



PERFIL DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA
PROFILE OF WOMEN WITH BREAST CANCER
PERFIL DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

*Daniela Batista Azevedo¹, Juliane Carvalho Moreira², Pollyana Alves Gouveia³, Gabriela Camargo Tobias⁴,
Otaliba Libânio de Moraes Neto⁵*

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil das mulheres com câncer de mama diagnosticado e tratado pelo SUS. **Método:** estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos do SIH, SIA e SIM do Sistema de Informações do SUS. **Resultados:** ocorreram 1396 internações, 2110 procedimentos e 472 óbitos. Observou-se maior frequência no estágio III e no tempo de 91 a 180 dias entre diagnóstico e início do tratamento. **Conclusão:** o perfil das mulheres quanto à mortalidade pode ser caracterizado por predomínio de tempo de escolaridade menor que 11 anos, faixa etária de 50 a 69 anos e estado civil casadas, havendo uma tendência de aumento da mortalidade. Foi observado também que o tempo transcorrido entre diagnóstico e início do tratamento não está em conformidade com o exigido por lei (60 dias). **Descritores:** Câncer de Mama; Mulheres; Estudos Transversais; Mortalidade; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the profile of women with breast cancer diagnosed and treated by SUS. **Method:** this is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The data were extracted from the SIH, SIA and SIM of the SUS Information System. **Results:** there were 1396 admissions, 2110 procedures, and 472 deaths. It was observed a greater frequency of stage III and in the time of 91 to 180 days between diagnosis and beginning of the treatment. **Conclusion:** the profile of women regarding mortality can be characterized by a predominance of education time less than 11 years, the age range of 50 to 69 years old and married, with a trend towards increased mortality. It was also observed that the time elapsed between diagnosis and initiation of treatment is not in compliance with what is required by law (60 days). **Descriptors:** Breast Cancer; Women; Cross-Sectional Studies; Mortality; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil de las mujeres con cáncer de mama diagnosticado y tratado por el SUS. **Método:** estudio transversal descriptivo, de enfoque cuantitativo. Los datos fueron extraídos del SIH, SIA y SIM del Sistema de Informaciones del SUS. **Resultados:** ocurrieron 1396 internaciones, 2110 procedimientos y 472 óbitos. Se observó mayor frecuencia en el estado III y en el tiempo de 91 a 180 días entre diagnóstico e inicio del tratamiento. **Conclusión:** el perfil de las mujeres sobre la mortalidad puede ser caracterizado por predominio de tiempo de escolaridad menor que 11 años, de 50 a 69 años y estado civil casadas, con una tendencia de aumento de la mortalidad. Fue observado también que el tiempo transcurrido entre diagnóstico e inicio del tratamiento no está en conformidad con lo exigido por ley (60 días). **Descriptors:** Cáncer de Mama; Las Mujeres; Los Estudios Transversales; La Mortalidad; Epidemiología.

^{1,5,3}Acadêmicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mails: danibazevedo@hotmail.com; juliane_jcm@hotmail.com; pollyanaa.gouveia@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com; ⁵Médico, Professor Doutor, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: otaliba.libanio@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente entre as mulheres no mundo e, também, no Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma. É responsável por 23% do total de casos de câncer no mundo, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos em 2008.^{1,2} Esse número era 20% maior em 2012, com cerca de 1,67 milhão de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Para diferentes regiões do mundo, as taxas de incidência variam, sendo as maiores na Europa Ocidental (96/100 mil) e as menores na África Central e Ásia Oriental (27/100 mil).³

O número de mortes por câncer de mama no mundo também apresentou crescimento elevado no mesmo período (cerca de 14%), sendo que cerca de 520 mil mulheres morreram em decorrência da neoplasia em 2012.^{1,3} A sobrevida em mulheres tratadas em cinco anos é de 85% nos países desenvolvidos e 50% a 60% nos países em desenvolvimento.³

Para o ano de 2016 foram estimados no Brasil 57.960 casos novos de câncer de mama, com uma taxa de incidência de 56,20/100 mil, número este com tendência de aumento para os próximos anos devido ao envelhecimento da população brasileira.⁴ Representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com uma taxa de mortalidade de 11,28/100.000 em 2009.¹ Segundo o INCA, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2011, o número de mortes por câncer de mama totalizou 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres.⁵

