

Pod. Dec. No. 82776

R 13874434/07

11/06/07



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

IZABEL CRISTINA FALCÃO JUVENAL BARBOSA

ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES
MASTECTOMIZADAS

D

816.99449059

B197a

FORTALEZA

2007

IZABEL CRISTINA FALCÃO JUVENAL BARBOSA

**ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará para a obtenção
do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração Clínico Cirúrgica
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Fátima Carvalho
Fernandes

**FORTALEZA
2007**

B197a Barbosa, Izabel Cristina Falcão Juvenal
Análise sócio demográfica e clínico epidemiológica de mulheres
mastectomizadas / Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa. 2007.
98 f.

Orientadora: Profª Drª Ana Fátima Carvalho Fernandes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade
de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

1. Mastectomia 2. Epidemiologia. 3. Neoplasias Mamárias I.
Fernandes, Ana Fátima Carvalho. II. Título.

CDD 616.99449

IZABEL CRISTINA FALCÃO JUVENAL BARBOSA

**ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA
DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará para a obtenção
do Título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em 08 / 01 / 2007

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Profª Drª Augediva Maria Jucá Pordeus
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Profº Drº Marcos Venicius de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho ...

... à DEUS

OBRIGADO, SENHOR!

Pelos meus braços perfeitos, quando há tantos mutilados
Pelos meus olhos perfeitos, quando há tantos sem luz
Pela minha voz que canta, quando muitas emudecem
Pelas minhas mãos que trabalham, quando tantas mendigam

É MARAVILHOSO, SENHOR!

Ter um lar para voltar, quando há os que não tem aonde ir
Sorrir, quando há tantos que choram
Amar, quando há tantos que odeiam
Sonhar, quando há tantos que se revolvem em pesadelos
Viver, quando há tantos que morrem antes de nascer
Sobretudo, ter tão pouco a pedir
E tanto para agradecer

(Michel Kuoist)

... à minha família

A meus queridos pais, *João e Luordes*,
por me ensinarem a trilhar
meus próprios caminhos

Aos meus filhos *Jonathan, Jeferson e Jackson*
que me proporcionaram a alegria
de vivenciar a maternidade

Ao meu esposo *Leonilson*
pelo apoio e estímulo
durante esta caminhada
na realização de mais
um sonho...

... às minhas escolas ...

Universidade Federal do Ceará - UFC

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

As minhas escolas de Educação Infantil,

Ensino Fundamental e Médio

... aos meus professores ...

*Pelos ensinamentos e oportunidades
de crescimento intelectual e pessoal
que de alguma forma contribuíram
para o meu aprimoramento
durante minha formação
profissional ...*

... à minha orientadora ...

*Minha mestra,
que me ensinou a dar
os meus primeiros passos
na pesquisa científica.
Pela paciência, compreensão
e incentivo ao longo destes anos...
O meu respeito e admiração.*

AGRADECIMENTOS

No decorrer desta longa caminhada contei com a colaboração de pessoas especiais....

Aos meus familiares pelo apoio, carinho e compreensão pela minha ausência em momentos de convívio ...

A minha avó querida, Carolina, pelos ensinamentos de vida.

A todas as mulheres que vivenciaram o câncer de mama, minha gratidão mais profunda e sincera.

A Prof^ª Dr^ª Ana Fátima Carvalho Fernandes, minha orientadora, que participou de todas as decisões desta pesquisa, por todos os seus ensinamentos.

A Prof^ª Dr^ª Augediva Jucá Pordeus e ao Prof^º Dr^º Marcos Venicius de Oliveira Lopes, pelas valiosas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

Aos professores do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Ceará, por sua competência e pela transmissão de conhecimentos importantes na minha jornada.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP pela concessão da bolsa de Mestrado e pelo apoio financeiro para a execução desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e apoio.

Aos colegas do Curso do Mestrado, agradeço o privilégio da convivência ao longo desses anos.

Ao Hospital do Câncer do Ceará, por permitir a coleta de dados desta pesquisa e a realização deste sonho.

A Dr^ª Mirem, pela presteza e disposição de ajudar todas as vezes que foi solicitada.

