exposição acumulativa ao estrogênio superior ao da população feminina geral, podendo ser um fator colaborador no aumento do risco para o CM¹³.

Segundo o MS⁷, a menopausa tardia (acima dos 55 anos de idade) também é considerada como fator de risco para esta neoplasia, pois quanto mais tarde a mulher entrar na menopausa, mais tempo ela ficará exposta ao estrogênio¹³.

No que diz respeito à paridade das pacientes, apenas 11,1% das pacientes eram nulíparas — valor superior ao encontrado

no estudo de Pinho¹⁹, no qual a nuliparidade foi referida em menos de 5%. A nuliparidade ou o atraso na primiparidade são considerados fatores de risco, pois o desenvolvimento da primeira gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas¹⁹.

Cerca de 30,3% das pacientes que gestaram não amamentaram. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Pinho¹⁹, no qual 38% das mulheres nunca amamentaram ou o fizeram por menos de 1 ano. Durante a amamentação, há o amadurecimento das glândulas mamárias, tornando as células menos suscetíveis ao desenvolvimento do câncer²⁰. Um estudo conduzido por pesquisadores da World Cancer Research Fund concluiu que amamentar por pelo menos 1 ano reduz os riscos de desenvolver esse tipo de câncer em 4,8%¹⁹.

Cerca de 41,2% das pacientes estudadas fizeram uso de ACO. Valores superiores foram encontrados no estudo de Schaly¹³ e de Crippa²⁰, nos quais 68 e 75,4% das pacientes fizeram uso de ACO, respectivamente.

A associação entre uso de contraceptivos orais e CM é bem controversa e ainda não está estabelecida. Estudos têm demonstrado que o uso prolongado desses medicamentos aumenta o risco da doença em mulheres com menos de 45 anos. A explicação biológica para esse efeito é que os contraceptivos orais aumentam a proliferação de células epiteliais normais e também de células malignas já presentes no tecido mamário. Então, na realidade, o ACO não induziria o CM, só aceleraria um processo que já iria ocorrer. O estudo de Hannaford et al.²¹, com 46.112 pacientes seguidas por 39 anos, mostrou risco relativo de 0,94. Já os estudos de Figueiredo et al.²² e Marchbanks et al.²³ não demonstram aumento do risco de câncer de mama com o uso de anticoncepção hormonal, mesmo nas pacientes portadoras de alteração genética (BRCA1 e BRCA2). Além disso, um estudo mais recente, de Thuler²⁴, indica que há o risco, mas com os novos contraceptivos, com baixas doses de estrogênio, o potencial para desenvolver o câncer de mama é menor, e como os fatores são multicausais, o uso de anticoncepcional oral teria que estar associado a outros fatores, tais como tabagismo, obesidade, entre outros, para poder aumentar a chance de ocorrência do CM.

Cerca de 29% das pacientes apresentavam história familiar de CM. Comparando com outras pesquisas, encontram-se menores percentagens. De acordo com o estudo de Schaly¹³, somente 18% das pacientes têm esse histórico. Segundo Brunner e Suddarth²⁵, a existência de uma parenta de primeiro grau (mãe, irmã, filha) aumenta em 2 vezes o risco de desenvolver esta neoplasia.

Em 5,8% dos casos, as pacientes eram etilistas. Confirmando os dados encontrados por Schaly¹³, no qual 4% das pacientes faziam uso regular de bebidas alcólicas. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁷, cada dose de bebida ingerida por dia pode aumentar de 7% a 11% as chances de desenvolver esta neoplasia, pois faz com que aumente os níveis de estrogênio no organismo.

Em 18,3% dos casos, as pacientes eram tabagistas no momento do diagnóstico. Embora exista uma forte ligação entre atividade estrogênica e tabagismo, a revisão de Palmer e Rosenberg²⁶ mostrou que a maioria dos estudos não evidenciou uma associação significativa para o CM; entre aqueles que observaram tal associação, como o estudo de Pinho¹⁹, o aumento de risco foi de 20 a 30%.

Cerca de 41,8% das pacientes apresentaram lesões pré-malignas nas mamas acometidas. De acordo com a pesquisa de Bergmann²⁷, as mulheres que apresentam células epiteliais atípicas ou células hiperplásicas sem atipias na punção aspirativa, densidade nodular na mamografia e biópsia com doença proliferativa benigna em mama apresentam também um risco maior de desenvolver CM.

Diversas enfermas apresentavam comorbidades associadas, como hipertensão arterial crônica (47,5%), diabetes mellitus (15,8%), obesidade (4%), insuficiência cardíaca congestiva (4%), doenças endócrinas (6,9%), transtornos de saúde mental (6,9%) e outras neoplasias prévias (2%). As comorbidades dificultam o processo de seleção terapêutica e aumentam o risco de morbidade da doença¹³.