Essa taxa de mortalidade ainda é elevada, com os coeficientes de mortalidade mostrando tendência à estabilização, apesar dos avanços no tratamento da doença e da ascensão do rastreamento oportunístico na última década, que permitiu a detecção de maior número de casos iniciais da doença.⁶⁻⁷

Um estudo realizado em Goiânia (GO), Brasil, com o objetivo de analisar a prevalência anual de câncer de mama na cidade em um período de 15 anos (1988 a 2002), apontou um aumento da taxa de prevalência (de 22,87/100.000 mulheres em 1988 para 220,22/100.000 mulheres em 2002), possivelmente relacionado a melhorias no rastreio e tratamento que têm aumentado a sobrevida de pacientes diagnosticadas com câncer de mama em Goiânia.⁸

Outro estudo que avaliou a tendência da incidência do câncer de mama em mulheres jovens na cidade de Goiânia entre os anos de 1988 e 2003, quando foram registrados 3.310 novos casos, mostrou que houve um aumento

significativo (de 5,22%) para a faixa etária de 20 a 39 anos de idade. No entanto, o mesmo estudo permitiu observar aumento semelhante nas demais faixas etárias (5,53% para o grupo 40-59 anos de idade e 4,54% para o grupo de 60 anos de idade em diante), o que indica crescimento geral da taxa de incidência desse tipo de câncer ao longo do tempo.⁹

Diante do fato do câncer de mama ser a neoplasia de maior incidência e a primeira causa de morte de câncer feminina no Brasil, faz-se necessária uma análise minuciosa dos fatores a ela associados. De uma forma mais específica, essa análise feita sobre as mulheres portadoras de câncer de mama residentes em Goiânia entre 2008 e 2012 não só permite a obtenção de dados, como o desenvolvimento de uma política mais voltada para a realidade das mulheres residentes nessa cidade portadoras ou sob o risco de ter câncer de mama, uma vez que esse tipo de estudo tem o papel essencial de subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO

- Avaliar o perfil das mulheres com câncer de mama diagnosticado e tratado pelo SUS.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, sobre mulheres com diagnóstico principal de câncer de mama (C50.0 a C50.9 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10) residentes na cidade de Goiânia, estado de Goiás, Brasil.

A população em estudo compreendeu mulheres de 30 anos ou mais, após serem levados em consideração os seguintes critérios:

- 1) residentes em Goiânia (GO), Brasil;
- 2) que tiveram registros no banco de dados de hospitalização, de tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico ou que faleceram por câncer de mama entre 2008 e 2012.

Os dados foram retirados das bases de dados de domínio público oriundas dos sistemas de informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibilizadas no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>.

Para o cálculo das taxas de mortalidade (TM) de mulheres: número de óbitos de mulheres por câncer de mama dividido pela população feminina e multiplicado por 100 mil mulheres, entre 2008 e 2012, e para o cálculo da taxa de internação (TI) de mulheres: número de internação de mulheres por câncer

de mama dividido pela população feminina e multiplicado por 100 mil mulheres, entre 2008 e 2012.

Os casos internados foram obtidos da base de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de informações hospitalares do SUS, dos quais se extraiu informações sobre o número de internações de acordo com o ano e a faixa etária das mulheres internadas no SUS com o diagnóstico do Câncer de Mama feminino. A partir desses dados, calcularam-se as taxas de internação hospitalar por câncer de mama feminino por ano segundo a categoria de idade da mulher.

Os dados sobre mortalidade foram obtidos a partir da Declaração de Óbito (DO), documento base do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), tendo como causa básica de morte o câncer de mama feminino. Por meio desses dados foram calculadas as frequências absolutas e percentuais relacionando o número de óbitos com a faixa etária, raça-cor, escolaridade e estado civil por ano. Calcularam-se também as taxas de mortalidade por ano e faixa etária, além das variações percentuais da taxa de mortalidade por ano e faixa etária.