Aos funcionários do HCC, por toda ajuda prestada e pelo incansável apoio na realização deste trabalho.

Ao Drº Ercio Ferreira Gomes, pela imensa contribuição na realização deste trabalho.

As alunas Sâmia, Paula Natasha, Monique e Natasha pela ajuda na concretização da coleta de dados.

As amigas Érika Leite Barros, Francisca Cláudia Monteiro de Almeida, Francisca Fátima Vasconcelos e Geridice Lorna Andrade de Moraes, pelo incentivo e companheirismo durante a realização desta pesquisa.

A estatística Joseane Gregório Siqueira, pela orientação na codificação das inúmeras variáveis do banco de dados e pela análise estatística.

A Profª Caroline Lopes Barbosa, pelo auxílio na análise gramatical.

Ao Profº Drº Marcos Venicius de Oliveira Lopes, a Profª Drª Angediva Jucá Pordeus e a Profª Drª Maria Veraci Oliveira Queiroz pelas contribuições na Banca de Defesa Examinadora do trabalho.

Aos que colaboraram na execução deste trabalho.

Enfim, a TODOS , minha eterna gratidão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 O Objeto e o Problema do Estudo.....	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
3.1 História Natural da Doença.....	30
3.2 Políticas Públicas de Relevância para a Saúde da Mulher Relacionada ao Controle de Câncer de Mama.....	31
3.3 Estratégias Nacionais para Rastreamento, Detecção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama.....	38
3.4 Modalidades de Tratamento para Neoplasia Mamária	44
3.5 Fatores de Risco para o Câncer de Mama	48
4 METODOLOGIA	50
4.1 Tipo de Estudo.....	51
4.2 Cenário da Pesquisa	52
4.3 Caracterizando a População do Estudo	52
4.4 Procedimentos Técnicos na Coleta de Dados	53
4.5 Instrumento para Coleta de Dados.....	53
4.5.1 Variáveis e conceitos	54
4.6 Pré-Teste ou Pesquisa Piloto.....	56
4.7 Organização e Análise dos Dados	57
4.8 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	57
4.9 Orçamentos e Recursos para a Pesquisa	57
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
6 CONCLUSÕES	83
7 REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	93
ANEXOS.....	97

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estadiamento do câncer de mama em função das diversas combinações possíveis pelo sistema TNM.....42

QUADRO 2 - Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM.....43

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- TABELA 1** - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia segundo as características sócio demográficas. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....60
- TABELA 2** - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia, segundo fatores hormonais e reprodutivos. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....62
- TABELA 3** - Distribuição de mulheres submetidas à mastectomia, segundo a história familiar para o câncer de mama. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....67
- Tabela 4** - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia, de acordo com o quadro clínico no momento da admissão. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza -CE / 2000.....69
- Tabela 5** - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com o grupamento por estádios. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....70
- Tabela 6** - Associação da modalidade cirúrgica realizada com o tratamento de quimioterapia e hormonioterapia neoadjuvante. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....73
- Tabela 7** - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com a classificação tumoral. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 200074
- Tabela 8** - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com o tratamento adjuvante de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....77

Gráfico 1 – Esquema adjuvante de quimioterápicos utilizados no tratamento de câncer de mama. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.....	78
Tabela 9 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com as complicações pós cirurgia. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000	79
Tabela 10 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com a evolução para metástase, recidiva locorregional e óbito. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará. Fortaleza - CE / 2000.....	80

- PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- NNIS – National Nosocomial Infection Surveillance System
- RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional
- RE (+) - Receptor de estrógeno positivo
- RE (-) - Receptor de estrógeno negativo
- RHC – Registros Hospitalares de Câncer
- RP (+) - Receptor de progestágeno positivo
- RP (-) - Receptor de progestágeno negativo
- SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística
- SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SNC - Serviço Nacional de Câncer
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TMX – Tamoxifeno
- TRH – Terapia de Reposição Hormonal
- USG – Ultra-Sonografia
- UICC - União Internacional Contra o Câncer
- WCRFI - World Cancer Research Fund International

