Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Câncer de mama e organização de serviços:
do atendimento básico à referência na
Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera no
município de São Paulo**

Carlos Airton Severo Munhoz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública**

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

**Orientadora: Prof^a Dra. Ana Cristina
d'Andretta Tanaka**

São Paulo
2009

**Câncer de mama e organização de serviços:
do atendimento básico à referência na
Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera no
município de São Paulo**

Carlos Airton Severo Munhoz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

**Orientadora: Prof^a Dra. Ana Cristina
d'Andretta Tanaka**

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedicatória

Aos meus queridos pais
Zeno (in memoriam) e Lizete,
pela minha vida e esforços
dispendidos ao longo dos anos.

Às mulheres pesquisadas e a sua
luta contra o câncer de mama, pelas
lições de vida que me emocionaram.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, prof^a Dra Ana Cristina D'Andreta Tanaka, pela sua extrema competência profissional, sua disponibilidade pessoal e, sobretudo, pelo seu afeto, carinho e amizade, que tornou essa jornada extremamente rica e agradável em todos os seus aspectos.

Ao professor Dr Oswaldo Yoshimi Tanaka, que entrou nesse processo de forma integrada e contribuindo para o sentimento final de ter sido um presente de vida.

Aos professores, Dra Augusta Thereza de Alvarenga, Dr Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, Dra Sabina Lea Davidson Gotlieb e Dr Chester Luiz Galvão César pelos ensinamentos transmitidos, paciência e sugestões na construção desse trabalho.

Ao Professor Dr Luiz Henrique Gebrim por sua valiosa contribuição na qualificação do projeto de dissertação.

Ao professor Dr Marcos Ymayo pela sua colaboração e participação na Banca final.

À Irmã Dra Monique Bourget, pelo carinho e incentivo que me encorajaram a concluir com êxito essa empreitada.

Ao Dr Fusio Ymaio e Dra Grasiela Benini pela colaboração e atenção dispensadas.

Ao Dr Carlos Tavares, pelo tempo despendido no auxílio em relação às nuances da estatística.

Ao Dr Cláudio Ricardo Severo Munhoz pelos ensinamentos transmitidos de valor inestimável.

Aos colegas de pós-graduação, pelo convívio e troca de informações e experiências.

Aos profissionais do arquivo médico, pelo inestimável trabalho de busca dos prontuários da amostra, grandemente dificultado pela troca de sistema de informação e implantação de novo prontuário eletrônico na CSSM Itaquera.

Aos funcionários Iara, Leandro e Livia do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo carinho, atenção e prontidão no atendimento às minhas solicitações nesses meses de estudo.

RESUMO

Munhoz CAS. **Câncer de mama e organização de serviços: o problema do diagnóstico e tratamento tardios em pacientes da Casa de Saúde Santa Marcelina unidade Itaquera do Município de São Paulo.** [dissertação de Mestrado].São Paulo Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo,2009.

Introdução: O câncer da mama é uma das neoplasias mais extensivamente estudadas no mundo todo em muitos aspectos, inclusive em relação às suas características epidemiológicas, algumas bastante peculiares. Isso se deve ao fato de que o câncer de mama na mulher é uma das mais importantes causas de morbimortalidade por câncer em quase todas as populações do planeta desde a segunda metade deste século.**Objetivos:** Descrever as características de serviços públicos de atendimento ambulatorial em relação ao acesso e resolutividade de pacientes com diagnóstico de câncer de mama atendidas na referência da Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera São Paulo. **Metodologia:** Estudo exploratório sob uma perspectiva quantitativa, transversal e descritivo. Constituído por meio de uma amostra de 52 mulheres atendidas no Ambulatório de Mastologia no Centro de especialidades (AME) que recorreram ao serviço de junho à setembro de 2008 ,em um dia fixo na semana, e submeteram-se posteriormente à cirurgia para tratamento de câncer de mama. Foi utilizado um formulário de perguntas que permitiu conhecer o nível de informação e acessibilidade das mulheres com câncer de mama. A análise descritiva foi apresentada por meio de tabelas de frequências, médias e desvios padrões.Quando pertinente foi feita análise não paramétrica (qui-quadrado de Pearson).Os dados foram armazenados em planilha Excell e posteriormente analisadas utilizando o pacote estatístico STATA.**Resultados:**A maioria das pacientes estavam com mais de 50 anos (59,62%).As mulheres foram responsáveis pela percepção de seu problema mamário pelo auto-exame(65,38%). O nódulo foi o achado clínico e radiológico dominante (73,08 %), e o carcinoma ductal infiltrante foi o tipo histológico mais comum (88,47%). Percentagem significativa das pacientes (61,54%) não tiveram suas mamas palpadas pelos médicos.A unidade básica de saúde (82,69) foi o recurso mais procurado.Não houve demora no atendimento médico (61,54%).O tempo de demora para ser atendida entre 3 e 6 meses ocorreu em 26,32 % das mulheres.Apenas 1 mulher (1,92%) apresentou estadiamento 0.Houve 32(30,77%) mulheres com mais de 50 anos,sendo que 68,75% e 31,25% apresentaram estadiamentos I,IIA,IIB e III,IV respectivamente. **Conclusões:** Apesar da casuística ser pequena para esta amostra os dados permitem concluir que apesar das mulheres freqüentarem o serviço de saúde, são elas as responsáveis pela percepção de seu problema mamário através do auto-exame e detectam mais o câncer de mama do que a atenção primária. Existe uma demora de mais de 6 meses entre o diagnóstico feito na UBS e o atendimento feito na referência potencializando a evolução do câncer de mama.

Descritores:Neoplasias mamárias.Organização de serviço.Diagnóstico precoce.Acessibilidade.Políticas de saúde.

ABSTRACT

Munhoz CAS. Breast Cancer and organization of services: the problem of the delayed diagnosis and treatment in patients of the Casa de Saúde Santa Marcelina unidade Itaquera of the city of São Paulo. [Mastering dissertation]. College of Health Public of the University of São Paulo, 2009

Introduction: The breast cancer is one of the most extensively studied cancers worldwide in many aspects, including in relation to its epidemiological characteristics, some very peculiar. This is due to the fact that breast cancer in women is one of the most important causes of morbidity and mortality from cancer in almost all populations of the planet since the second half of this century. **Objectives:** to describe the characteristics of public services of ambulatorial attendance in relation to the access and resolutivity of patients with diagnosis of breast cancer attended in the reference of the Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera Sao Paulo. **Methodology:** Exploratory study on a quantitative perspective, transverse and descriptive. Constituted by a sample of 52 women attended in the Outpatient Clinic of Mastology in the Center of Specialties which used the service from June to September 2008, on a fixed day in the week, and subsequently submitted to surgery for treatment of breast cancer. It was utilized a form of questions that permitted to know the level of information and accessibility of the women with breast cancer. The descriptive analysis was presented by means of tables of frequencies, averages and standard deviations. When appropriate was made the analysis not parametric (Pearson's chi-square). The data were stored in Excel spreadsheet and then analyzed using the statistical package STATA. **Results:** Most patients were age over 50 years (59.62%). Women were responsible for the perception of their problem by breast self-examination (65.38%). The nodule was the dominant clinical and radiological findings (73.08%) and infiltrating ductal carcinoma was the most common histological type (88.47%). Significant proportion of patients (61.54%) did not have its breasts examined for his doctors. A basic health unit (82.69) was the feature most searched. There was no delay in the medical attendance (61.54%). The time of delay to be taken care of between 3 and 6 months occurred in 26,32% of the women. Only 1 woman (1.92%) had staging 0 for breast cancer. There were 32 (30.77%) women with more than 50 years, and 68, 75% and 31.25% had stage I, IIA, IIB, IIA, IIB and III, IV respectively. **Conclusions:** Despite of the casuistic be small for this sample the data allow to conclude that despite of the women attend the service of health, they are responsible by the perception of her mammary problem through the auto-exam and detect more the breast cancer than the service of primary attention. There is a delay of more of 6 months between the diagnosis made in the UBS and the attendance made in the reference service, boosting the evolution of the breast cancer.

Descriptors: Breast neoplasia. Organization of services. Precocious diagnosis. Accessibility. Health Politics

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACO – Anticoncepcionais Orais

AEM – Auto-exame das mamas

BI-RADS[®] _ Breast Imaging Reporting and Data System

BRCA – Breast Cancer Gene

CDI – carcinoma ductal infiltrante

CDIS – carcinoma ductal *in situ*

CM – Câncer de Mama

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS- Ministério da Saúde

OMS _ Organização Mundial da Saúde

RM – ressonância magnética

RR – Risco Relativo

TH – Terapia Hormonal

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. Introdução

1.1. O câncer de mama no contexto da saúde pública:magnitude,tendências e aspectos sócio-epidemiológicos.....

1.2. O câncer de mama nas políticas públicas no contexto da saúde da mulher: o caso brasileiro.....

1.3 .A rede pública de serviços de assistência ao câncer de mama:desafios da promoção,prevenção ,diagnóstico precoce e tratamento no âmbito do SUS.....

1.4 .A organização de serviços de câncer de mama na saúde Pública e sua relevância como questão investigativa.....

2. Objetivos.....

3. Métodos.....

3.1 Delineamento do estudo.....

3.2 Local do estudo.....

3.3 População do estudo.....

3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....

3.5 Coleta de dados.....

3.6 Variáveis do estudo.....

3.6.1 Variáveis sócio-demográficas.....

3.6.2 Variáveis relacionadas ao aumento de risco para câncer de mama..

3.6.3 Variáveis relacionadas a acessibilidade e longitudinalidade.....

3.7 Análise Estatística.....

3.8 Aspectos éticos.....

4.Resultados.....

5.Discussão.....

6. Conclusão

7. Considerações finais.....

8. Referências bibliográficas.....

9. Anexos.....

9.1 Anexo 1.....

9.2 Anexo 2.....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número e percentagem das variáveis biológicas da amostra de mulheres com câncer de mama no ambulatório de mastologia da CSSM,São Paulo,2008.....

Tabela 2. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo alguns fatores de risco.CSSM,2008.....

Tabela 3. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo histórico familiar. CSSM,2008.....

Tabela 4. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama sinais e sintomas no momento da consulta.CSSM,2008.....

Tabela 5. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo autor da percepção do problema mamário. CSSM,2008.....

Tabela 6. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo local do SUS onde procurou recurso médico.CSSM,2008.....

Tabela 7: Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo percepção da paciente em relação à rapidez no atendimento médico.CSSM,2008.....

Tabela 8. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama que consideram ter demorado a consulta médica segundo tempo de demora em meses.CSSM,2008.....

Tabela 9. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo a frequência da paciente ao médico. CSSM,2008.....

Tabela 10. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo a regularidade dos exames preventivos do câncer de mama.CSSM,2008.....

Tabela 11. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo propedêutica de palpação pelo médico.CSSM,2008.....

Tabela 12. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo o tempo de surgimento do problema mamário até o atendimento na CSSM Itaquera. CSSM,2008.....

Tabela 13: Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo a falta de preocupação em não realizar exames periódicos para prevenção do câncer de mama.CSSM,2008.....

Tabela 14. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo demora na percepção da paciente entre perceber o problema mamário e o atendimento na CSSM Itaquera.CSSM,2008.....

Tabela 15. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo o tipo histológico do tumor.CSSM,2008.....

Tabela 16. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo Estadiamento TNM.CSSM,2008.....

Tabela 17. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo percepção e onde procurou recurso médico. CSSM,2008.....

Tabela 18. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo rapidez no atendimento médico e onde procurou recursos para ser atendida.CSSM,2008.....

Tabela 19. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo percepção do problema mamário e frequência ao médico.CSSM,2008.....

Tabela 20. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo demora no primeiro atendimento e rapidez no atendimento médico.CSSM,2008.....

Tabela 21. Distribuição do número e percentagem de mulheres que referiram demora no atendimento especializado(em meses) segundo tempo de surgimento do câncer mamário.CSSM,2008.....

Tabela 22. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo faixa etária e estadiamento TNM.CSSM,2008.....

Tabela 23 : Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo tempo de surgimento do problema mamário até o atendimento na CSSM e estadiamento reduzido.CSSM,2008.....

1.Introdução

O câncer da mama é uma das neoplasias mais extensivamente estudadas no mundo todo em muitos aspectos, inclusive em relação às suas características epidemiológicas, algumas bastante peculiares. Isso se deve ao fato de que o câncer de mama na mulher é uma das mais importantes causas de morbimortalidade por câncer em quase todas as populações do planeta desde a segunda metade deste século.

Representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta frequência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. É a neoplasia maligna responsável por cerca de 20% dos óbitos entre as mulheres.(INCA,2008).

No âmbito mundial, observa-se um aumento na incidência de câncer de mama, sendo que uma parte deste aumento, muito provavelmente, está relacionada ao crescente uso da mamografia por meio de programas de rastreamento dirigidos à população específica.(SMIGAL et al.,2006).

Em vários países desenvolvidos, a mortalidade por câncer de mama vem decrescendo, decréscimo este que tem sido atribuído à detecção precoce, a qual possibilita a identificação da doença em fase mais inicial,e aos avanços do tratamento (BRAY et al.,2004).

Entre 1950 e 2000, nos Estados Unidos foi detectado um aumento significativo na incidência de câncer de mama, provavelmente por diagnósticos precoces, visto que os diagnósticos estão se tornando cada vez mais precoces. Sabe-se que em cada nove mulheres americanas uma vai desenvolver tumor de mama e as estatísticas brasileiras não devem estar muito distante desses números.

Soma-se a isso pouca disponibilidade de estudos que investiguem a correlação entre as características dos serviços e as suas contribuições nos resultados alcançados nesta área, tendo a maioria deles ênfase ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

O câncer de mama é uma doença heterogênea que apresenta variações histopatológicas e diferentes respostas clínicas, podendo ocorrer na pré e pós-menopausa, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático. Essa neoplasia atinge frequentemente mulheres com idade superior a 40 anos, embora tenha sido observado, em nível mundial, um aumento de sua incidência em faixas etárias menores (FREITAS et al., 2006).

Avaliando os aspectos epidemiológicos da doença, a maioria das pacientes afetadas por essa neoplasia encontra-se na faixa etária de 40 a 69 anos, com predominância do carcinoma esporádico, que representa cerca de 95% de todos os casos (INCA, 2009).

Em torno de 5% dos tumores mamários são hereditários e ocorrem em mulheres mais jovens e com histórico familiar da doença, estando normalmente associado a mutações nos genes BRCA1/BRCA2 (GUIMARÃES, 2004).

O carcinoma mamário origina-se da alteração (genética e/ou epigenética) de uma única célula da estrutura glandular mamária. A subsequente progressão do tumor ocorre pelo acúmulo de alterações em genes reguladores do crescimento e diferenciação celular, que resulta na expansão clonal e seleção dessas células (POLIAK et al., 2007).

VARGO-GOGOLA T et al. em 2007 concluíram que células-tronco localizadas predominantemente nos ductos mamários podem ser o sítio de origem da neoplasia.

Considera-se que existam **três formas distintas de câncer de mama** (MILAN et al.,1998).O câncer de mama esporádico, o familiar e o hereditário.

Câncer de mama esporádico: a mutação genética desencadeadora da neoplasia ocorre em uma família sem predisposição para a doença, podendo acometer ao acaso qualquer indivíduo da população geral.

Câncer de mama familiar: dois ou mais aparentados em primeiro ou segundo graus são acometidos pela doença, porém não observa-se a predominância de diagnósticos precoces ou bilaterais, e cujo risco relativo dos seus membros desenvolverem o câncer está aumentado em cerca de 3 vezes em relação à população geral. Estudos recentes indicam que esse tipo de câncer compreende um terço do total do número de casos de câncer de mama..

Câncer de mama hereditário: o quadro típico caracteriza-se pela idade precoce ao diagnóstico, excesso de bilateralidade, múltiplos outros cânceres primários na família por três ou mais gerações, incluindo mulheres com história familiar paterna, e um padrão de transmissão autossômico dominante. Nestes casos, o risco para desenvolvimento da neoplasia é extremamente elevado ao longo da vida, podendo chegar até 10 vezes.

A incidência do câncer feminino apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde (Ministério da saúde, 2006).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres; sendo que em 2007 foram 548 mil óbitos. (OMS,2007) acarretando elevados custos sociais e importantes consequências físicas e psíquicas nas mulheres acometidas.

Uma em cada três pacientes diagnosticadas com câncer de mama no Brasil já se encontra no estágio mais avançado da doença. De acordo com dados, 36% das mulheres descobriram estar doentes já em estado grave. Dessas, só 35% encontraram sobrevida de pelo menos cinco anos no serviço público de saúde. (GBECAM,2009).

O atendimento da rede primária é deficiente, faltam diretrizes, treinamento e acesso rápido para o primeiro atendimento. A falta de acesso das pacientes aos centros básicos e de referências, retarda o diagnóstico, com piora no prognóstico do câncer de mama. Casos mais avançados provocam custos e as chances de cura são inferiores a 30% (GEBRIM,2006).

A falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois, em 3 ou 6 meses, grande parte das neoplasias das pacientes pertencentes ao estágio II evoluiria para III ou IV. Solucionar essa questão antes de se iniciar o rastreamento mamográfico seria inevitável. (GEBRIM,2006).

1.1. O câncer de mama no contexto da Saúde Pública: magnitude, tendências e aspectos sócio-epidemiológicos.

Atualmente o câncer de mama é um problema de saúde pública, não só em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, mas também em países desenvolvidos, como Estados Unidos e países da Europa Ocidental. No mundo, surge 1,2 milhões de novos casos de câncer de mama todos os anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 houve um aumento de dez vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional. (WHO, 2001).

A despeito dos modernos métodos de rastreamento desenvolvidos e dos avanços terapêuticos, o câncer de mama continua sendo motivo de preocupação devido sua alta incidência, prevalência e letalidade (LEGORETTA et al., 2004).

Segundo a Cancer Statistics, em 2008 houve 182.460 novos casos e 40.480 mortes de câncer de mama em mulheres nos Estados Unidos. (JEMAL et al., 2008).

O câncer de mama no Brasil

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, em estimativa feita para 2008, e válidas também para o ano de 2009, serão diagnosticados no Brasil 49.470 casos novos, sendo a segunda neoplasia mais incidente em mulheres, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.

Na região Sudeste, ele é o mais incidente entre as mulheres cujo risco estimado é de 68 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000) (INCA,2008).

Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (16/100.000). A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária é bem heterogênea entre estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste, de uma maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário.

Com o aumento das taxas de detecção precoce e com a melhoria nos tratamentos oferecidos, sabe-se que aproximadamente 50% das mulheres sobreviverão por, pelo menos, quinze anos após o diagnóstico (JEMAL et al.,2008).

Fatores causais conhecidos

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente o mesmo se dá de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como “Clemmesen’s hook” e tem sido atribuída à menopausa.(HAKANA et al.,2007).

Alguns estudos apontam para dois tipos de câncer de mama relacionados com a idade: o primeiro tipo ocorre na pré-menopausa e é caracterizado por ser mais agressivo e estrogênio receptor (ER) negativo; o segundo ocorre na pós-menopausa e está associado com características indolentes e principalmente por ser ER positivo. As variações morfológicas também estão relacionadas ao ER, como os carcinomas medulares em ER negativos e os carcinomas tubulares e lobulares em ER positivos. Com relação aos carcinomas medulares, pode-se dizer ainda que eles estão associados às mutações no gene BRCA1 e são mais freqüentes em populações de baixo risco, como as mulheres japonesas. Por outro lado, os carcinomas tubulares e lobulares têm associação com as mutações do gene BRCA2 e são mais comuns em populações de alto risco, como as mulheres dos Estados Unidos.

A partir da comparação das taxas de incidência padronizadas por idade, pesquisadores britânicos estimaram que poderiam ser evitados de 75% a 80% dos

cânceres diagnosticados na população dos EUA na década de 1970. (DOLL & PETO, 1981).

Esta estimativa, embora pudesse parecer exagerada, permitiu que fossem identificados fatores ambientais de risco para câncer em sociedades desenvolvidas como a americana.

O Câncer de Mama em São Paulo

As mortes por câncer de mama na Cidade de São Paulo, foi a principal causa de óbito na população feminina representando um aumento do Coeficiente padronizado em relação ao ano anterior. Ao analisar por coordenações de saúde do SUS, observou-se que esse aumento foi maior nas Regionais Centro-Oeste, Leste e Sul.

A análise dos coeficientes padronizados por idade mostraram tendência de redução nos riscos de morte por Ca de mama na cidade de 1997 a 2005, sendo a redução mais discreta nas Regionais Norte e Leste. (CeInfo 2006).

Ao adotar os indicadores da Regional Leste como referência em 2005, por apresentarem os melhores índices, a comparação com as outras regionais mostraram que os riscos são quase 40% maiores na Centro-Oeste e 20% maiores nas Regionais Norte e Sudeste. (CeInfo 2006).

As regiões de maiores valores concentram as mortes em idades avançadas enquanto nas Regionais Leste e Sul a maior parte das mulheres falece com idades mais precoces. Entre as razões para estas mortes precoces (abaixo de 60 anos), nas Regionais Leste e Sul contribuem a estrutura etária mais jovem das populações femininas nessas regiões. Outra razão é o risco mais expressivo em mulheres mais jovens nessas regiões. (CeInfo 2006).

As mudanças nos padrões de vida e reprodução na sociedade moderna tendem a aumentar os riscos da incidência do Ca de mama em decorrência da redução no número de filhos, das gestações mais tardias, da redução no tempo de amamentação, da quantidade de gordura na dieta e do aumento da obesidade. Estas mudanças são observadas inicialmente nas classes de renda e escolaridade mais alta da população que apresentam os maiores coeficientes de mortalidade.

As demais classes sociais, com o passar do tempo, vão incorporando esses padrões de comportamento e consumo. Por outro lado, o acesso ao diagnóstico precoce e o tratamento adequado são diferenciados socialmente o que tende a levar a uma redução da letalidade, de maior intensidade nas populações residentes nos espaços de melhores condições sociais de vida. Como consequência, os riscos de morte entre os grupos sociais de alta renda tendem a diminuir, ocorrendo o oposto nas populações que vivem em piores condições médias de vida (Ceinfo 2006).

1.2. O câncer de mama nas políticas públicas no contexto da Saúde da Mulher: o caso brasileiro.

1.2.1 Políticas públicas e a saúde da mulher brasileira

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde. Nas décadas de 1930, 1940 e 1950 os programas materno-infantis contribuíam para uma visão restrita da mulher como mãe e "dona de casa". A saúde da mulher passa a ser fonte de preocupação de diversos países devido ao crescimento acelerado da população mundial. No Brasil, programas de "controle da natalidade" disseminaram-se no final da década de 1970.

Os objetivos demográficos foram os grandes norteadores destes programas, voltados à redução da fecundidade. As atividades de controle da natalidade expandiram-se. Como afirmam, "*as ações visavam recrutar novas usuárias de métodos de alta eficácia, sem dar a devida importância às necessidades ou preferências das mulheres*". (DÍAZ,1999). A melhoria da saúde e da qualidade de vida populacional ficava relegada a segundo plano. Problemas advindos da adoção desses programas levaram cientistas e movimentos feministas a manifestarem sua insatisfação, ocasionando revisões das políticas internacionais em saúde da mulher. Entretanto, a ênfase se manteve nos aspectos reprodutivos. A mulher que merecia atenção do Estado era aquela que se encontrava no período fértil. A partir da década de 1960, movimentos feministas contribuíram para trazer ao espaço público questões até então tratadas como de âmbito privado.

Em “*Nosso Corpo Nos Pertence*”, refletia a luta das mulheres pela autonomia individual em detrimento das formas de subordinação feminina, já que o caráter de objeto do corpo feminino é a face visível da subjugação das mulheres (PORTELLA et al.,2001). Esta palavra de ordem percorreu o mundo na década de 1970, capturando a imaginação das mulheres nos mais diversos continentes e motivando “*pequenas rebeliões e demandas públicas*”(ÁVILA et al.,1999).

A produção feminista das décadas de 70 e 80 do século XX pontuou a sexualidade como um direito. A tomada de consciência sobre si, como sujeitos, foi fundamental para situar a repressão à sexualidade como uma estratégia de dominação. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, China, 1995, procuraram fortalecer esse processo num movimento com marcas mundiais.

O engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou as primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde.(FORMIGA FILHO, 1999) .Apesar de engessado nos governos militares, o movimento feminista reorganizou-se, abrindo debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira.

A participação feminina foi intensa na discussão sobre a saúde da mulher, durante a década de 1980.