As informações sobre tratamento, estadiamento do câncer e o tempo transcorrido entre o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento no âmbito do SUS foram obtidos a partir da base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) relativa à autorização de procedimento de alta complexidade (APAC) de quimioterapia e radioterapia. Sendo que para o cálculo do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foram usadas as variáveis: data do diagnóstico do câncer de mama e a data do início do tratamento por quimioterapia ou radioterapia de mulheres com câncer de mama sem tratamento anterior. Relacionou-se o estadiamento do Câncer de Mama Feminino com o tipo de tratamento adotado, o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento e o ano de identificação do câncer.

A base de dados da APAC segue a categorização pelo Sistema TNM de classificação dos tumores malignos, conforme o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário, as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e a presença ou ausência de metástases à distância.¹⁰

Essa pesquisa envolve apenas dados de domínio público que não identifica os

participantes da pesquisa, portanto não necessita de aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo teve como fundamento as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 e organizados em tabelas.

RESULTADOS

A partir do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), obteve-se o total de 1.396 internações de mulheres residentes na cidade de Goiânia com diagnóstico de câncer de mama feminino no período de 2008 a 2012. Sendo que a maior parte dessas internações concentrou-se em 2012 com o total de 343 internações e com Taxa de Internação por câncer de mama feminino correspondente a 68,2/100.000. Para o ano de 2011, o total encontrado foi de 325 internações e a taxa de Internação de 65,4/100.000. Portanto, entre os anos de 2008 e 2012, ocorreu um aumento de 30,2% em relação à taxa de internação.

As autorizações para as internações de mulheres com diagnóstico de câncer de mama foram mais frequentes na faixa etária de 50 a 69 anos, com total de 610 internações. Essa também foi a faixa de maiores taxas de internação por ano, sendo que no ano de 2012 o valor foi de 140,6/100.000 e no ano de 2011, 136,9/100.000. A segunda faixa etária de maior significância foi a de 40 a 49 anos, com um total de 405 internações e com taxa de internações correspondente a 93/100.000, em 2011, e 103,2/100.000, em 2012.

Com base no banco de dados SIM do Sistema de Informações do SUS, encontrou-se o total de 472 óbitos de mulheres no período de 2008 a 2012, tendo como causa básica o câncer de mama feminino. As maiores frequências de óbitos por câncer de mama foram observadas nos anos de 2011 e 2012, enquanto que as taxas de mortalidade pela neoplasia foram mais elevadas nos anos de 2009 a 2011, apresentando queda geral importante no ano de 2012 (Tabela 1). Um fator limitante do presente estudo foi o grande percentual de ignorados ao preenchimento da Declaração de Óbito (DO).

O número total de óbitos e a taxa de mortalidade, nos cinco anos avaliados, foram maiores nas faixas etárias acima de 40 anos, especialmente após os 50 anos de idade. A maior variação percentual foi encontrada na

faixa de 50 a 69 anos (73,7%) e observou-se um decréscimo percentual acentuado da taxa de mortalidade nas mulheres entre 40 e 49 anos (-30,9%) (Tabela 1).

Dentre as mulheres residentes em Goiânia nos anos analisados, que tiveram como causa básica de óbito o câncer de mama feminino, 24,3 % apresentavam escolaridade de 8 a 11

anos de estudo e 8,7% eram analfabetas. Quanto ao estado civil, 45% delas eram casadas e 23,7% viúvas. A maior porcentagem de mortalidade tendo essa causa básica foi observada dentre as mulheres de raça/cor branca com 66%, já as mulheres declaradas pardas corresponderam a 29,6% dos óbitos (Tabela 5).

Tabela 1. Número absoluto e taxa de mortalidade por faixa etária por câncer de mama feminino em Goiânia nos anos de 2008 a 2012. **Goiânia, (GO), Brasil (2016)**

Ano do óbito											
Faixa etária	2008		2009		2010		2011		2012		Var. Percentual
	N	TM*	N	TM*	N	TM*	N	TM*	N	TM*	
< 40 anos	7	1,6	13	2,9	4	0,9	9	2,0	10	2,2	37,5
40 a 49 anos	15	16,2	14	14,8	19	19,9	21	21,7	11	11,2	-30,9
50 a 69 anos	34	33,4	37	34,7	48	43,2	53	47,1	66	58,0	73,6
70 anos ou mais	15	54,2	26	89,4	23	73,0	28	87,7	19	58,8	8,5
Total	71	15,1	90	18,8	94	19,1	111	22,3	106	21,1	39,7

*Taxas por 100.000 habitantes
Fonte: SIM/SVS/MS. Dados trabalhados.