Apesar de ainda não estar comprovado, segundo o estudo de Vasconcelos²⁸, a gordura corpórea, a obesidade e o aumento de peso na pós-menopausa podem resultar em uma maior produção de estrogênio e com isso aumentar as chances de desenvolver CM.

Um recente relatório com base em dados do Ministério da Saúde⁷ relatou que um ganho de peso de mais de 25 kg desde a idade de 18 anos até a menopausa foi associado com um aumento de 50% do risco de CM invasivo.

Sobre os procedimentos feitos para ratificação diagnóstica do CM, foram realizados PAAF (5%), ultrassonografia de mamas (35,6%), mamografia (47,5%) e core biopsy (71,3%).

De acordo com o INCA³, o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos é a ultrassonografia (USG). Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de PAAF ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional. A PAAF é um procedimento ambulatorial de baixo custo, fácil execução e raramente apresenta complicações que permite o diagnóstico citológico das lesões. Esse procedimento dispensa o uso de anestesia. A PAG ou core biopsy é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico (por congelamento, quando disponível), permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais.

A localização mais frequente do CM nas pacientes deste estudo foi no quadrante superior externo da mama esquerda (27,6%), sendo que 48% dos casos ocorreram no quadrante superior externo

e 59,2% ocorreram na mama esquerda. Esse dado é corroborado pela incidência de 53,2% de casos localizados em quadrante superior externo da mama do estudo de Silva¹⁷.

O tipo histológico mais rastreado foi o carcinoma ductal invasivo, com 86,9% de frequência, confirmando os achados de Abreu e Koifman²⁹ em estudo de revisão sistemática de literatura. Outras pesquisas²⁰ apontaram valores percentuais semelhantes, cerca de 76,7%.

O grau de diferenciação tumoral mais encontrado foi o grau II, com 66,3%, seguido do grau III, com 25,3%, e do grau I, com 8,4%. De acordo com o INCA⁴, o grau I indica um tumor bem diferenciado, o grau II indica um tumor moderadamente diferenciado, o grau III indica um tumor pouco diferenciado e o grau IV indica um tumor indiferenciado.

Quanto ao estadiamento do tumor no momento da entrada da paciente no serviço, 46,2% das mulheres estudadas apresentaram estágio 3 de evolução tumoral, seguido de 37,6% das pacientes em estágio 2. Esses dados conferem com o estudo de Cintra, Guerra e Teixeira¹¹, que identificaram 86% de estadiamento entre 2 e 3 em estudo semelhante na cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais). Já Abreu e Koifman²⁹ encontraram uma realidade mais pessimista, relatando que na grande maioria das instituições prestadoras de tratamento contra o tumor de mama, os estadiamentos 3 e 4 chegaram a corresponder a até 60% da amostra. Entretanto, quando comparado com recente estudo publicado por Rezende et al.³⁰ a amostra apresentou 53,8% de mulheres com tumores em estadiamento clínico de 0 a 2, percebe-se que as políticas de identificação precoce dos tumores de mama (tanto as relacionadas à prestação de serviços de diagnóstico quanto às medidas educativas de conscientização da população feminina) estão sendo menos eficazes e ineficientes.

O fato de que as pacientes estão sendo diagnosticadas já com estadiamento clínico avançado evidencia a precariedade do investimento em políticas de saúde que visam ao rastreamento do CM e que atentem a população para a importância do diagnóstico precoce.

O INCA⁴ recomenda que as pacientes com lesões suspeitas ou nódulos palpáveis recebam o diagnóstico de CM em no máximo 60 dias, para que o tratamento seja o mais precoce possível, aumentando a sobrevida e podendo reduzir a mortalidade da patologia em até 40%.

No entanto, em 2010, o Sistema de Informações sobre o Câncer de Mama (SISMAMA), criado pelo INCA, Ministério da Saúde e DataSUS, registrou que quase 20% das brasileiras com anormalidades sugestivas de câncer de mama, atendidas em unidades do SUS ou conveniadas, aguardaram mais de dois meses entre o dia em que a mamografia foi requisitada pelo médico e a realização do exame³¹. A situação é resultado da concentração dos aparelhos em algumas áreas do país, em detrimento de outras, além da baixa produtividade e da inoperância de boa parte do aparato disponível³¹.

Conclusão

Em síntese, a pesquisa apontou o perfil de maior risco sendo de mulheres na faixa etária acima de 50 anos (61,4%), raça branca (46,4%), em estado pós-menopausa (58,5%).

Em 23,9% dos casos, as pacientes apresentaram menarca precoce e apenas 1,9% exibiram menopausa tardia, 41,2% das pacientes fizeram uso de ACO, 5,8% eram etilistas e 18,3% eram tabagistas. Esses fatores contribuem para uma maior exposição acumulativa ao estrogênio, resultando em aumento do risco de CM.

Das pacientes, 11,1% eram nulíparas, e 30,3% das que gestaram não amamentaram. Durante a gestação e amamentação, há o amadurecimento das glândulas mamárias, tornando as células menos suscetíveis ao desenvolvimento do câncer.