Desde então, uma das principais bandeiras tem sido "*desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino (...) de romper a lógica complexa de apropriação e subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública*" segundo Ávila e Corrêa, 1999 .Assim, o tema da saúde sobressaiu-se no cenário feminista.

Nesse contexto, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, no Ministério da Saúde, e o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1984. Este programa acabou canalizando grupos autônomos envolvidos com a saúde da mulher, no que diz respeito à mobilização, organização e representação política, além da produção e difusão de informação e de conhecimento (ÁVILA et al., 1999).

O Programa contemplava estratégias que abordavam a saúde da mulher em todas as etapas do ciclo vital. Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação com vistas à melhoria da saúde da população feminina estavam previstas. Dentre as ações regulamentadas e normatizadas pelo PAISM encontrava-se a assistência ao climatério.

O PAISM não foi adequadamente implementado no Brasil, apontando o distanciamento entre concepção e prática. A efetividade de um programa com tal envergadura depende de fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. Desta forma, se faz necessário um controle social eficaz, com o envolvimento contínuo de grupos de mulheres e instituições. (ALVAREZ et al.,1990; PINOTTI et al.,1990; GALVÃO et al.,1990; OSIS et al.,1998; COSTA et al.,1990).

Cabe comentar brevemente o estado atual das políticas públicas da saúde da mulher, lançadas pelo Ministério da Saúde. Dentre as Leis e Portarias editadas no período de 1996 a 2000 os seguintes temas são relativos à mulher: planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal. Infelizmente, nota-se nesse conjunto de leis uma ausência importante: a saúde mental.

Assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes representa um grande avanço. A Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: 2004-2007 considera, "num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sócio-demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil". Incorporam-se a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/ AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do **câncer de mama e colo do útero** são alvos dessa política.

As áreas de atuação do PAISM são divididas em grupos baseados nas fases da vida da mulher, a saber: Assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal (baixo e alto risco), parto e puerpério, Assistência ao abortamento, Assistência à concepção e anticoncepção, Prevenção do câncer de colo uterino e detecção do **câncer de mama**; (Portaria 3040 de 21 de junho de 1998 do Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino), assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento das DST/AIDS e assistência à mulher vítima de violência (Ministério da saúde, 1998).

1.2.2 Programas, Pactos e diretrizes para o câncer de mama.

No Ministério da Saúde, surge em 1983 o ***Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)***, com normas e diretrizes para a prevenção do **câncer de mama** e de colo do útero.

Em 1997 surge o Programa Nacional de Controle do **Câncer de Mama** e Colo do Útero VIVA MULHER, complementado em 2004 pelo Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama tinha como objetivo principal, reduzir substancialmente, o número de mortes causadas pelo câncer de mama e colo do útero, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame clínico de mamas e papanicolau, além do tratamento adequado do tumor.

Em 2001 é lançado o **Projeto expande** expansão da assistência oncológica e desenvolvido juntamente com as Secretaria de assistência à saúde e Secretaria executiva, ambas do Ministério da Saúde. Tinha como principal objetivo estruturar a integração da **assistência oncológica** no Brasil, afim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população. Previu a criação de 20 centros de alta complexidade em oncologia (CACON) para atendimento à população.

Em 2004 é apresentado o Documento de Consenso para o **Controle do Câncer de Mama**.

Em 2005, veio a **Política Nacional de Atenção Oncológica**: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, prevendo, entre outras coisas, a “criação de “planos estaduais de controle do **câncer de mama** e do colo do útero”.

Em **2006** tivemos o ***Pacto pela Saúde***, firmado pelos órgãos gestores do SUS (União, Estados e Municípios), no qual o **câncer de mama** e de colo do útero figuram entre os alvos prioritários e se estabelece como regra uma revisão anual de metas a serem executadas nos termos de um documento denominado ***Documento de Diretrizes Operacionais para o Pacto pela Saúde de 2006***.

1.2.3 Legislação que beneficiam as pacientes portadoras de câncer de mama.

LEGISLAÇÃO

LEI FEDERAL Nº 7.713 de 22-12-1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá providências “as mulheres com câncer de mama são isentas da tributação de imposto de renda - IR nos termos da Lei, inclusive as pessoas portadoras de outras doenças graves.

LEI FEDERAL n.º 8036 de 11-05-1990 Resolução número 1 de 15/10/96 - PIS/PASEP -Medida provisória 1845 de 19/08/99 - Lei 8989 de 24/02/95 - isenção do IPI na aquisição de veículo.

LEI FEDERAL Nº 8.080/90 de 19-09-1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências “Todas as pessoas, sem discriminação, têm direito a cuidados preventivos, de promoção e recuperação da saúde, terapias paliativas, assistência médico-hospitalar e, se necessário, domiciliar e psicológica. Nos casos de mastectomia, a mulher também tem direito à reconstrução mamária pelo SUS (Sistema Único de Saúde”.

LEI FEDERAL Nº. 9.897 de 06-05-1991: Trata da obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama pelo SUS, nos casos de mutilação devido ao tratamento de câncer.

LEI FEDERAL n.º 8.213 de 24-07-1991, combinada Conforme os artigos 201 e 202 da Carta Magna que a pessoas incapazes para o trabalho definitivamente ou temporariamente poderão requerer benefício junto ao INSS.

LEI FEDERAL n.º 261/1992 e a LEI FEDERAL n.º 38.699/1994: Relata que as mulheres portadoras do câncer de mama estão isentas de ICMS, IPI e IPVA.

LEI FEDERAL Nº 261 de 06-05-92 - isenção do ICMS/OF imposto relativo a circulação de mercadorias na aquisição de veículo até 127 HP em mulheres submetidas à mastectomia por carcinoma de mama.

LEI FEDERAL n.º 8.922/1994 O Portador de Neoplasia maligna ou possuidor de dependente (junto ao INSS ou Imposto de Renda) igualmente possuidor, poderá sacar o FGTS e PIS/PASEP. (direito não exclusivo apenas as mulheres com câncer de mama).As mulheres diagnosticada com "neoplasia maligna" (câncer de mama) se estiver aposentada por invalidez permanente terão direito a quitação da casa Própria (sendo titular ou participante do financiamento).

LEI FEDERAL Nº 8.922, de 25-07-1994. Acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

LEI FEDERAL Nº 773 de 10-10-94 - decreto 16982 de 05/12/95 - gratuidade de transportes públicos para pessoas de baixa renda acometidas de neoplasia maligna.

LEI FEDERAL n.º 9313 de 24-10-1996: isenção de CPMF até 10 salários mínimos de Comprovação de valores.

LEI FEDERAL Nº 9783 de 28-01-1999: dispõe da isenção da contribuição previdenciária para o trabalhador ou qualquer de seus dependentes acometido de neoplasia maligna.

LEI FEDERAL Nº 9.797, de 06-05-1999: dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

LEI FEDERAL Nº. 10.223 de 15-05-2001: trata da obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados, nos casos de mutilação devido ao tratamento de câncer.

LEI FEDERAL Nº. 11.664/08 de 24-09-2008: declara garantir às mulheres prevenção e tratamento para o câncer de mama e de colo do útero. Reafirma o direito das mulheres às ações de prevenção e tratamento integral já previstas no inciso II do art. 7º da **Lei nº 8.080/90** e explicita “o SUS deve assegurar a realização de exames mamográficos preventivos e diagnósticos a todas as mulheres a partir de 40 anos”.

LEI ESTADUAL n.º 8.899/1994 e Decreto n.º 3.691/2000: as portadoras de câncer de mama com os demais deficientes, preenchidos os requisitos beneficiam-se da gratuidade do Transporte Interestadual Coletivo de Passageiro.

LEI ESTADUAL n.º 10.844/2001: as mulheres com câncer de mama que residem no Estado de São Paulo, comprovando-se a enfermidade (doença grave e irreversível) que impeça ou dificulte sua capacidade ao trabalho terão direito de pleitear um imóvel popular, conforme dispõe os termos da legislação.

LEI ESTADUAL nº 10.459 de 20-12-1999 (Projeto de lei nº 391/1999, da deputada Rosmary Corrêa PMDB): altera dispositivo da Lei nº 9700, de 04-06-1997, que instituiu o **Dia Estadual de Prevenção ao Câncer de Mama** (Prevenção e o diagnóstico precoce).

Portaria SAS Nº 779, de 31 de dezembro de 2008 SISMAMA

Define como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, gestão do controle da doença, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).

1.3. A rede pública de serviços de assistência ao câncer de mama: desafios da promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento no âmbito do SUS.

As estratégias para controle do câncer podem ser dirigidas à indivíduos assintomáticos ou sintomáticos (doença local ou doença avançada). As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (*prevenção primária*) como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (*rastreamento*). As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de *diagnóstico precoce*. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de *detecção precoce* (WHO, 2002).

As ações na prevenção primária do câncer de mama, envolvem a adoção de estratégias de comunicação e educação em saúde sobre a importância do problema, a possibilidade de detecção precoce e a rotina do rastreamento. É importante reconhecer que a informação é apenas uma etapa neste processo educativo e que ela deve ser tratada de maneira culturalmente sensível e participativa, de acordo com o perfil da população feminina da área de abrangência das Unidades de Saúde (WHO, 2006).

A detecção e o diagnóstico do câncer de mama inclui: história clínica (antecedentes familiares, antecedentes reprodutivos e sintomas), exame físico (inspeção e palpação), exames complementares (mamografia, ultra-sonografia e biópsia aspirativa). (GUIRRO, 2002).

O câncer de mama causa impacto positivo na detecção precoce e na morbimortalidade, conforme verificado em países que organizaram programas efetivos de rastreamento populacional (IUAC, 2004).

O rastreamento populacional é uma estratégia de monitoramento das mulheres que não apresentam sintomas do câncer de mama, mas que se enquadram na faixa etária de maior risco, e viabiliza o diagnóstico precoce.

1.3.1 Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, uma vez que até o momento é indicada a mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos como método efetivo para detecção precoce.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda como principais estratégias de rastreamento populacional um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos de idade. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independentemente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para o câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

1.3.1.1 Documento de consenso para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil

De acordo com as evidências científicas obtidas de programas adotados pelos países que desenvolvem políticas públicas, adaptadas à realidade da infra-estrutura brasileira, foi elaborado em 2004 um **documento de consenso para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. A política de rastreamento populacional de câncer de mama no Brasil (monitoramento das mulheres sem sintomas) preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos.

A mamografia para diagnóstico é garantida pelo Sistema Único de Saúde a todas as mulheres que tiverem indicação médica, sem limite de idade.

Nas mulheres de alto risco, preconiza-se exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos.

Apesar de o rastreamento mamográfico permitir redução de mortalidade de até 18% nas mulheres com idade entre 40 e 50 anos, a redução supera 30% após os 50 anos e a relação custo benefício é mais favorável nesta população mais idosa (Smith et al., 2005). O rastreamento com mamografia anual a partir dos 50 anos, adotado há vários anos pelo Canadá e países Europeus, visa priorizar a população de maior incidência da neoplasia. Se considerarmos que 62% das mulheres da região Sudeste com idade superior a 60 anos jamais foram submetidas a uma mamografia, há de se priorizá-las numa primeira etapa.

Tratamento no âmbito do SUS

CACON

Os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde como CACON (Centros de Alta Complexidade em Oncologia), Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia, compondo uma Rede de Atendimento em Oncologia. Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer, em uma mesma estrutura organizacional. Os CACON dispõem no mínimo dos serviços de diagnóstico/estadiamento, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, pronto atendimento para as emergências oncológicas, hemoterapia, psicologia, serviço social, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, reabilitação e cuidados paliativos.

A organização do fluxo de atendimento ao paciente é de competência das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A recomendação geral é que o serviço oncológico escolhido deva estar localizado o mais próximo à residência do paciente, já que o tratamento muitas vezes pode ser longo.

Tipos de Atendimento

CACON I Hospital geral em que se faz o diagnóstico e tratamento dos tipos mais frequentes de câncer. Presta atendimento ao paciente sempre numa perspectiva profissional integrada, do diagnóstico aos cuidados paliativos (pode ser com ou sem Radioterapia), inclui a Casa de Saúde *Santa Marcelina* (CACON I COM RT)

CACON II Instituição dedicada prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais frequentes. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais é diretamente responsável.