A análise do banco de dados da APAC de quimioterapia revelou que no período de estudo o número total de procedimentos autorizados, segundo a classificação CID C50.0 a 50.9, foi de 2160 e o de radioterapia foi de 50. A autorização para quimioterapia teve maior percentual dos procedimentos para a raça/cor parda, correspondendo a 54% das autorizações do período, seguida de 36,8% para a cor branca e 3,5% para preta. Em relação ao estadiamento do câncer de mama feminino das mulheres submetidas à quimioterapia no período de 2008 a 2012, encontrou-se que 59,5% correspondiam ao estágio III, seguidos de 18,7% no estágio IV (Tabela 2).

Quanto ao tempo transcorrido entre o diagnóstico do câncer de mama feminino e o início do tratamento (T_{DT}) seja por quimioterapia ou radioterapia, observou-se que do total de 703 mulheres cujo T_{DT} pertence ao intervalo 0 a 60 dias, 470 mulheres se encontravam no estágio III e 6 no estágio IV do câncer, sendo que em ambos os casos o primeiro tratamento adotado foi a quimioterapia. Ao mesmo tempo em que das 770 mulheres cujos T_{DT} pertencem ao intervalo de 181 a 365 dias, 519 mulheres estavam no estágio II do câncer. Das 236 mulheres cujo T_{DT} se enquadrava intervalo de 366 e mais dias, a maioria se encontrava no estágio IV (Tabela 3).

Em relação ao ano de identificação do câncer e o estágio que se encontrava, obteve-se que dos 527 identificados no ano de 2008, 233 estavam no estágio III e 90 no estágio IV, para ambos a primeira terapêutica adotada foi a quimioterapia. Esse padrão é mantido para os anos seguintes, sendo que no ano de 2012, dos 545 identificados nesse ano, 323 estavam no estágio III e 128 no estágio IV, e o procedimento novamente foi quimioterapia, conforme se observa na Tabela 4.

As variações percentuais encontradas entre 2008 e 2012 de acordo com o estadiamento do câncer foram: Estádio 0-aumento de 1,85%; estágio I - redução de 100%; estágio II - redução de 55%; estágio III- aumento de 39,01% ; e estágio IV -aumento de 40,65%. Contudo, os maiores percentuais se encontravam sempre no estágio III.

Observou-se que do total das autorizações para radioterapia, 36% corresponderam às mulheres cujos T_{DT} pertenciam ao intervalo de 181 a 365 dias. Enquanto que do total das autorizações para quimioterapia, 35,4% correspondiam a mulheres cujo T_{DT} pertencia ao intervalo de 91 a 180 dias. Por fim, ressalta-se que 34,84% das mulheres tiveram o intervalo de tempo entre o diagnóstico de câncer e o tratamento dentro do intervalo de 91 a 180 dias e 31,8 % no intervalo de 0 a 60 dias (Tabela 5).

Tabela 2. Número absoluto e percentual de mulheres cujo tipo de tratamento foi quimioterapia de acordo com o estadiamento do Câncer de Mama Feminino, em Goiânia - 2008 a 2012. Goiânia, (GO), Brasil (2016)

Estádio	N	%
0	247	11,4
I	66	3,1
II	158	7,3
III	1286	59,5
IV	403	18,7
Total	2160	100,0

Fonte: APAC (Quimioterapia)

Tabela 3. Número absoluto de mulheres de acordo com o estadiamento do Câncer de Mama Feminino e o Tempo transcorrido entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento por quimioterapia ou radioterapia, em Goiânia, 2008 a 2012. Goiânia, (GO), Brasil (2016)

Início do tratamento	0		I		II		III		IV		Total
	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	
0 a 60 dias	0	96	3	3	0	31	3	470	6	91	703
61 a 90 dias	0	18	0	3	2	15	0	127	0	32	197
91 a 180 dias	0	96	3	6	0	42	0	519	2	102	770
181 a 365 dias	2	28	3	6	4	14	0	139	9	99	304
366 e mais dias	0	9	0	48	3	56	0	31	10	79	236
Total	2	247	9	66	9	158	3	1286	27	403	2210