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar as características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas das mulheres que se submeteram à intervenção cirúrgica de mastectomia em um Hospital de referência em oncologia do Estado do Ceará. Trata-se de um estudo de corte transversal, que avaliou as informações contidas em 192 prontuários de mulheres portadoras de câncer de mama que tinham sido submetidas à mastectomia no ano de 2000. A coleta de dados foi realizada de 2ª a 6ª feira das 14:00 às 20:00 horas no período de setembro a outubro de 2006, num Hospital de referência em Oncologia do nosso Estado. Utilizou-se para o levantamento de dados um formulário, previamente testado e elaborado com base nos dados obtidos dos prontuários médicos arquivados no setor de registros. As informações obtidas foram inseridas em um banco de dados do *software SPSS* versão 9.0 for Windows, a fim de se obter os resultados finais para discussões posteriores com base na literatura pertinente. A pesquisa foi desenvolvida dentro das diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da referida instituição. A partir da análise dos resultados sobre o perfil sócio-demográfico das participantes no estudo, observou-se que 22,9% das mulheres mastectomizadas apresentavam a idade na época do diagnóstico variando entre 53 a 60 anos; 41,12% possuíam primeiro grau, 60,4% eram casadas, 44,1% teve seu primeiro episódio menstrual entre 13 e 15 anos, 32% relataram a menopausa na faixa etária entre 47 e 52 anos de idade, 45,9% teve a duração do ciclo menstrual variando entre 35 a 40 anos, 51% das mulheres pariram dois ou mais filhos, 35,4% amamentaram e destas 20,3% referiram duração da amamentação inferior a 6 meses, 10,9% nunca fizeram o uso da terapia de reposição, 70,3% negaram histórico familiar para câncer de mama, 72,9% apresentaram nódulo palpável no momento da admissão. As variáveis que apresentaram associação com o tipo de procedimento cirúrgico foram: classificação tumoral ($p = 0,019$), grupamento por estádios/estadiamento clínico ($p = 0,000$), tratamento neoadjuvante de quimioterapia ($p = 0,000$), evolução para metástase à distância ($p = 0,000$) e recidiva loco regional ($p = 0,008$). Pode-se concluir que são imprescindíveis estudos que tracem o perfil de mulheres que vivenciaram o câncer de mama, em distintas localizações geográficas para que se possam planejar ações efetivas e eficazes no controle desta neoplasia. Pode-se concluir que a qualidade das informações de algumas variáveis sócio demográficas e clínica epidemiológicas provenientes dos prontuários não foram satisfatórias e que mesmo com o incremento tecnológico e os avanços da ciência médica nas últimas décadas houve um elevado percentual de casos diagnosticados estádios II e III, indicativo de um retardo na implementação da terapêutica após o diagnóstico do câncer. Desta forma, precisa-se analisar o acesso da população aos serviços de saúde na atenção básica e especializada e avaliar a rede de cobertura dos serviços do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: mastectomizadas, sócio demográficos, clínico epidemiológicos.