CACON III Instituição dedicada exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo ou localização de câncer, em todas as modalidades assistenciais. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

QT (Serviço Isolado de Quimioterapia): Disponível em clínicas isoladas que devem estar associadas a uma estrutura médico-hospitalar, do diagnóstico aos cuidados paliativos.

RT (Serviço Isolado de Radioterapia): Disponível em clínicas isoladas que devem estar associadas a uma estrutura médico-hospitalar, do diagnóstico aos cuidados paliativos.

1.3.2 Novas diretrizes para o câncer de mama 2009

Durante a **X Reunião Nacional de Consenso sobre Rastreamento do Câncer de Mama na Mulher Brasileira em 2009** foram discutidos temas que abordou o diagnóstico do câncer de mama no Brasil com estatísticas gerais, disponibilidade da mamografia e a questão da qualidade dos exames, análise dos métodos de rastreamento, auto-exame, exame clínico, mamografia, ecografia, ressonância magnética, sua aplicabilidade e situações especiais como rastreamento na mulher jovem, rastreamento genético e a grande questão da resolução dos exames alterados originando novas diretrizes para o câncer de mama. Concluiu-se que o auto-exame é válido, mas não é suficiente, a mamografia é o principal método de rastreamento, a ressonância magnética não tem papel no contexto de programas de rastreamento, o rastreamento genético é inviável e que pior que o acesso à mamografia, ainda pequeno no Brasil, é a resolução dos exames alterados.

Pólos regionais de atendimento secundário e terciário devem ser implementados.

A política de rastreamento populacional de câncer de mama no Brasil (monitoramento das mulheres sem sintomas), determinada pelo Consenso de Mama de 2004, recomenda exame clínico anual das mamas na faixa de 40 a 49 anos e mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, com intervalo de dois anos. A mamografia para diagnóstico é garantida pelo Sistema Único de Saúde a todas as mulheres que tiverem indicação médica, sem limite de idade.

1.4. A organização de serviços de câncer de mama na saúde pública e sua relevância como questão investigativa.

O câncer, por sua importância epidemiológica e também por representar parte considerável do gasto em saúde no SUS, deve ser abordado como área prioritária dentro das políticas de saúde. Para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado devem-se considerar todas as etapas incluindo garantia da referência para a conclusão da abordagem agregando encaminhamentos oportunos necessários após o diagnóstico estabelecido ou suspeito. Considerando a população exclusivamente usuária SUS e seu nível de renda e escolaridade, ampliar o acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos é interferir no processo de adoecimento e ampliar as chances de cura dessas mulheres. A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia.(CeInfo,2006).

A dificuldade de eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras (prevenção primária) tem como consequência aumento significativo na incidência e mortalidade desta neoplasia (GEBRIM,2006).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.(INCA,2008).

No entanto, no Brasil o sistema preventivo é deficiente e mal distribuído, não disponibilizando uma estrutura que garanta a mamografia sistemática a todas as

mulheres nas faixas etárias de maior risco (KLIGERMAN,2002). A Sociedade Brasileira de Mastologia afirma que a mamografia é o único exame capaz de detectar o tumor na fase inicial e que apenas 10% dos municípios brasileiros têm mamógrafos.

1.4.1 Ações na Promoção, Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de mama.

Atualmente o Brasil não pode implantar o rastreamento mamográfico em todo o território pela falta de recursos econômicos para o exame e principalmente, de infra-estrutura para a continuidade investigacional das lesões não palpáveis. Em contra-partida deve-se aumentar o número de mamógrafos para detectar tumores não palpáveis, visto o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis superar 120 dias. Exigir certificação dos mamógrafos. Desencadear ações no sentido de detectar precocemente o câncer de mama, priorizando pacientes com tumores palpáveis. Mutirões de mamografia visando rastreamento populacional no país devem continuar como estratégia para detecção precoce do câncer de mama. Cerca de 35% de mulheres com mais de 50 anos nunca realizaram uma mamografia (FEBRASGO,2009) .

Dar resolutividade diagnóstica e tratamento ágil às pacientes com alterações clínicas e secundariamente a realização do rastreamento mamográfico. Investir em programas e contribuir à médio e longo prazo o efeito multiplicador de ações integradas e resolutivas, de treinamento para os médicos que atuam na rede primária de saúde capacitando-os para a

prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e encaminhamentos precisos .O câncer de mama é um problema de saúde básico,que começa com o treinamento do médico comunitário e da enfermeira para um bom atendimento.(FEMAMA,2008).

A falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois, em 3 ou 6 meses, grande parte das neoplasias das pacientes pertencentes ao estágio II evoluiria para III ou IV.(GEBRIM et al.,2006).

1.4.2 Ações para melhoria no gerenciamento de políticas em câncer de mama.

O câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico desde que diagnosticado e tratado precocemente.(SOUZA et al.,2005).

Solucionar a falta de acesso à centros especializados não capacitados para diagnóstico e tratamento rápido e a sobrecarga dos centros de referência.

Aperfeiçoar os recursos médicos, ambulatoriais e hospitalares existentes, disponibilizando equipes de atendimento integrado e multidisciplinar para o atendimento.

Sincronizar as unidades de atendimento primário e secundário com os Centros de Referência (terciários) para a efetiva triagem das pacientes sintomáticas.

Qualificar os hospitais ou unidades secundárias de contra-referência para triagem, evitando o deslocamento da paciente ou a realização de exames subsidiários desnecessários.

Hierarquizar e garantir acesso rápido aos centros secundários e terciários para atendimento resolutivo, propiciando condições de fluxo efetivo para o rastreamento da doença, objetivando em médio prazo uma efetiva redução da mortalidade do câncer de mama.

Apesar de estudos observacionais indicarem que a prevenção da obesidade diminua o risco da doença na pós-menopausa, vem se dando ênfase à prevenção secundária com o intuito de melhorar a sobrevida das pacientes.

A experiência em atendimento resolutivo vem sendo adotada em cinco pólos estaduais, pois propicia imediata redução do número de casos avançados e humaniza o atendimento na rede pública.

Este complexo e crescente problema que representa o câncer de mama no nosso país, evidenciado por vários indicadores estatísticos, necessita de atenção por parte dos gestores na elaboração de políticas integradas e pautadas em esforços para melhorar a sua detecção precoce e melhorar a qualidade de sua assistência.

O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia tem como objetivo garantir a qualidade da imagem, a dose de radiação correta e a interpretação adequada das mamografias realizados no SUS em todo o país. A responsabilidade é da equipe técnica do INCA, fiscalizados pelo Ministério da Saúde e dos conselhos nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além de parceiros do programa.

2. OBJETIVO

Descrever as características de serviços públicos de atendimento ambulatorial em relação ao acesso e a resolutividade de pacientes com diagnóstico de câncer de mama atendidas na referência da Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera São Paulo.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo:

O desenho metodológico consistiu em estudo exploratório sob uma perspectiva quantitativa, transversal e descritivo.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Mastologia no Centro de especialidades (AME) da Casa de Saúde Santa Marcelina-Itaquera São Paulo(SP).A Casa de Saúde Santa Marcelina, maior complexo de serviço de saúde da Zona Leste de São Paulo, situado em Itaquera, é um dos quatro hospitais de grande porte da cidade, mantendo 86% de seu atendimento dedicado ao SUS. Possui 750 leitos para atendimento a particulares, convênios e SUS.O hospital possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Oferece tratamento assistencial quimioterápico e radioterápico na própria estrutura hospitalar.

Fundada em 1961, desenvolvia atividades com os pobres da região. Instituição filantrópica, privada, fundada e administrada pelas Irmãs marcelinas, protagonista frente à situação social,assistência à saúde da população local . O alcance do trabalho Marcelino estende-se atualmente por vários continentes, marcando presença na Itália, sua sede, Suíça, África, Inglaterra, França, Albânia, Estados Unidos, Canadá, México e Brasil. Em nosso país sua atuação destaca-se pelo alcance de suas obras sociais, forma e capacita profissionais para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO:

A população do estudo foi constituída por meio de uma amostra de mulheres atendidas no Ambulatório de mastologia da CSSM Itaquera . No atendimento do ambulatório, em um dia fixo na semana,todas as mulheres que tiveram a confirmação diagnóstica de câncer de mama foram selecionadas para a amostra.

O período total da coleta foi de junho à setembro de 2008,sem qualquer interrupção.A amostra foi constituída por 52 mulheres que preenchiam os critérios pré-estabelecidos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os participantes da pesquisa foram mulheres não grávidas com idades superior a 18 anos, cadastradas na Instituição onde foi realizada a pesquisa e tiveram autonomia na informação. Não houve substituição de pacientes por perda de prontuários.

Não houve desistência em nenhum momento da pesquisa, mesmo depois dos dados terem sido coletados, sem prejuízo do atendimento ou qualquer ônus por parte da Instituição.

3.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos mediante entrevista estruturada, utilizando-se um formulário com perguntas fechadas, composto de questões simples com respostas objetivas e curtas, que permitiu conhecer o nível de informação e acessibilidade das mulheres com câncer de mama..Embora os instrumentos que subsidiaram o questionário

já tivessem sido validados, ele foi previamente administrado como teste-piloto para avaliação da clareza e objetividade das questões, bem como da facilidade das respostas e duração da entrevista.(anexo 1)

As variáveis estudadas foram obtidas pelas entrevistas de pacientes em tempo real , em local reservado e fisicamente separado da sala de espera e do ambiente de realização do exame, imediatamente às consultas. As mulheres eram abordadas enquanto esperavam o atendimento antes ou depois das consultas, e recebiam as devidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, juntamente com a garantia de confidencialidade dos dados.

Após o consentimento assinado, o entrevistador procedia à entrevista.

O peso e altura das entrevistadas foram avaliadas pela enfermagem em balanças de adulto padronizadas após as consultas do ambulatório de mastologia.

As entrevistas foram conduzidas exclusivamente pelo pesquisador,que permanecia no ambulatório até o encerramento dos turnos.

Foi realizado revisão dos prontuários no setor de Arquivo hospitalar e Serviço de Quimioterapia e Radioterapia da CSSM Itaquera ,com atualização dos registros clínicos e patológicos das pacientes, os quais permitiram a elaboração de um banco de dados composto por 52 pacientes .

As participantes concordaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem entrevistadas. O consentimento das mulheres para participar da pesquisa foi escrito e assinado. A proteção da identidade das participantes foi mantida durante todo processo de coleta dos dados e divulgação dos resultados.

As informações provenientes dos questionários foram categorizadas, codificadas e digitadas em um banco de dados confeccionado no programa estatístico, através do software Epi Info versão 3.4.3, no qual foram calculadas as frequências

absolutas e proporções das variáveis pesquisadas, bem como a média, mediana e o desvio-padrão de algumas variáveis contínuas. Posteriormente foi analisado através do software STATA 10.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Fonte: Prontuário da paciente

3.6.1 Variáveis sócio-demográficas

Foram investigadas variáveis sócio-demográficas incluindo:

Idade em anos completos de vida

As informações sobre a idade foram agrupadas em três faixas : até 40 anos, 41 a 50anos e 51 anos ou mais.

Número de filhos nascidos vivos

Procedência da paciente: usuárias do SUS,convênio ou clínica privada

Origem das pacientes:Todas provenientes de São Paulo e uma única paciente proveniente de outro estado (Pernambuco).

3.6.2 Variáveis relacionadas a um aumento do risco para o câncer de mama

História hormonal (uso de anticoncepção hormonal e terapia hormonal) e reprodutiva, história familiar, história pregressa de câncer ginecológico, tabagismo, alcoolismo, idade do primeiro filho,idade da menarca, idade da menopausa,hábito de amamentação, tempo de amamentação(em meses) e dados antropométricos, que se acreditam estarem associadas a um aumento do risco para o câncer de mama, de forma a traçar um perfil da clientela atendida no serviço.

Diagnóstico histológico:através de core biopsy ,o exame anatomopatológico mostrou o tipo histológico se Carcinoma Ductal Invasivo,Carcinoma Lobular Invasivo,Carcinoma Tubular ou carcinoma papilar sólido).

Estadiamento TNM.(Classification of Malignant Tumours)

É o sistema mais usado para a classificação de tumores malignos e a descrição de sua extensão anatômica, desenvolvido e publicado pela União Internacional contra o Câncer (UICC).A UICC acredita que é importante alcançar a concordância no registro da informação precisa da extensão da doença para cada localização anatômica, porque a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica (quando possível) das neoplasias malignas podem interessar a um número de objetivos correlatos, a saber: Ajuda o médico no planejamento do tratamento, da alguma indicação do prognóstico, ajudar na avaliação dos resultados de tratamento, facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento e contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano.