R: radioterapia Q: Quimioterapia
Fonte: APAC (Quimioterapia e Radioterapia)

Tabela 4. Número absoluto de mulheres com diagnóstico de Câncer de Mama Feminino relacionado ao ano de identificação do câncer com o seu estadiamento, de acordo com o tratamento realizado, quimioterapia ou radioterapia, em Goiânia, 2008 a 2012. Goiânia, (GO), Brasil (2016)

Estádio	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	
0	0	54	2	40	0	39	0	59	0	55	249
I	3	66	3	0	3	0	0	0	0	0	75
II	0	80	1	6	0	12	0	33	9	27	167
III	0	233	1	174	0	229	0	327	3	323	1289
IV	1	90	5	24	4	46	13	119	4	124	430
Total	4	523	10	244	7	326	13	538	16	529	2210

R: radioterapia Q: Quimioterapia
Fonte: APAC (Quimioterapia e Radioterapia)

Tabela 5. Número absoluto de mulheres cujo primeiro tratamento para câncer de mama feminino foi radioterapia ou quimioterapia por tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento e porcentagem de mulheres cujo início do tratamento correspondeu a cada intervalo de tempo (em dias), em Goiânia, 2008 a 2012. Goiânia, (GO), Brasil (2016)

Início do tratamento	Radioterapia	Quimioterapia	Total (%)
0 a 60 dias	12	691	31,8
61 a 90 dias	2	195	8,91
91 a 180 dias	5	765	34,84
181 a 365 dias	18	286	13,75
365 dias e +	13	223	10,67
Total	50	2160	100%

Fonte: APAC (Quimioterapia e Radioterapia)

DISCUSSÃO

Quanto ao SIH, no presente estudo, a faixa etária com maior frequência de internações foi a de 50 a 69 anos, correspondendo a 43,7% do total, seguida da faixa de 40 a 49 anos, com 29,1%. Um estudo, referente aos anos de 1989 a 2003 em Goiânia, evidenciou que a média de idade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama foi 56 anos, o que corrobora com a afirmação da maior frequência do câncer de mama em mulheres acima dos 50 anos.⁷

O número total de óbitos e a taxa de mortalidade foram maiores nas faixas etárias acima de 40 anos, sendo especialmente mais

elevados após os 50 anos de idade. Sendo que ocorreu um aumento percentual de 73,7% na faixa de 50 a 69 anos e decréscimo percentual de 30,9% da taxa de mortalidade nas mulheres entre 40 e 49 anos. Esses dados concordam com ensaios anteriores, sendo que essa redução na faixa etária dos 40 aos 49 anos poderia ser atribuída à ampliação da cobertura de mamografia nessa última faixa.¹¹⁻² Em estudo realizado em hospital um hospital de referência em oncologia de Vitória, encontrou-se que a faixa etária de 50 a 69 anos correspondia a 47% do total de óbitos por câncer de mama, enquanto que em Goiânia o valor correspondente encontrado foi de 50,4% entre os anos de 2008 e 2012.¹³

A frequência cumulativa de mortalidade por câncer de mama encontrada foi maior em mulheres com menos de 11 anos de estudo (33,3%) quando comparadas àquelas com mais que 12 anos (10,4%). Já em Vitória, constatou-se que as mulheres com ensino fundamental completo têm risco de morte 3,76 vezes maior do que aquelas com nível superior. Quanto à mortalidade em relação ao ensino fundamental incompleto e completo, correspondeu, respectivamente, a 43% e 21%. Portanto, há uma tendência de diminuição do risco de morte acompanhado de um aumento do nível de escolaridade.¹³ A escolaridade reflete no nível socioeconômico, assim mulheres com menor grau de escolaridade possuem limitações de acesso ao serviço de saúde, adiando o diagnóstico e dificultando a oportunidade do tratamento adequado para a cura.¹⁴