SUMMARY

The objective of this research was to analyze the women's partner-demographic and clinical-epidemic characteristics that underwent the surgical intervention of mastectomy in a reference Hospital in oncologia of the State Ceará. It is treated of a study of traverse cut, that it evaluated the information contained in 192 handbooks of women breast cancer bearers that had been submitted to the mastectomy in the year of 2000. The collection of data was accomplished from 2nd to 6th fair of the 14:00 to the 20:00 hours in the period of September to October of 2006, in a reference Hospital in Oncologia of our State. It was used for the rising of data a form, previously tested and elaborated with base in the obtained data of the medical handbooks filed in the section of registrations. The obtained information were inserted in a database of the software SPSS version 9.0 goes Windows, in order to if to obtain the final results for subsequent discussions with base in the pertinent literature. The research was developed inside of the guidelines of the Resolution 196/96 of Ministry of Health, having been approved by the Committee of Ethics of Research of the referred institution. Starting from the analysis of the results on the participants' partner-demographic profile in the study, it was observed that 22,9% of the women mastectomizadas presented the age at that time of the diagnosis varying among 53 to 60 years; 41,12% possessed first degree, 60,4% were married, 44,1% had his/her first menstrual episode between 13 and 15 years, 32% told the menopause in the age group between 47 and 52 years of age, 45,9% had the duration of the menstrual cycle varying among 35 to 40 years, 51% these women had give birth two our more children, 35,4% breastfeeded and of these 20,3% they referred duration of the inferior breast-feeding to 6 months, 10,9% never made the use of the replacement therapy, 70,3% denied family report for breast cancer, 72,9% presented tangible nodule in the moment of the admission. The variables that presented association with the type of surgical procedure were: classification tumoral ($p = 0,019$), grupamento for clinical estádios/estadiamento ($p = 0,000$), treatment chemotherapy neoadjuvante ($p = 0,000$), evolution for metástase at the distance ($p = 0,000$) and recurrence regional loco ($p = 0,008$). it can be concluded that you/they are indispensable studies that draw the women's profile that you/they lived the breast cancer, in different geographical locations so that one can plan effective and effective actions in the control of this neoplasia. It can be concluded that the quality of the information of some varied demographic partner and coming of the handbooks epidemic clinic were not satisfactory and that even with the technological increment and the progresses of the medical science in the last decades there was a high one percentile of cases diagnosed stadiums II and III, indicative of a retard in the implementation of the therapeutics after the diagnosis of the cancer. This way, he/she needs to analyze the access of the population to the services of health in the basic and specialized attention and to evaluate the net of covering of the services of the Unique system of Health.

KEYWORDS: mastectomizadas, partner demographic, clinical epidemic.

1 INTRODUÇÃO

“ É graça divina começar bem.

Graça maior persistir na caminhada certa.

Mas a graça das graças é não desistir.”

(Helder Câmara)

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Objeto e o Problema do Estudo

O termo câncer advém do grego *Karkinos* e do latim *câncer*, que significa “*caranguejo*”. Simbolicamente essa comparação ocorre pela semelhança entre as veias entumecidas do tumor e as pernas do animal, como também pela agressividade e imprevisibilidade de ambos (JAMES; SMITH JÚNIOR, 1986).

Este termo pode ser encontrado no conjunto de escritos da Medicina Grega e Romana (*Corpus Hippocraticum*) datados há 5.000 anos, onde há referências dos primeiros crescimentos malignos humanos em múmias egípcias, embora estudos patológicos comprovem a ocorrência de tumores ósseos em dinossauros e animais pré-históricos.

Com base em informações da *International Agency for Research on Cancer*, estimava-se que em 1996 surgiram mais de 10 milhões de novos casos no mundo. Os oito tipos mais comuns de câncer no sexo masculino são os de pulmão, estômago, cólon e reto, próstata, boca e faringe, fígado, esôfago e bexiga. As mulheres são mais atingidas pelos cânceres de mama, colo de útero, cólon e reto, estômago, pulmão, boca e faringe, ovário e endométrio (WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL, 1997).

O câncer não é uma doença única e sim um grupo de mais de cem doenças diferentes, que têm em comum a perda, pelo organismo, do controle sobre o crescimento e multiplicação das células alteradas (FRANKS, 1990; PITOT, 1993). Pode ser caracterizado por duas propriedades distintas: (1) crescimento incontrolável de células originárias de tecidos normais que se reproduzem em grande velocidade e (2) propriedades de matar o hospedeiro por meio de extensão local, pela capacidade de difusão para os tecidos vizinhos provocando metástases (DUARTE; ANDRADE, 2003).

É bastante difundida a idéia de que o câncer de mama afeta profundamente a mulher nas dimensões biopsicossociais, por ser considerado uma doença que apresenta duas ameaças reais: pode resultar na morte do indivíduo ou levar a uma cirurgia mutilante, a mastectomia.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Rio de Janeiro, órgão de Saúde Pública do Ministério da Saúde, responsável pela prevenção do câncer, estima, para 2006, 48.930 casos novos de câncer de mama no Brasil, sendo este o que mais promove óbitos entre mulheres. O número citado corresponde à taxa bruta de incidência de 51,66 para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2006c). No Ceará, estima-se para 2006, uma taxa de incidência de 34,82 para cada 100.000 habitantes, com 1.460 novos casos. Em Fortaleza, neste mesmo ano, é esperado mais 660 novos casos, com taxa de incidência de 52,61 (BRASIL, 2006c).

Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 71 incidências por 100 mil; sem considerar os tumores de pele não melanoma. Este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (69/ 100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (15/100.000) O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo, e o primeiro entre as mulheres (BRASIL, 2005).

Mudanças nas condições de vida, hábitos e costumes acompanham o processo de industrialização e urbanização que ocorre no Brasil e no mundo. Essas mudanças, somadas ao aumento progressivo da expectativa de vida, são determinantes da exposição da população a fatores ambientais de risco, que parecem ter estreita relação com o incremento da incidência e mortalidade por câncer de mama (BRASIL, 2002).

Em virtude do crescente número de casos de câncer registrados, uma parcela maior dos recursos públicos está sendo destinada ao diagnóstico e à terapêutica em oncologia, incrementando, assim, exames de alta complexidade e tratamentos com a quimioterapia e a radioterapia na rede pública de saúde. Sabe-se que aproximadamente 7 em cada 10 (70%) dos casos de câncer necessitarão de quimioterapia, enquanto que de radioterapia, a urgência gira em torno de 60% (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

O câncer mamário constitui um importante problema de saúde pública no Brasil por exercer um fator preponderante na taxas de morbidade e mortalidade de mulheres brasileiras. De acordo com dados divulgados pela OMS (Organização Mundial de Saúde),

o câncer é hoje a terceira principal causa de óbitos no mundo, o que representa 12% dos casos de morte anualmente (CAMARGO, 2000).

A partir de estudos epidemiológicos e através de observações das principais manifestações clínicas apresentadas por algumas portadoras de câncer de mama, foi possível identificar certas variáveis que predispõe as mulheres ao desenvolvimento da neoplasia mamária.

Nesta perspectiva, alguns estudiosos têm procurado cada vez mais explorar as especialidades da temática Câncer de Mama. Portanto, faz-se necessário procurarmos compreender o universo da mulher portadora de neoplasia mamária na sua especificidade e individualidade. Dessa forma, talvez possamos articular os conhecimentos obtidos no campo psico-biológico com os aspectos sociais e apoiá-la no processo de recuperação, readaptação e reabilitação.

As causas de neoplasias são variadas, podendo ser externas (substâncias químicas, irradiação, vírus) ou internas (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas), estando ambas inter-relacionadas.

As causas externas estão relacionadas ao meio ambiente, hábitos e costumes próprios do contexto social e cultural na qual o indivíduo habita. Enquanto que, as causas internas estão, geneticamente pré-determinadas e intimamente relacionadas a capacidade do organismo de se defender das agressões externas. A interação entre esses fatores causais aumenta a probabilidade de transformações malignas nas células normais (CAVALCANTI, 2003).

Os fatores de risco, segundo a American Council on Science and Health, são classificados de acordo com a veracidade da prova científica que embasa cada fator. Considera-se fatores de risco para a ocorrência do câncer mamário: idade avançada, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas; exposição prolongada a estrógenos endógenos, exposição a radiações ionizantes e obesidade pós-menopausa, porque são comprovados por pesquisas científicas. Como fatores aparentes, consideram-se aqueles que já foram explicados por estudos, são eles: nuliparidade, terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivo oral (MORGAN; GLADSON, 1998).

Existem fatores que geram controvérsias entre os estudiosos da temática, são eles: lactação, aborto, dietas ricas em gorduras, álcool e tabagismo. Para finalizar, os fatores especulativos são aqueles para os quais existem poucos estudos que confirmem a sua relação com tal doença: obesidade pré-menopausa, tamanho da mama, traumatismo mamário, exposição à radiação eletromagnética proveniente de exposição ocupacional ou doméstica (MORGAN; GLADSON, 1998).

A teoria mais aceita para a explicação do surgimento do câncer mamário, segundo Palmeira et al (2002) é a idade avançada, no entanto a história familiar é o fator de risco de maior importância na comunidade científica.

Apesar de toda a evolução tecnológica da criação e inovação de aparelhos que detectam a transformação das células normais em cancerosas, da descoberta de novos medicamentos e do avanço da medicina genética, uma das principais causas de morte de mulheres no Brasil continua sendo os tumores malignos de mama.