Obs.As variáveis que tiveram a sua confiabilidade analisada foram o estadiamento, o diagnóstico histológico.

Fonte: Variáveis do questionário

3.6.3 Variáveis relacionadas à Acessibilidade e longitudinalidade

Percepção do problema mamário: A paciente percebeu o problema mamário pelo auto-exame ou o médico percebeu durante a palpação ou na leitura de exames radiológicos(mamografia e ecografia mamária).

Onde a paciente procurou Recursos para ser atendida: se procurou recurso em Unidade Básica de Saúde, ambulatório de Mastologia ou Pronto Socorro de referência.

Rapidez no atendimento médico: se houve demora ou não no atendimento médico, por ocasião do seu problema mamário.

Tempo em meses: Quanto tempo foi a demora no atendimento médico em meses referidos (variação de 1 a 17 meses).

Frequência ao médico: Por ocasião das rotinas a paciente esteve em consulta médica (menos de 6 meses, de 6 meses à um 1 ano, de 1 à 2 anos ou mais de 2 anos).

Regularidade nos exames preventivos ginecológicos: se a paciente realizava os exames preventivos para o câncer de mama (auto-exame, mamografia, ecografia mamária e consultas médicas regulares).

Propedêutica de palpação: se ocorria ou não a palpação por ocasião da consulta pelo médico no serviço atendido.

Tempo de Surgimento: qual foi o tempo decorrido entre a primeira consulta e o atendimento na CSSM Itaquera. (se menos de 1 mês, de 1 à 3 meses, de 3 a 6 meses e mais de 6 meses).

Conscientização da prevenção do câncer de mama:se houve ou não falta de preocupação em não realizar exames periódicos para o câncer de mama.

Demora no atendimento: na percepção da paciente houve demora na percepção de seu problema mamário e conseguir ser atendida na CSSM Itaquera.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise descritiva foi apresentada por meio de tabelas de frequências, médias e desvios padrões. Quando pertinente foi feita análise não paramétrica (qui-quadrado de Pearson). Os dados foram armazenados em planilha Excell e posteriormente analisadas utilizando o pacote estatístico STATA.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa submeteu-se à apreciação dos Comitês de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (aprovado em sessão ordinária em 04/07.08 de acordo com os requisitos da resolução CNS/196/96)) e da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) Itaquera).

A permissão para realização da entrevista foi solicitada a todos os sujeitos da pesquisa, através do termo de consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade dos dados coletados foi garantida de acordo com a resolução 196/96.

Foi solicitado autorização à diretoria da instituição e à Chefia do Serviço de Ginecologia onde foi realizada a pesquisa, após avaliação favorável do referido comitê de ética.

4. RESULTADOS

A idade das pacientes variou de 23 à 88 anos; A média de idade das pacientes estudadas foi de 53,7 (dp = 12,67) anos. Maior parte delas estava com mais de 50 anos, o que fez subir a média. Estas pacientes foram majoritariamente provenientes da cidade de São Paulo (98,07%). Quase totalidade delas (96,16%) eram usuárias do SUS.

A média de número de filhos foi 3,8. Cerca de 30,77% tiveram entre 1 e 2 enquanto as restantes tiveram 3 ou mais filhos. Apenas 3,85% não tiveram filhos. Somente 12% tiveram primeiro filho após os 30 anos de idade.

A percentagem das pacientes que tiveram menarca antes dos 11 anos foi 13,46 %. Mais do que 70% estavam com sobrepeso ou obesidade. A média da idade da menopausa foi de 48,6 (dp=?) anos. Menos do que 5% das mulheres tiveram a menopausa após 55 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do número e percentagem das variáveis biológicas da amostra de mulheres com câncer de mama no ambulatório de mastologia da CSSM,São Paulo,2008.

Variável		n	%
Idade (anos)	<40	4	7,69
	[40 – 49]	17	32,69
	>49	31	59,62
	n; média (dp)	52; 53,7(dp=12,67)	
	Mediana	52,0	
Idade segundo estadiamento	0 -II		
	n; média (dp)	32; 55,8 (dp=11,84)	
	III-IV		
Procedência	n; média (dp)	20; 50,5 (dp=13,53)	
	São Paulo	51	98,07
	Pernambuco	1	1,93
Serviço de Origem	SUS	50	96,16
	Hospital São Camilo	1	1,92
	Consultório	1	1,92
	Particular		
Número de filhos	nenhum	2	3,85
	1 - 2	16	30,77
	3 - 4	18	34,61
	5 - 6	7	13,46
	7 - 8	6	11,54
	9 - 10	3	5,77
Idade do 1º filho (anos)	< 20	19	38,00
	[20 – 29]	25	50,00
	>30	6	12,00
Idade na menarca (anos)	<11	7	13,46
	12 ou mais	45	86,54
IMC	<20	4	7,69
Kg/m2	[20 -25[	10	19,23
	[25 – 30[	19	36,54
	[30 – 35[	11	21,15
	[35 – 40[	6	11,54
	40 ou mais	2	3,85
Idade da menopausa (anos)	Menstruam	16	30,77
	< 40	1	1,93
	40 - 44	7	13,46
	45 - 49	17	32,69
	50 - 54	8	15,38
	55 ou mais	3	5,77

Em relação aos fatores associados ao câncer de mama, notou-se que apenas 25% das mulheres fumavam e 7,69% consumiam bebida alcoólica. A grande maioria das mulheres 88% e 73,08%, respectivamente, amamentaram e fizeram uso de anticoncepção hormonal. Por outro lado, 13,46% mulheres fizeram uso de terapia hormonal (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo alguns fatores de risco.CSSM,2008.

Fatores de risco	n	%
Tabagismo		
Sim	13	25,00
Não	39	75,00
Total	52	100,00
Alcoolismo		
Sim	4	7,69
Não	48	92,31
Total	52	100,00
Amamentação*		
Sim	44	88,00
Não	6	12,00
Total	50	100,00
Uso de anticoncepção		
Sim	38	73,08
Não	14	26,92
Total	52	100,00
Uso de terapia Hormonal		
Sim	7	13,46
Não	45	86,54
Total	52	100,00

*2 mulheres não tiveram filhos.

Quanto ao antecedente familiar com histórico de câncer, 3 mulheres (5,77 %) relataram ter mãe e 3 mulheres (5,77 %) referiram ter irmã, também com câncer de mama (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo histórico familiar. CSSM,2008.

Histórico Familiar	n	%
Recidiva de câncer de mama		
Sim	1	1,92
Não	51	98,08
Total	52	100,00
Mãe com câncer de mama		
Sim	3	5,77
Não	49	94,23
Total	52	100,00
Avó materna com câncer de mama		
Sim	4	7,69
Não	48	92,31
Total	52	100,00
Filha com câncer de mama		
Sim	1	1,92
Não	51	98,08
Total	52	100,00
Irmã com câncer de mama		
Sim	3	5,77
Não	49	94,23
Total	52	100,00
mãe com câncer de ovário		
Sim	1	1,92
Não	51	98,08
Total	52	100,00

A grande maioria das mulheres apresentaram como sinal o nódulo mamário (73,08 %) podendo ou não estar acompanhado de dor, prurido areolar, derrame papilar, bem como exames de imagens alterados por ocasião da consulta. Cabe observar que 13,46% já chegaram com mamografia alterada (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo sinais e sintomas no momento da consulta. CSSM, 2008.

Sinais e sintomas	n	%
Somente nódulo mamário	23	44,23
Nódulo mamário + mastalgia	5	9,62
Nódulo mamário + prurido areolar	1	1,92
Nódulo mamário + derrame papilar	2	3,85
Nódulo mamário + mamografia alterada	5	9,62
Nódulo mamário + ecografia mamária alterada	2	3,85
Somente prurido areolar	1	1,92
Somente retração papilar	1	1,92
Somente mastalgia	3	5,77
Adensamento mamário + prurido areolar	1	1,92
Total	52	100,00

As mulheres foram responsáveis pela percepção de seu problema mamário pelo auto- exame (63,38%) (Tabela 5).

Tabela 5 Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo autor da percepção do problema mamário. CSSM, 2008.

Percepção do problema mamário	n	%
Auto-exame	34	65,38
Palpação pelo médico	18	34,62
Total	52	100,00

Mais do que 80% delas procuraram a unidade básica de saúde como recurso para o primeiro atendimento de seu problema mamário. (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama, segundo local do SUS onde procurou recurso médico.CSSM,2008.

Local do recurso médico*	n	%
Unidade básica de saúde	43	82,69
Ambulatório de mastologia	4	7,69
Pronto socorro	5	9,62
Total	52	100,00

*Não houve atendimento no AMA.

Em relação a percepção das mulheres foi de que não houve demora no atendimento médico (61,54 %) (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo percepção da paciente em relação à rapidez no atendimento médico no ambulatório de mastologia.CSSM,2008.

Rapidez no atendimento médico	n	%
Demorou a consulta	20	38,46
Não demorou a consulta	32	61,54
Total	52	100,00

Das 19 mulheres que relataram demora nas consultas, quase 50% declaram ter demorado mais do que seis meses. Destas 15,79 % referem atendimento dentro do primeiro mês após a percepção do problema e consideraram como demora no atendimento. (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama que consideram ter demorado a consulta médica segundo tempo de demora em meses. CSSM, 2008

Tempo de demora (meses)	n	%
< 1	3	15,79
[1 – 3[	2	10,53
[3 – 6[	5	26,32
[6– 17]	9	47,37
Total	19*	100,00

*1 Mulher não referiu o tempo de demora.

Do total de 52 pacientes atendidas com câncer de mama ,14 (26,92%) referiram demora de mais de 3 meses para serem atendidas.

Menos do que 30% das mulheres procuram o médico em período de até 1 ano, para realização de consultas médicas. (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo a frequência da paciente ao médico. CSSM, 2008

Frequência ao médico	n	%
< 6 meses	3	5,77
6 meses-1 ano	12	23,08
1 ano-2 anos	14	26,92
2 anos ou mais	23	44,23
Total	52	100,00

Cerca de 15 (28,85 %) nunca realizaram exames para prevenção do câncer de mama (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama, segundo a regularidade dos exames preventivos do câncer de mama.CSSM,2008.

Prevenção do câncer de mama	n	%
Exames preventivos não regulares	15	28,85
Auto exame mensal	28	53,85
Auto exame não mensal	12	23,08
Mamografia conforme o consenso	19	36,54
Mamografia não conforme consenso	14	7,69
Ultrasonografia de mamas	19	36,54
Consulta médica anual	26	50,00
Consulta médica	7	13,46

Percentagem significativa dos médicos não palpou as mamas (61,54 %) de suas pacientes durante as consultas médicas (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo propedêutica de palpação pelo médico.CSSM,2008.

Propedêutica de palpação pelo médico	n	%
Palpou as mamas da paciente	20	38,46
Não palpou as mamas da paciente	32	61,54
Total	52	100,00

O maior número de mulheres (40,39 %) referem que o atendimento no ambulatório ocorreu somente após 6 meses de surgimento do problema,apontando um tempo de retardo na intervenção.

Tabela 12.Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo o tempo de surgimento do problema mamário até o atendimento na CSSM Itaquera. CSSM,2008.

Tempo de surgimento (meses)	n	%
<1	15	28,85
[1-3[	8	15,38
[3-6[	8	15,38
[6-	21	40,39
Total	52	100,00

A falta de preocupação em não realizar exames periódicos para o câncer de mama foi identificado em 50 % das mulheres (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo a falta de preocupação em não realizar exames periódicos para prevenção do câncer de mama.CSSM,2008.

Falta de preocupação em não realizar exames preventivos Ca mama	n	%
Houve falta de preocupação	26	50,00
Não houve falta de preocupação	26	50,00
Total	52	100,00

Cerca de metade das pacientes (51,92 %) declararam não ter demorado muito tempo desde que perceberam o seu problema mamário até serem atendidas (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo tempo entre perceber o problema mamário e o atendimento na CSSM Itaquera.CSSM,2008.

Demora	n	%
Houve demora	25	48,08
Não houve demora	27	51,92
Total	52	100,00

Dos tipos histológicos de tumor, o carcinoma ductal invasivo foi diagnosticado em 46 (88,47 %) dos casos (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo o tipo histológico do tumor.CSSM,2008.