A cor branca teve o maior percentual de mortalidade por câncer de mama feminino em Goiânia (56,8%), seguida pela cor parda (25,4%). No estudo em Vitória, supracitado, a taxa de mortalidade foi maior em mulheres de cor parda (60%), seguida da cor branca (38%). Já em relação ao estado civil, encontrou-se que a mortalidade por câncer de mama em Goiânia foi maior em mulheres casadas (35,4%), seguidas de viúvas (18,6%) e solteiras (16,3%), enquanto que, em Vitória, a maior taxa de mortalidade foi observada em mulheres casadas (53%), seguidas de solteiras (23%) e viúvas (18%).¹³

Os dados coletados mostram-se, ainda, de acordo com outros estudos realizados tomando como base regiões do Brasil Central. Conforme a análise do estudo sobre a evolução do câncer de mama no período de 1998 a 2007, no estado de Mato Grosso do Sul, foi observado que tanto a frequência de óbitos como o índice de mortalidade vêm aumentando com a idade, em especial nas mulheres com idade superior a 50 anos. A faixa etária mais crítica, quanto à mortalidade, em Goiânia, foi entre 40 e 69 anos de idade (67,3%), como também ocorreu no estado do Mato Grosso do Sul (68,36%). A faixa etária referente aos 70 anos ou mais também mostrou valores semelhantes em ambos os estudos, correspondendo a 23,5% e 21,99% dos óbitos, em Goiânia e no Mato Grosso do Sul, respectivamente.¹⁵

A terapêutica do câncer de mama dependerá de fatores como o estadiamento clínico da doença, características anatomopatológicas, idade e outros.¹⁶ No presente estudo, com relação ao estadiamento do câncer de mama, observou-se que 59,5% dos casos correspondiam ao

estádio III; 18,7% ao IV; e 11,4% ao 0. Em estudo de um hospital de referência em Oncologia (Vitória, ES), os maiores percentuais em relação ao estadiamento foram: II (45%), I (25%) e III (22%), sendo que não foi considerado o estágio 0.¹³ Estudo realizado com treze pacientes de instituição oncológica de Santa Catarina revelou igual ocorrência para os estádios II e III -46,1% cada - e 7,7% para o estágio IV.¹⁷ Apesar da discordância dos resultados dos estudos analisados, percebe-se que o estágio III sempre aparece entre os de maior percentual, sendo que também foi esse estágio que teve maior crescimento percentual (38,6%) no período estudado.

Já no âmbito estadual, um estudo retrospectivo das cirurgias oncológicas mamárias realizado em Goiânia através de um registro de base hospitalar, com mulheres da capital e do interior de Goiás, resultou em uma proporção de 61,04% de cânceres de mama iniciais (estádios 0, I e II) e 26,05% de avançados (estádios III e IV) no período de 2002 a 2009. Assim como o presente estudo, também revelou uma tendência temporal de aumento dos casos de câncer de mama avançados.⁶

Uma pesquisa da extensão do tumor ao diagnóstico do câncer de mama, realizada através de um registro de base populacional com dados de mulheres residentes em Goiânia entre 1989 e 2003, comprova essa ideia ao evidenciar, quanto ao estadiamento da doença, 4,2% de tumores *in situ* - valor muito próximo ao encontrado em nosso estudo (3,1%) -, 45,6% dos casos localizados, 19,7% com extensão regional e 10,2% com metástases à distância - estes com diferença significativa da presente pesquisa, na qual teve predomínio o estágio clínico III (59,5%).¹⁸

O mesmo estudo mostra um aumento dos casos de carcinoma *in situ* e de carcinomas invasores localizados somente na mama em detrimento dos casos com metástases linfonodais e à distância, esta tendo sofrido redução de 17,7% do primeiro para o último quinquênio do estudo.¹⁸ Portanto, tais resultados não são equivalentes aos encontrados entre os anos de 2008 e 2012 através desta investigação (que mostra aumento de 1,85% para o estágio 0; redução de 100% para o estágio I; redução de 55% para o estágio II), divergindo especialmente no casos de câncer avançado, em que se observou aumento de 39,01% para o estágio III e de 40,65% para o estágio IV.