Na população brasileira, a maioria dos diagnósticos de câncer de mama é realizada em estágios tumorais mais avançados, onde se faz necessário instituir tratamentos radicais, com aumento significativo de morbidade e pior qualidade de vida (BERGMANN; MATOS; KOIFMAN, 2004).

Atualmente as tentativas para controle da doença estão concentradas nas ações de prevenção e detecção precoce que, para o Instituto Nacional do Câncer, são em número de três: 1) auto-exame das mamas; 2) exame clínico das mamas realizado por profissional especializado e 3) mamografia realizada regularmente conforme orientação do profissional médico. Dessa forma, há possibilidade de uma ação precoce e eficaz, já que 90% dos casos são curáveis, quando o diagnóstico é feito precocemente (DUARTE; ANDRADE, 2003).

As neoplasias mamárias, quando detectadas precocemente, podem ser tratadas com sucesso através da mastectomia, que pode ser definida como um processo cirúrgico agressivo de remoção de mama, podendo acarretar repercussões físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher (BARBOSA, 2000).

Embora existam procedimentos cirúrgicos menos deformantes, como a tumorectomia ou quadrantectomia, a mastectomia continua sendo o procedimento mais

seguro na prevenção e no alastramento do câncer de mama, proporcionando um aumento significativo na sobrevivência (BARBOSA,1998).

A pesquisa em questão deverá contribuir diretamente na fundamentação técnico-científica dos profissionais e estudantes da área de saúde, com base no perfil sócio-demográfico, clínico epidemiológico de mulheres que se submeteram à intervenção cirúrgica num hospital de referência em oncologia do Estado do Ceará, no ano de 2000. Também deverá contribuir para traçar melhores medidas a serem adotadas e implementadas na detecção precoce e no rastreamento, na promoção e na recuperação da saúde de mulheres acometidas por tal doença.

Para Smeltzer e Bare (2004), o papel do enfermeiro não está relacionado apenas com o tratamento e a cura, mas também com o estabelecimento de medidas preventivas (serviços profiláticos), controlando as condições do paciente e proporcionando orientações e apoio emocional.

Os estudos nesta temática iniciaram-se em 1998. Na época, cursava o último ano de graduação em Terapia Ocupacional na Universidade de Fortaleza. O ingresso no Projeto Saúde da Mulher deu-se no mesmo ano e, desde então, todos os estudos e pesquisas envolvem a temática. Rotineiramente, nos encontros do projeto, aborda-se o tema neoplasia mamária, dentre outros relacionados à saúde da mulher. Temas estes, sempre veiculados em artigos, monografias, dissertações e teses apresentadas por alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

O interesse em conhecer mais sobre o perfil sócio-demográfico, clínico-epidemiológico de mulheres mastectomizadas surgiu durante a graduação em enfermagem, junto ao grupo GEPAM (Grupo de Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada), pois como já foi mencionado anteriormente, foram vários estudos desenvolvidos, porém nenhum com este enfoque.

Em pesquisas anteriores, observou-se que as mastectomizadas, geralmente, são mulheres que estão vivendo situações traumáticas intensas e costumam apresentar sentimentos de tristeza, desânimo, depressão, medo, ansiedade, raiva, hostilidade, após a confirmação do diagnóstico de câncer e à extirpação da mama. Essas e outras emoções variam em intensidade e implicam em muitos processos que tendem a interferir no

processo de readaptação, recuperação e reabilitação. Diante disso, o enfermeiro deve estar preparado para lidar com pacientes nesse estado emocional, oferecendo-lhes tratamento adequado. Além disso, elas costumam apresentar problemas clínicos, após intervenção cirúrgica, dentre eles podemos destacar: o linfedema; dor no local da incisão cirúrgica, a adesão da parede torácica; perda e/ou diminuição da amplitude articular e da força muscular e a parestesia na borda interna do braço (BARBOSA,1998).