Tipo histologico	n	%
Carcinoma ductal invasivo	46	88,47
Carcinoma lobular invasivo	4	7,69
Carcinoma tubular	1	1,92
Carcinoma papilar sólido	1	1,92
Total	52	100,00

Encontraram-se poucas mulheres em estadiamento 0 (1,92%) ,sendo que 20 (38,47 %) nos estádios III ou IV. (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição do número e percentagem de mulheres com câncer de mama segundo Estadiamento TNM.CSSM,2008.

Estadiamento TNM	n	%
Estadio 0	1	1,92
Estadio I	8	15,38
Estadio II A	14	26,92
Estadio II B	9	17,31
Estadio III A	10	19,23
Estadio III B	5	9,62
Estadio III C	3	5,77
Estadio IV	2	3,85
Total	52	100,00

Em relação ao estadiamento apenas 1 (1,92 %) mulher estavam com Ca “in situ”.Chama atenção que 23(44,25 %) mulheres apresentaram estadiamento II(A e B) e 18 (34,62%) casos estavam em estadiamento III(A,B e C).Assim 78,85% das mulheres encontram-se nos estádios II e III,portanto em etapas mais avançadas da evolução do câncer de mama.

Não parecem existir diferenças ($p=0,64$) entre onde pacientes procuraram recursos e a percepção do problema mamário. Porém, a percentagem da percepção pelo médico é maior do que esperado em relação ao serviço de mastologia e menor em relação ao pronto socorro (Tabela 17).

TABELA 17. Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo percepção e onde procurou recurso médico. CSSM,2008.

Variáveis	Onde procurou Recursos médicos							
	UBS		MASTO		PS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepção do Problema mamário								
Pelo Medico	15	83,33	2	11,11	1	5,56	18	100,00
Pelo Auto-exame	28	82,35	2	5,88	4	11,76	34	100,00
Total	43	82,69	4	7,69	5	9,62	52	100,00

Uma percentagem considerável das pacientes (55,81%) que declaram ter procurado recurso em UBS afirmaram não ter demorado a consulta médica (Tabela 18).o que é esperado pelo tipo de cada um desses serviços ,nos chamando a atenção que a demora na UBS pode ter acarretado o retardo no início do tratamento.

Tabela 18 : Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo rapidez no atendimento médico e onde procurou recursos para ser atendida.CSSM,2008.

Variáveis	Onde procurou Recursos médicos						Total	
	UBS		MASTO		PS			
Rapidez no Atendimento médico	n	%	n	%	n	%	n	%
Demorou a consulta	19	44,19	1	25,00	0	0,00	20	38,46
Não Demorou a consulta	24	55,81	3	75,00	5	100,00	32	61,54
Total	43	100,00	4	100,00	5	100,00	52	100,00

Há um gradiente na percepção da demora no atendimento,sendo mais na UBS e menos no pronto socorro, o que é esperado tendo em vista as características de cada um desses serviço;qual seja, o pronto socorro mais rápido e voltado para a urgência e a UBS ,que deveria ser a porta de entrada ,menos demorada.

Parecem existir diferenças estatísticas ($p=0,016$) entre frequência ao médico e percepção do problema mamário. A percentagem tanto da percepção médica como da paciente variou ao longo da distribuição da frequência de consulta ao médico (Tabela 19).

TABELA 19: Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo percepção do problema mamário e intervalo de tempo da última consulta ao médico. CSSM, 2008.

Variáveis	Frequência ao médico								Total	
	< 6meses		6– 12 meses		12- 24 meses		24 meses ou mais			
Percepção	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médica	0	0,00	5	27,78	9	50,00	4	22,22	18	100,00
Auto-exame	3	8,82	7	20,59	5	14,71	19	55,88	34	100,00
Total	3	5,77	12	23,08	14	26,92	23	44,23	52	100,00

Os dados mostram que as mulheres que freqüentaram o médico entre 12 e 24 meses parecem que são “melhor assistidas” que as de menos de 1 ano, pois foram os médicos que em 9 (64,28 %) casos fizeram a hipótese diagnóstica de câncer mamário.

Chama a atenção que as 23 (44,23%) mulheres foram ao médico depois de 2 anos. Elas o fizeram por motivo da queixa e não para manter um acompanhamento e/ou para promoção à saúde.

Quando se analisou a informação das pacientes sobre suas percepções de rapidez no atendimento secundário, utilizando a variável tempo de demora entre o surgimento do problema e a primeira assistência recebida na CSSM, observou-se que das mulheres que referiram que houve demora, em 8 (40 %) o problema realmente ocorreu, isto é, foram atendidas depois de 3 meses do surgimento do sinal/sintoma. (Tabela 20).

Tabela 20: Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo demora no primeiro atendimento e rapidez no atendimento médico. CSSM, 2008.

Variáveis	Demora no primeiro Atendimento na CSSM					
	Sim		Não		Total	
	(3 e + meses)		(<3 meses)			
	n	%	n	%	n	%
Rapidez no atendimento						
Demorou	8	40,00	12	60,00	20	100,00
Não demorou	19	59,38	13	40,63	32	100,00
Total	27	51,92	25	48,08	52	100,00

Em referência às mulheres que mencionaram que não houve demora no atendimento, 19 (59,39) delas o atendimento foi demorado, pois ocorreu depois de 3 meses do surgimento do problema mamário.

Na análise das 20 mulheres que referiram ter demorado a consulta no atendimento da CSSM com o tempo de surgimento do problema do câncer, observou uma relação entre ser assistida neste hospital e o surgimento do problema. Sendo a diferença entre tempo de surgimento e demora no primeiro atendimento estatisticamente importante (p inferior 0,006). Os dados mostram que 92,86% das mulheres tinham problema entre 3 a 17 meses e levaram mais de 3 meses para conseguir uma consulta na unidade especializada (Tabela 21).

Tabela 21 : Distribuição do número e percentagem de mulheres que referiram demora no atendimento especializado (em meses) segundo tempo de surgimento do câncer mamário. CSSM, 2008.

Variáveis	Tempo de demora no primeiro Atendimento especializado (meses)					
	[<1 – 3[		[3 – 18[		Total	
	n	%	n	%	n	%
<1 – 3[	4	80,00	1	7,14	5	100,00
[3 – 6 ou mais[	1	7,14	13	92,86	14	100,00
Total	5	26,32	14	73,68	19	100,00

P=0,006

O estudo da idade com relação ao estadiamento permitiu observar que parece existir associação (Teste exato de Fisher) $p= 0,263$, entre idade e estadiamento. (Tabela 22).

Tabela 22 : Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo faixa etária e estadiamento TNM.CSSM,2008.

Variáveis	Idade							
	<40 anos		[40 – 49 anos]		>50 anos		Total	
Estadiamento	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	100,00
1	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8	100,00
IIA	1	7,14	5	35,71	8	57,14	14	100,00
IIB	0	0,00	3	33,33	6	66,67	9	100,00
IIIA	1	10,00	4	40,00	5	50,00	10	100,00
IIIB	1	20,00	2	40,00	2	40,00	5	100,00
IIIC	0	0,00	1	33,33	2	66,67	3	100,00
IV	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2	100,00
Total	4	7,69	16	30,77	32	61,54	52	100,00

Há 3 (75%) mulheres com menos de 40 anos que apresentaram estadiamentos III e IV, os mais avançados. Das mulheres entre 40 e 49 anos, 56,25 % (16) delas, 9 tiveram estadiamento de 0 à IIB e apenas 43,75% (7) apresentaram estadiamentos mais avançados entre IIIA e IV.

Quanto as mulheres com mais de 50 anos, dos 32 casos, 68,75% (22) delas estavam com tumor de estadiamento I, IIA e IIB e as demais 31,25% (10) delas o estadiamento foi de III à IV.

Chama a atenção que por ser um serviço de referência, há uma maior concentração de casos em estádios avançados.

Tabela 23 : Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo tempo de surgimento do problema mamário até o atendimento na CSSM e estadiamento reduzido.CSSM,2008.

Variáveis	Tempo de surgimento do problema				Total	
	Até o atendimento na CSSM					
	< 3 meses		3 ou mais			
Estadiamento						
Reduzido						
	n	%	n	%	n	%
0 – II	12	37,50	20	62,50	32	100,00
III – IV	11	55,00	9	45,00	20	100,00
Total	23	44,23	29	55,77	52	100,00

P=0,22

O cruzamento entre as variáveis estadiamento e tempo decorrido entre a busca por assistência ao sinal/sintoma e o primeiro atendimento na CSSM Itaquera mostrou que das 32 (61,54 %) mulheres com estadiamento 0 à II, 20 (62,50%) delas chegaram ao atendimento especializado com 3 meses ou mais de detecção do problema de saúde.O tempo do primeiro atendimento na CSSM também foi demorado para as mulheres com estadiamento III e IV,pois das 20 mulheres neste estadiamento, 9 delas (45%) só foram atendidas depois de 3 meses ou mais,corroborando para a evolução da neoplasia.

6. DISCUSSÃO

Na presente pesquisa a idade das pacientes com neoplasia maligna de mama tratadas concentrou-se na faixa etária de maior incidência, de acordo com o relato na literatura (QUINN et al.,1998;INCA,2002,KEMP et al.,2002; AMERICAN CANCER SOCIETY,2002), isto é,entre 50 a 55 anos,com uma tendência a maior proporção de casos após os cinquenta anos e baixa proporção de mulheres com idade inferior a 40 anos.

A idade representa o mais importante fator de risco para o câncer de mama (KEMP et al.,2002).

Na amostra estudada, das 52 pacientes,31 (59,62 %) tinham idade igual ou superior a 50 anos,e 4 (7,69 %) tinham idade inferior a 40 anos por ocasião do diagnóstico

A idade média no momento do diagnóstico nesta pesquisa foi inferior à média nacional isto é foi de 53,7 anos , em consonância com a idade indicada por estudos internacionais principalmente feitos nos Estados Unidos e na Europa. A média de idade para o diagnóstico de câncer de mama no Brasil está em 59,3anos (GBECAM,2009), quase 6 anos superior a encontrado nesta pesquisa.Para Simon (2009) “... mulher brasileira de 59 anos, sem ter, necessariamente, histórico familiar da doença em parentes de primeiro grau,apresenta maior risco de câncer de mama do que as de menor idade..”.

Na amostra estudada, os casos de mulheres com idade inferior a 50 anos foi de 40,38%; porcentagem essa superior aos casos registrados na FOSP em 2008 que foi de 35%.

Das 52 pacientes das quais se obteve informação sobre o histórico reprodutivo, 50 (96,15%) tiveram filhos e 2(3,85%) eram nulíparas. Dessas, 6(12%) tiveram o primeiro filho após os 30 anos de idade. Esses dados reforçam os dados da literatura que apontam o aumento do risco de câncer de mama em nulíparas e com idade avançada está associado com a baixa diferenciação das estruturas na glândula mamária que retém uma grande quantidade de células epiteliais indiferenciadas, as células-tronco, susceptíveis à transformação neoplásica (RUSSO et al.1996).

A literatura refere o efeito protetor da paridade é justificado pela idade precoce ao engravidar do primeiro filho. Em contrapartida a nuliparidade é um fator de risco para a mulher desenvolver o câncer de mama (BEREK,2005). Embora a primeira gestação tardia seja a que já tem o seu papel estabelecido na causalidade do câncer de mama, a idade na última gestação também está sendo investigada.

Neste estudo, a média de idade da menarca foi de 12,87 anos.. sendo 7 (13,46 %) delas apresentaram menarca precoce. Essa frequência é inferior à encontrada por PINHO e COUTINHO (23,4%) e LAMAS e PEREIRA (29,3%) em estudos realizados respectivamente com pacientes de Teresópolis (RJ) e Brasília (DF).

A literatura ressalta que uma menarca precoce associa-se a um início mais rápido nos ciclos ovulatórios e, por isso, à uma exposição maior aos hormônios endógenos, os quais podem provocar maior proliferação epitelial (SIQUEIRA,2004). A menarca precoce, ou seja, 12 anos ou menos, pode aumentar em até quatro vezes o risco de a mulher desenvolver o câncer de mama, quando comparado com mulheres de menarca tardia (SBM,2008).