Muitos estudos têm associado o aumento do número de casos detectados nos estágios iniciais ao aumento da cobertura

mamográfica, especialmente para mulheres entre 40 e 69 anos. Portanto, uma hipótese que justificaria a redução dos casos detectados no início da doença e aumento dos casos avançados detectados seria uma falha no rastreamento mamográfico na cidade de Goiânia, no período avaliado (2008 - 2012).¹⁸

No entanto, o pequeno número de estudos regionais e a escassez de outros mais completos e de maior extensão, bem como o fato de o estudo não ser baseado em registro de base populacional, considerando apenas mulheres inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), dificultam a comparação e a correta interpretação dos dados.

Quanto ao intervalo de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início de tratamento quimioterápico, observa-se que o maior intervalo foi de 91 a 180 dias, correspondendo a 35,4% do total, seguido de 0 a 60 dias (32%). Segundo o INCA, o prazo máximo para o início desse tratamento é de 60 dias.¹⁹ A Lei n° 12.732/2012, que dispõe sobre o direito do paciente com neoplasia maligna comprovada ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), também estabelece um prazo de 60 dias para seu início a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico.²⁰

Em estudo realizado com pacientes tratadas em hospitais públicos do Distrito Federal, 77,6% delas receberam o primeiro tratamento 90 dias depois da primeira consulta. Foi ainda identificado atraso maior entre as mulheres em estádios mais avançados.²¹ A ultrapassagem do tempo limite para início do tratamento representa condição para o estadiamento avançado da doença, com piora do prognóstico, refletindo em menor tempo de sobrevida.¹⁷ O intervalo de tempo maior que 180 dias é aquele em que podem se implantar micrometástases, tornando a doença metastática e geralmente incurável.²²

Analisando os dados do intervalo de tempo entre diagnóstico e início de tratamento com o estadiamento do câncer, observa-se que no estágio III, dos 1286 casos, 519 levaram de 91 a 180 dias para iniciar o tratamento, 470 de 0 a 60 dias e 297 para os demais intervalos analisados. Observa-se, portanto, um expressivo número de pacientes que não estão recebendo o tratamento no período estipulado. Esse dado chama atenção, pois as pacientes já estão em um estágio avançado da doença, o que possibilita uma evolução para o estágio de metástase à distância (IV).

A radioterapia - tratamento local - é indicada em casos de estágio I e II, sendo realizada após cirurgia de retirada do tumor,

no estágio III pode ser indicada após resposta adequada à terapia sistêmica- quimioterapia - , no estágio IV em casos restritos indica-se o tratamento local.²³

No presente estudo, durante todo o período estudado, a prevalência de radioterapia foi no estágio IV (54%), os estádios I e II juntos somam 36% desse tipo de tratamento. Observa-se, ainda, que para o intervalo de tempo entre diagnóstico e início do tratamento, aquele com maior percentual (36%) foi o de 181 a 365 dias. Nesse intervalo, 50% dos casos eram do estágio IV e 38,8% para os estádios I e II juntos. Esses dados sugerem, como mostrado no estudo, que o diagnóstico ocorre predominantemente na fase tardia, logo se explica o pequeno número de autorizações para radioterapia. Além disso, das pacientes que realizaram radioterapia, a maior porcentagem foi do estágio IV, reforçando a ideia do diagnóstico tardio, para o qual esse método terapêutico é indicado em alguns casos.

CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir que o perfil das mulheres cuja causa básica de óbito foi o câncer de mama em Goiânia no período analisado (2008 a 2012) caracteriza-se por um predomínio de tempo de escolaridade menor que 11 anos, estado civil casada, raça/cor branca e faixa etária acima de 40 anos, especialmente após os 50 anos de idade.

Ainda, diferente do que vem sendo descrito na literatura para o câncer de mama em Goiânia (GO), o estágio III foi o mais frequente encontrado ao diagnóstico. Isso gera uma preocupação quanto à funcionalidade dos serviços para diagnóstico precoce em Goiânia. No entanto, entre os anos de 2008 e 2012, ocorreu um aumento significativo na taxa de internação hospitalar no SUS (30,2%), o que pode indicar um avanço na cobertura mamográfica no município.