Do grupo, 29% apresentavam história familiar de 1º grau para CM, o que aumenta em 2 vezes o risco de desenvolver esta neoplasia.

A localização mais frequente do CM nas pacientes deste estudo foi no quadrante superior externo da mama esquerda, com 27,6%, seguida do quadrante superior externo da mama direita, com 20,4%.

O tipo histológico mais rastreado foi o carcinoma ductal invasivo (86,9%). O grau de diferenciação tumoral mais encontrado foi o grau II (66,3%), seguido do grau III (25,3%). Ao diagnóstico, 46,2% dos tumores já se encontravam no estágio 3 de evolução, seguido do estágio 2 com 37,6%. Esses dados revelam que as políticas de identificação precoce dos tumores de mama, prestação de serviços de diagnóstico e as medidas educativas de conscientização da população feminina estão sendo ineficientes.

De acordo com dados do Ministério da Saúde e do INCA³, a importância epidemiológica do CM no Brasil, ocupando o segundo lugar entre os tumores de maior incidência na população feminina, se deve às tendências de aumento na incidência de novos casos de CM, que segundo o último Relatório Mundial de Câncer da OMS³² podem crescer cerca de 50% no mundo até o ano de 2020.

Conhecer a distribuição de fatores de risco para CM em uma dada população pode ajudar a identificar os grupos de maior risco que poderiam se beneficiar de um programa sistemático para a detecção precoce da doença, preservando a saúde e a qualidade de vida das pacientes.

Referências

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011 Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Cancer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA). Diagnóstico. 2010. Available

- from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/diagnostico>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tipos de Câncer. 2010. Available from: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336
 4. Bim CR, Carvalho MDB, Terezinha I, Previdelli S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(4):940-6. Available from: <http://www.efdeportes.com/efd166/o-autoexame-das-mamas-e-indicado-ou-nao.html>
 5. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Constanza ME, Evans W, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003;53:141-69.
 6. Mendonça GAS, Silva AM, Caula WM. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1232-9.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. In: Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
 8. Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no Estado do Pará. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2001.
 9. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):113-31. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf
 10. Brito C. Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Available from: <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/britocm.pdf>
 11. Cintra JRD, Guerra MR, Teixeira MTB. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(4):339-46.
 12. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. 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*. 2006;22(10):2219-28.
 13. Schaly C, Tomas PZ. Perfil epidemiológico das portadoras do câncer de mama no serviço de oncologia em um Hospital Universitário do Oeste de Santa Catarina no período de julho a setembro de 2011. *Unesc & Ciência – ACBS*. 2011;2(2):179-86.
 14. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):1137-42.
 15. Cruz ICF. Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra – uma revisão de literatura. *Online Braz J Nurs*. 2006;5(2).
 16. Brito NMB, Kabacznik A, Costa NA, Bardier AMO, Silva DS, Coqueiro RB. Perfil epidemiológico das pacientes com neoplasia maligna de mama atendidas no Hospital Ofir Loyola. *Rev Para Med*. 2001;18(3):49-54.
 17. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento. Vitória. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, 2009. Available from: http://www.ufes.br/ppgasc/dissertacoes/2009_Priscilla%20Ferreira%20e%20Silva.pdf
 18. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Rev Bras de Cancerologia*. 2011;57(1):15-21. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf
 19. Pinho VFS. Perfil de Risco para Câncer de Mama em uma População-alvo do Programa Viva Mulher: um inquérito epidemiológico nas Unidades de Saúde da Família do município de Teresópolis/Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Available from: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/pinhovfsm.pdf>
 20. Crippa CA, Hallal ALC, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. *ACM Arq Catarin Med*. 2003;32(3):50-8.
 21. Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of general practitioners oral contraception study. *BMJ*. 2010;340:927.
 22. Figueiredo JC, Bernstein L, Capanu M, Malone KE, Lynch CF, Anton-Culver H, et al. Oral contraceptives, postmenopausal hormone and risk of asynchronous bilateral breast cancer: The Wecare Study Group. *J Clin Oncol*. 2008;26(9):1411-7.
 23. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;346(26):2025-32.
 24. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(4):227-38.
 25. Brunner LS, Suddarth DS. Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios da mama. In: Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
 26. Palmer JR, Rosenberg L. Cigarette smoking and the risk of breast cancer. *Epidemiol Rev*. 1993;15:145-56.
 27. Bergmann, Anke. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. [Mestrado] – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Available from: http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00004703&lng=pt&nrm=iso
 28. Vasconcelos MIL. Gorduras vegetais e animais, aminoácidos e câncer. In: Waitzberg; Dan Linetzky. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu, 2004.
 29. Abreu E, Koifman. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48:113-32.
 30. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo 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*. 2009;31(2):75-81.
 31. Ministério da Saúde. Saúde na mídia: Clipping da imprensa. Brasília, 2011.
 32. World Health Organization. World Breast Cancer Report 2012.