A média de idade da menopausa encontrada no estudo foi de 47,64 anos. Das pacientes analisadas, 3(5,77%) com idade igual ou superior a 55 anos apresentaram menopausa tardia. Essa frequência é maior do que a encontrada no trabalho de Pinho e Coutinho (4,4%).

Essa maior frequência poderia ser decorrente do maior tempo de exposição ao estrogênio endógeno que é um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, não só por ser um ativador da proliferação das células do tecido mamário, mas também por admitir-se que possui um efeito antiapoptótico, impedindo a morte programada das células com danos no DNA e consequentemente com alterações em genes que controlam o ciclo celular (NAROD,2004).

Estudos observacionais têm sugerido que a prevenção do tabagismo, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e o incentivo ao aleitamento materno reduzem o risco de desenvolvimento da doença (CURI et al., 2001) .

No estudo mais do que 70% estavam com sobrepeso ou obesidade. Um dos fatores que influenciam esta condição antropométrica é a dieta ocidental moderna com alto teor de gordura, a vida sedentária e a obesidade. Sabe-se que mulheres que fazem exercícios regularmente têm níveis hormonais bastante mais baixos do que as obesas. Portanto, exercícios físicos e dieta com pouca gordura podem ser considerados fatores protetores contra o câncer de mama. A mulher que tem muito tecido gorduroso produz quantidade maior de hormônios. Existem enzimas nesse tecido que transformam o colesterol em hormônios femininos. Portanto, mulheres obesas têm nível maior de hormônio feminino circulante o que as torna mais vulneráveis ao câncer de mama. (SIMON,2009).

A atividade física, por outro lado, ocupa um papel importante na proteção contra diversas formas de neoplasias, como os carcinomas mamários. Isso ocorre porque o exercício físico reduz os níveis de estrogênio no corpo. A atividade física de maneira regular, prescrita corretamente está relacionada à redução dos riscos de câncer em até 30%, além de ser um efetivo mecanismo no controle de peso (PEDROSO *et al.*, 2005).

As informações sobre o hábito tabagista do presente estudo apreendeu-se se que 13 (25%) eram fumantes,apontando talvez para a possível importância deste para os casos mais avançados da doença. Os dados da literatura indicam que a associação do tabagismo com o câncer de mama ainda é controversa. Alguns estudos epidemiológicos sugerem associações positivas em certos subgrupos de mulheres, por exemplo, as muito jovens que durante a gravidez eram tabagistas (INNES *et al.*,2001) . No entanto, uma meta análise com 53 estudos epidemiológicos mostrou que o tabagismo possui pouco ou nenhum efeito no risco de desenvolvimento do carcinoma mamário (HAMAJIMA *et al.*,2002).

Em relação aos fatores associados ao câncer de mama,nesta amostra 7,69% (4) mulheres consumiram bebida alcoólica. O uso de álcool ainda é um fator de risco controverso.Todavia mulheres que ingerem bebida alcoólica diariamente têm um risco discretamente aumentado (SMELTZER,2005).

Neste estudo, 38 (73,08%) pacientes declararam ter feito uso de contraceptivos orais.Apesar de não haver a coleta de informações das dosagens,os dados encontrados são reforçados por alguns estudos que demonstram em certos subgrupos de mulheres, particularmente as que usam pílulas com dosagens elevadas de estrogênios e/ou por longo período de tempo, têm maior risco (PARKIN,2001). Os resultados de uma meta-análise com 34 trabalhos de 17 países, entre eles o Brasil, sugerem que o uso dos contraceptivos orais está associado ao aumento do risco do câncer de mama em

mulheres pré-menopausa ou com idade superior a 50 anos (KHALLEMBORN,2006) .
Dados indicam que o risco diminui logo após a interrupção, atingindo os parâmetros normais em dez anos (PARKIN D,2001).

Na amostra 13,46% mulheres fizeram uso de terapia hormonal na menopausa. Apesar de não haver a coleta de informações das dosagens,os dados encontrados são reforçados por um ensaio clínico prospectivo realizado nos Estados Unidos que analisou os riscos e os benefícios da Terapia Hormonal para a mulher na pós-menopausa.Este foi interrompido, pois demonstrou leve aumento da incidência de câncer de mama após cinco anos de tratamento em usuárias de estrogênios e progestagênios. (WHO, 2002). A terapia hormonal incrementa o risco de câncer de mama e este aumento está relacionado com a duração dessa terapia. No entanto, existe evidência de que o câncer de mama causado pela terapia hormonal é menos agressivo e mais fácil de tratar. A maioria dos pesquisadores salienta a importância do exame das mamas e a monitoração regular para as mulheres que tomam hormônios.

A grande maioria 90%,das pacientes do estudo realizado amamentaram seus filhos.A literatura tem indicado que mulheres que amamentam por mais tempo e têm mais filhos estão mais protegidas do risco de ter câncer de mama (BORGSTEIN,2004). No passado, atribuiu-se à amamentação a propriedade de diminuir o risco de a mulher ter câncer de mama. Hoje se sabe que, se existe, essa proteção é muito pequena e o que realmente pesa como fator protetor é o grande número de gestações uma vez que, durante a gravidez, a mama deixa de sentir os efeitos do ciclo menstrual(SIMON,2009). Após o diagnóstico e a remoção de um câncer de mama, todo tecido mamário remanescente se encontra sob risco aumentado de desenvolvimento de um novo tumor.

Estima-se que este risco seja da ordem de 0,5% a 1% para cada ano de acompanhamento da mama contra-lateral. O risco da mama previamente acometida parece ser semelhante ao da oposta (PASCALICCHIO,1984).

Na amostra apenas 1(1,92) mulher apresentou o tumor na mama contra-lateral.A literatura mostra que mulheres vítimas de câncer de mama apresentam risco de surgimento de uma segunda neoplasia 5 vezes superior ao do restante da população feminina, sendo que cerca de 0,5% delas apresentará um segundo câncer de mama primário nos 15 anos subseqüentes.(GODINHO,2003).

Cerca de 13,46% das pacientes analisadas neste estudo têm histórico familiar de câncer de mama (mãe, irmã ou filha) de primeiro grau, o que também está de acordo com as estatísticas, que giram em torno de 15% (GBECAM,2009). Ao longo da vida, o risco de uma mulher não obesa, que não faça reposição hormonal e nem tenha histórico familiar da doença, gira em torno de 10%. Se tiver uma parente de primeiro grau (mãe ou irmã) com a doença, o risco sobe para 13%. Entretanto, se existem vários casos na família e se for detectada uma mutação genética em determinados genes, esse risco pode aumentar para 70% ou 80%(Simon,2009).

O câncer de mama,tem um desenvolvimento relativamente lento,levando em média cerca de 8 anos para o tumor atingir um centímetro de diâmetro,onde o diagnóstico já pode ser sentido através da palpação tumoral (CLARK,1996).Isto contribui para elevar a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico ainda em fase precoce.No presente estudo a proporção de estágio precoce (I) na amostra foi de apenas 15,38 % dos casos.Esta proporção está drasticamente diferente das encontradas nos Estados Unidos e nos países da comunidade européia,onde Stant et al (2004),encontraram respectivos percentuais de diagnóstico no estadiamento I, 41 % e 29%,.É importante ressaltar que

34 mulheres(65,38%) chegaram ao serviço referindo que perceberam pela a palpação o nódulo mamário .Esse dado permite inferir que este tumor vinha se desenvolvendo a pelo menos 8 anos. Um fato importante a ser destacado no presente estudo é que o nódulo mamário foi a alteração mamária mais freqüente (73,08 %), o que pode ser explicado pela possibilidade de sua identificação acidental ou por meio do auto-exame das mamas, na ausência de rastreamento do câncer de rotina. Em geral, os sinais e sintomas do câncer de mama são tardios e observados somente em pacientes com a doença em estádios mais avançados, quando os nódulos já são palpáveis.

Em outro estudo nacional (RICHARDS,1999) foi destacado que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estádios mais avançados da doença.

O tipo histológico mais comum foi o carcinoma ductal invasivo na grande maioria das pacientes(88,47%) e o carcinoma lobular invasivo ocorreu em apenas 7,69% das mulheres da amostra. Esses resultados estão de acordo com as frequências descritas na literatura para os diferentes tipos histológicos de tumores mamários: cerca de 80% para os tumores do tipo ductal; 10% a 15% para os tumores lobulares; e menos de 10% para os subtipos raros (VARGO-GOGOLA et al.,2007). Com relação ao tipo histológico, os carcinomas infiltrativos ductais e lobulares,tanto em sua forma pura ou combinada a outros tipos de tumor, são as formas mais comuns de câncer de mama. A prevalência do carcinoma ductal invasivo varia de 50-75% e, a do lobular invasivo, de 5-15% de todos os carcinomas invasivos da mama, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados pelos patologistas, bem como dos diagnósticos das formas puras e associadas (ALVARENGA,2004).Estudos relatam que na população feminina,com câncer de mama,há prevalência do carcinoma ductal infiltrante (EISEMBERG,1998).

Os tumores malignos de mama apesar de apresentar uma grande variedade, tem comportamento biológico semelhante quanto ao crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica (MS, 2001).

No estudo encontrou-se uma única mulher (1,92 %) em estadiamento 0, o que reafirma que há pouca frequência de diagnóstico de carcinoma *in situ*, tipo de câncer de mama altamente curável quando identificado em fases precoces, chegando a mais de 90% de cura nesse estágio. O carcinoma ductal *in situ* normalmente é diagnosticado por mamografia, e, nas pacientes no estudo do "Projeto Amazona", desenvolvido pelo Grupo Brasileiro de Estudos de Câncer Mama (GBECAM, 2009), sua presença girou em torno de apenas 5%, enquanto nos Estados Unidos essa taxa é de mais de 35%. Isso porque os americanos têm bons programas de incentivo à mamografia que conseguem detectar a doença em um grande número de mulheres, o que infelizmente não ocorre em nosso país. Estamos muito mal em termos de diagnóstico de carcinoma ductal *in situ* no Brasil (SIMON, 2009).

O carcinoma ductal *in situ* (CDIS) tem sido diagnosticado com frequência crescente após disseminação da mamografia como método de rastreamento de população em risco potencial para câncer de mama (SIMON, 2009).

Houve predominância dos estadios II e III (78,85%), semelhante ao estudo de Pereira (2001), que foi de 83,2%, podendo estar relacionada com a dificuldade de acesso dessas mulheres a exames que possibilitem o diagnóstico precoce. Em relação ao estadiamento das mulheres no momento do diagnóstico, a maior proporção do estadiamento II e III também foi encontrada em outros estudos brasileiros (PEREIRA, 2001; ABREU 2002), entretanto, bastante superior ao encontrado nos países subdesenvolvidos (SANKARANARAYANAN et al., 1998).

No grupo estudado as mulheres foram responsáveis pela percepção de seu problema mamário pelo auto-exame (63,38%). Ressalta-se que uma estratégia comprovada para reduzir a mortalidade do câncer de mama é a realização da prevenção secundária, isto é, detecção precoce do tumor, sendo três os métodos propostos: exame de mamografia, exame clínico e auto-exame das mamas (HUTH et al., 1995; KADISON et al., 1998). O auto-exame das mamas deve ser realizado mensalmente após os 20 anos de idade (VIETRI et al., 1997; CAPLAN et al., 1996). Estudos feitos nos EUA demonstraram que recomendações periódicas e ensinamentos precisos sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama ajudaram a aumentar o número de mulheres que realizam tais métodos (KADISOIN et al., 1998). Houve decréscimo de 35%-52% na mortalidade pelo câncer de mama em mulheres com 50-59 anos quando os métodos de detecção precoce foram implantados; estudos europeus revelaram decréscimo de 29% a 40% (CONSTANZA et al., 1997; HUTH et al. 1995).

O auto-exame das mamas não é uma técnica apropriada para o diagnóstico precoce do carcinoma de mama, mas vem sendo considerado como um método auxiliar, tendo em vista que a mulher passa a conhecer a estrutura da própria mama e, conseqüentemente, pode fornecer informações ao médico que colaborem com o diagnóstico (WHO; 2002).

Não foi constatada redução nas taxas de mortalidade devido a esse câncer atribuíveis ao auto-exame (ELLMAN, 1993). De maneira semelhante, os dois ensaios clínicos randomizados envolvendo um grande número de mulheres para avaliar seu impacto sobre a mortalidade por câncer de mama (ELLMAN et al., 1993; SEMIGLAZOV et al., 2000) apontaram para sua ineficácia em reduzi-la.