Assim também, a redução da taxa de mortalidade entre 40 e 49 anos (30,9%) poderia ser atribuída à ampliação da cobertura de mamografia nessa faixa etária. Contudo, apesar de uma redução considerável da taxa de mortalidade na quinta década de vida, o mesmo não ocorreu nas demais faixas etárias, observando-se, ainda, uma tendência de aumento na taxa de mortalidade total no período analisado (39,7%). Por fim, observou-se que o tempo transcorrido entre o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento, com predomínio entre 91 a 180 dias, não está em conformidade com o exigido por lei (60 dias).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica; 2013.
2. World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer. [Internet]. Globocan; 2008 [cited 2016 Ago 28]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) [Internet]. Tipos de câncer: mama; 2016 [cited 2016 Set 10]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
6. Freitas Júnior R, Siqueira LB, Carrijo ENA, Lacerda RP, Paulinelli RR, Rahal RMS et al. Variação temporal do tratamento cirúrgico do câncer de mama em um hospital universitário na região centro-oeste do Brasil. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2013 [cited 2016 Set 11];40(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000300003
7. Rosa LM, Silva GS, Nunes R, Radünz V, Ilha P, Marinho MM. Produção científica da enfermagem oncológica: recorte temporal 2002 a 2012. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2016 Set 11];9(3):7055-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6670/pdf/7373>
8. Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Silva CMB, Oliveira JC. Prevalence of breast cancer in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, between 1988 and 2002. Sao Paulo Med J [Internet]. 2011 [cited 2016 Set 11];129(5):309-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000500005
9. Freitas-Junior R, Freitas NMA, Curado MP, Martins E, Silva CM, Rahal RM et al. Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. São Paulo Med J [Internet]. 2010 [cited 2016 Set 11];128(2):81-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000200007
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. TNM: classificação de tumores malignos, traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
11. Correa RS, Freitas-Júnior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos MEF, Marins LAP et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2016 Sept 11];27(9):1757-67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900009
12. Girianelli, VR, Gamarra, CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2014 [cited 2016 Sept 11];48(3):459-67. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/84395/87183>
13. Albrecht CAM, Amorim MHC, Zandonade E, Calheiros JO. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. Rev bras epidemiol [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 11];16(3):582-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X20130003000582&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Borges ZS, Wehrmeister FC, Gomes AP, Gonçalves H. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2016 [cited 2016 Sept 11];19(1):1-13. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00001.pdf>
15. Santos ET, Silva IS, Souza CC, Filho ACP, Ribeiro AA. Evolução da mortalidade por câncer de mama no estado de mato grosso do sul no período de 1998 a 2007. Hygeia [Internet]. 2011 [cited 2016 Sept 11];7(13):197-207. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17050/9402>
16. Lobbzoo DJA, Van Kampen RJW, Voogd AC, Dercksen MW, Van DenBerkmortel F, Smilde TJ et al. Prognosis of metastatic breast cancer: are there differences between patients with de novo and recurrent metastatic breast cancer? Br j cancer [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 11];112(9):1445-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453676/?tool=pubmed>
17. Rosa LM, Radünz V. Do sintoma ao tratamento adjunvante da mulher com câncer de mama. Texto context-enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 11];22(3):713-21.

Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a18.pdf>

18. Martins E, Freitas-Júnior R, Curado MP, Freitas NM, Oliveira JC, Silva CM. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. Rev bras med ginecol obstet [Internet]. 2009 [cited 2016 Sept 11];31:219-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a03.pdf>

19. Lima CF. O tratamento da mulher com câncer de mama tem ocorrido em tempo adequado e com qualidade? INCA no outubro rosa: fortalecendo os laços para o controle do câncer de mama: avanços e desafios. Rio de Janeiro, 2012.

20. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. 2012 [cited 2016 Sept 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

21. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para o acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev bras med ginecol obstet [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 11];(10):458-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/06.pdf>

22. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 11];20(12):3805-16. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>

23. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. [Internet] 2011 [cited 2016 Sept 11]. Available from: <http://www.oncocir.com.br/wp-content/uploads/2013/01/Programa-Nacional-de-Controle-do-Cancer-de-Mama.pdf>

Submissão: 29/11/2016

Aceito: 23/02/2017

Publicado: 01/06/2017

Correspondência

Gabriela Camargo Tobias
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP
Universidade Federal de Goiás/UFG
Rua 235, s/n
Setor Universitário
CEP: 74605050 – Goiânia (GO), Brasil