A epidemiologia tem aplicação no estudo da situação de saúde de indivíduos e de populações; também colabora, através de avaliações de serviços, para a adequação das ações de saúde às necessidades populacionais (STARFIELD, 1992).

O acesso de pacientes ao sistema, se dá cada vez mais, por serviços de atenção primária à saúde, porque esses aumentaram em número no país, mas o processo de atenção ainda não é estudado em profundidade (WEINSTEN, 1996).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) sempre foi entendida como a porta de entrada de um sistema público de serviços de saúde. Entretanto, esta porta não se encontra permanentemente aberta, nem permite acesso a uma série de serviços durante todo o tempo. Na amostra 82,69 % das mulheres procuraram a Unidade Básica de Saúde para o primeiro atendimento de seu problema mamário.

Os aspectos mais citados para a insatisfação do usuário em relação ao sistema de atendimento primário são os organizacionais, com destaque para a questão do tempo que o paciente demora em ser atendido, principalmente em casos de agendamento.

No estudo em relação à percepção das mulheres, houve 61,54 % delas que referiram não haver demora no atendimento médico, por ocasião de seu problema mamário. Nas que referiram demora, ela ocorreu em mais de 6 meses em 47,37% das pacientes; em 26,32% pacientes, o tempo de demora para a consulta médica ocorreu entre 3 e 6 meses. Isso ressalta que a falta de acesso e de resolutividade é uma das causas de progressão da doença, pois em 3 ou seis meses, grande parte das neoplasias das pacientes pertencentes ao estágio II evoluiriam para III ou IV (GEBRIM et al., 2006).

O estudo mostrou que 61,54 % das mulheres não tiveram suas mamas palpadas pelos médicos; o que reforça que a mamografia não substitui o exame das mamas realizado pelo médico e que existem nódulos que não aparecem na mamografia, e são palpáveis. Um examinador experiente pode detectar alterações sutis nas mamas, que a mulher ainda não percebeu.

Um percentual de 28,85 % das pacientes procurou o Hospital até um mês após o início dos sintomas, o que mostrou a conscientização das mulheres sobre a gravidade da possível doença a ser investigada e a necessidade do diagnóstico, com vistas à instituição do tratamento curativo. Esses resultados confirmam as conclusões de outros autores que na maior parte das vezes a responsabilidade no atraso diagnóstico deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher. (CAPLAN et al., 2006).

6.CONCLUSÃO

Apesar da casuística ser pequena para esta amostra os dados permitem concluir que apesar das mulheres freqüentarem o serviço de saúde, são elas as responsáveis pela percepção de seu problema mamário através do auto-exame e detectam mais o câncer de mama do que a atenção primária.

Existe uma demora de mais de 6 meses entre o diagnóstico feito na UBS e o atendimento feito na referência, potencializando a evolução do câncer de mama.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Poliak K. Breast cancer: origins and evolution. *J Clin Invest.* 2007;117:3155-63.
- Vargo-Gogola T, Rosen JM. Modelling breast cancer: one size does not fit all. *Nat Rev Cancer.* 2007;7:659-72.
- Doll R, Peto R, 1981. The causes of cancer quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States. *J Natl Cancer* 66:1191-1308.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de câncer: incidência de câncer no Brasil [documento da Internet]. 2008.
- World Health Organization (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.
- Legorreta, AP. et al. Diagnosis, Clinical Staging, and Treatment of Breast Cancer: A Retrospective Multiyear of a large Controlled Population. *American Journal of Clinical Oncology* v. 27, p. 185- 190, 2004.
- Jemala, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin.* 2008;58(2):71-96.
- Díaz M, Díaz J. Qualidade da atenção em saúde mental e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 209-33.
- Portella AP. Novas e velhas questões sobre corpo, sexualidade e reprodução. In: Ávila MBM, organizador. Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade. Recife: SOS Corpo; 2001. p. 71-131.
- Ávila MBM, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 70-103.
- Formiga Filho JFN. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 151
- Internacional Union Against Cancer (UICC). Evidence-Based Cancer Prevention: Strategies for NGOs. Geneve : UICC, 2004. p.180-193.
- Basegio DL. Métodos de diagnóstico do câncer de mama - uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. Tese de Doutorado. Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

Godinho ER. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Tese de Doutorado. Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

Pascalichio JC, Frisacchi CE, Baracat FF. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev Bras Mastol* 2001;11:71-84.

Kadison P, Pelletier EM, Mounib EL, Oppedisano P, Poteat HT. Improved screening for breast cancer associated with a telephone-based risk assessment. *Prev Med* 1998; 27:493-501.

Vietri VL, Poskitt S, Slaninka SC. Enhancing breast cancer screening in the university setting. *Cancer Nurs* 1997; 20:323-9.

Constanza ME, Edimiston KL. Breast cancer screening: early recognition. *Compr Ther* 1997; 23:7-12.

Caplan LS, Haynes SG. Breast cancer screening in older women. *Public Health Rev* 1996; 24:193-204.

Ellman R, Moss SM, Coleman D, Chamberlein J. Breast self-examination programmes in the trial of early detection of breast cancer: ten year findings. *Br J Cancer*. 1993;68(1):208-12.

Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, Kharikova RS, Selenev IK, et al. A prospective randomized trial (St-Petersburg, WHO) of the role of self examination in early detection of breast cancer. *Russ J Oncol*. 2000;(2):4-9.

Pinho, VFS, Coutinho, ESF. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 351-360. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200002.

Abreu, E, Koifman, S, 2002. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1):113-131.

American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2007*. Atlanta: American Cancer Society; 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, Ministério da Saúde - Inca/MS [boletim na internet]. Estimativas 2008, 2007 [acesso em 22 mar 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO [boletim na internet]. Mortality - Baseline Scenario 2008 [acesso em 22 mar 2009]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/Dth7_2008.xls.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*. 2001;37:4-66.

Freitas F, Menke CH, Passos EP, Rivoire WA. Rotinas em ginecologia. 6 ed. São Paulo: Artmed ; 2006.

Guimarães JRQ. Manual de Oncologia. São Paulo: BBS; 2004.

Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23:1061-9.

Lamas JM, Pereira MG. Fatores de risco para o câncer de mama e para lesões pré-malignas em mulheres assintomáticas no Distrito Federal. Rev Bras Mastol. 1999;9:108-14.

Narod SA, Foulkes WD. BRCA1 and BRCA2. Nature Reviews. 2004;4:665-76.

Russo IH, Russo J. Mammary gland neoplasia in long-term rodent studies. Environ Health Perspect. 1996;104:938-67.

Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2006;81:1290-302.

Borgstein J. The Lancet vol.363. February 7, 2004.

Innes KE, Byers TE. Smoking during pregnancy and breast cancer risk in very young women (United States). Cancer Causes Control. 2001;12:179-85.

Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW Jr et al. Alcohol, tobacco and breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. Br J Cancer. 2002;87:1234-45.

Clarke MF, Fuller M. Stem cells and cancer: two faces of eve. Cell. 2006;124:1111-5.

Eisemberg AJA, Koifman S. Câncer de mama: marcadores tumorais. Rev Bras Cancerol. 2001;47:377-88.

Kligermann J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. Rev Bras Cancerol. 2002;48:3-7.

Marchi AA, Maria MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28:214-9.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Inca). Estimativa de incidência de mortalidade por câncer de mama no Brasil (2008). [acesso em 2008 Nov 30]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.

MINISTERIO DA SAÚDE INCA. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA.[site de Internet] Câncer de mama. [citado em 18 abr 2008] Disponível em: <http://www.sogimig.org.br/saúde/mastologia>.

Curi HA, Gotlieb SLD, Latorre MRDO. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;4:169-77.

Siqueira RFCB, Sa DSB, Pinto Neto, Cabello C, Conde DM, Paiva LHSC, et al. Fatores associados à densidade mamográfica de mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(1):45-52.

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.

De Moraes ED, Alban LBV, Costa R, et al. Epidemiologia, características tumorais e sobrevida global de 1565 pacientes com câncer de mama em acompanhamento no Núcleo de Oncologia da Bahia, Brasil. *Rev Soc Bras Cancerol*. 2005; 29(1):4-12.

Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama, no estado do Pará. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Brito C, Portela MC, De Vasconcelos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Ver Saúde Pública*. 2005;39(6):874-81.

De Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS. 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.

De Abreu E. Câncer de mama feminina em Goiânia: análise da sobrevida em 10 anos na coorte diagnosticada entre 1988-90 [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Weinstein MC. From cost-effectiveness ratios to resource allocation: where to draw the line? In: Gold MR. *Cost effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford university press. 1996.

Starfield B. *Primary care : concept, evaluation and policy*. New York: Oxford university press, 1992.

Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res*. 2004;6(6):229-39.

Smigal C, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Howe HL, et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity: update 2006. *CA Cancer J Clin*. 2006;56(3):168-83.

Gebrim, LH. ; Quadros, LG. . Rastreamento mamográfico no Brasil. RBGO. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 319-323, 2006.

Hakana M,Auvinem A,Day NE, Miller AB.The peculiar age specific incidence curve for cancer of the breast-Clemmesen's hook Med Screen.2007;14(4):174-7.

Souza Pinho VF, Coutinho ESF. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral do Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):351-60.

Fundação Oncocentro de São Paulo.Rastreamento mamográfico no Estado de São Paulo resultados preliminares de 2005. São Paulo; 2005.

ANEXO 1

PERGUNTAS RELACIONADAS À ACESSIBILIDADE , UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E À LONGITUDINALIDADE:

1.Como a sra percebeu que tinha o problema na mama?

() pelo auto-exame

() pelo médico

2.Onde a sra procurou recursos para esclarecimento de seu problema mamário?

()UBS. Qual?-----

()Serviço de Mastologia Qual?-----

()Pronto atendimento(AMA) Qual?-----

()Pronto Socorro Qual?-----

3.Conseguiu rapidez no atendimento médico,por ocasião de seu problema mamário?

()sim.Quanto tempo?-----

()não.Demorou quanto tempo?-----

4.Quando foi a última vez que foi ao médico antes do aparecimento do seu problema mamário?

() menos de 6 meses

() entre 6 meses e 1 ano

() mais de 1 ano e menos de 2 anos

() mais de 2 anos

5.A sra fazia regularmente exames preventivos para câncer de mama?

Auto-exame ()sim ()mensal ()não mensal

()não

Ultrasonografia mamária ()sim ()semestral ()anual

()não

Mamografia ()sim ()anual ()bianual

()não(nunca fez)

Consulta com médico ()sim ()semestral () anual

()não

6.Por ocasião de sua consulta em UBS de os profissionais tem o hábito de palpar sua mama?

()sim

()não

7.Quanto tempo levou entre o surgimento de seu problema e o atendimento na CSSM Itaquera ?

☐ menos de 1 mês

☐ entre 1 e 3 meses

☐ entre 3 e 6 meses

☐ mais e 6 meses

8.Houve falta de preocupação de sua parte em não realizar exames periódicos para prevenção de câncer de mama?

☐ sim

☐ não

9.Na visão da sra demorou muito tempo entre perceber o seu problema mamário e conseguir ser atendida aqui neste serviço?

☐ sim

☐ não

Porque?-----

Nome da paciente -----

ANEXO 2

ESTADIAMENTO TNM

T - Tumor Primário

TX O tumor primário não pode ser avaliado

T0 Não há evidência de tumor primário

Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, ou carcinoma lobular in situ, ou doença de Paget do mamilo sem tumor

T1 Tumor de 2 cm ou menos em sua maior dimensão

T1mic Micro invasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão.

T1a mais de 0,1 cm, porém não mais de 0,5 cm em sua maior dimensão

T1b mais de 0,5 cm, porém não mais de 1 cm em sua maior dimensão

T1c mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão

T2 Tumor de mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão

T3 Tumor de mais de 5 cm em sua maior dimensão

T4 Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele (costelas, músculos intercostais, músculo denteado anterior).

T4a Extensão à parede torácica

T4b Edema ou ulceração da pele mamária, ou nódulos cutâneos satélite confinados à mesma mama

T4c Ambos (T4a e T4b)

T4d Carcinoma inflamatório

N– Linfonodos Regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais

N1 Metástase em linfonodos axilares, homolaterais, móveis

N2 Metástase em linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas

N3 Metástase em linfonodos mamários internos homolaterais

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada

M0 Ausência de metástase à distância

M1 Metástase à distância