O conhecimento sobre as questões básicas da saúde da mulher, a capacidade do câncer de mama resultar em mastectomia, os fatores de riscos e determinante e as principais manifestações clínicas decorrentes da intervenção cirúrgica são questões que merecem destaque para a construção e implementação de uma satisfatória infra-estrutura física e organizacional dos serviços de saúde, de uma melhor qualificação da assistência prestada pela equipe de profissionais de saúde e de enfermagem, contribuindo, então, com a construção do perfil epidemiológico das mulheres com neoplasias mamárias no Brasil, em especial em nosso estado.

Considerando os conhecimentos existentes com relação ao incremento das taxas de morbi-mortalidade, dos fatores de risco para câncer de mama, das repercussões físicas, psicológicas e sociais das mulheres que se submeteram ao procedimento cirúrgico de mastectomia e com base nas vivências e pesquisas realizadas com esta problemática enfrentada por estas mulheres, resolvi trilhar novos caminhos na pesquisa quantitativa aprofundando-me nesta temática, visando responder algumas indagações que me inquietaram:

- Quais são as características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas das mulheres que se submeteram à intervenção cirúrgica de mastectomia em um centro de referência em oncologia do Estado do Ceará?
- Existe associação entre o tipo de mastectomia realizada com as variáveis clínicas e epidemiológicas?

2 OBJETIVOS

"Difícil não é fazer o que é certo,
é descobrir o que é certo fazer."

(Robert Henry Srouer)

3 REFERENCIAL TEÓRICO

“Não tem sentido dizer que fazemos o melhor que podemos. Temos de conseguir fazer o que é necessário.”

(Winston Churchill)

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História Natural da Doença

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional; harmonia esta orientada no sentido da manutenção da vida. De acordo com suas características morfológicas e funcionais, determinadas pelos seus próprios códigos genéticos, e com sua especificidade, as células estão agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos (BRASIL, 2002a).

O mecanismo de controle do crescimento celular parece estar na dependência de atores estimulantes e inibidores, e ele normalmente estaria em equilíbrio até o surgimento de um estímulo de crescimento efetivo, sem ativação do mecanismo inibidor. Tal estímulo ocorre quando há exigências especiais como, por exemplo, para reparo de uma alteração tissular. As células sobreviventes se multiplicam até que o tecido se recomponha e, a partir daí, quando ficam em íntimo contato umas com as outras, o processo é paralisado (BRASIL, 2002a).

Em algumas ocasiões, entretanto, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e a dividir-se desordenadamente. Pode resultar daí um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, insensíveis aos mecanismos reguladores normais, que resulta na formação do que se chama tumor ou neoplasia, que pode ser benigna ou maligna (BRASIL, 2002a).

O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição (BRASIL, 2002a).

Independentemente da exposição a carcinógenos, as células podem sofrer processos de mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Estes fenômenos incluem danos oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases, sendo também evidenciada a redução e o reordenamento cromossômico. Há também que se considerar a vigilância imunológica como mecanismo de correção ou exclusão das células mutantes (BRASIL, 2002a).

Em síntese, a carcinogênese pode iniciar-se de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos). Em ambos os casos, verifica-se a indução de alterações mutagênicas e não mutagênicas ou epigenéticas nas células (BRASIL,2002a).

3.2. Políticas Públicas de Relevância para a Saúde da Mulher Relacionada ao Controle de Câncer de Mama

No contexto da saúde pública nacional, as medidas concretas surgem na década de 20, com a criação do Sistema de Saúde Pública, pelo médico sanitário Oswaldo Cruz, que resolve o problema sanitário, implementando, progressivamente, instituições de higiene e saúde e adota o modelo das campanhas sanitárias destinado a combater as epidemias urbanas, e mais tarde, as rurais (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

No Brasil, a atenção com a epidemiologia começou junto da Reforma Carlos Chagas, no ano de 1921, quando foi incentivado, através dos organismos oficiais, o estabelecimento de estatísticas sobre câncer e criado o Departamento Nacional de Câncer. Recomendava-se que os casos de câncer fossem notificados e que os atestados de óbito fossem fornecidos em impressos apropriados, com quesitos de câncer (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004a).

Durante o governo do presidente Getúlio Vargas, a problemática do câncer apontava a necessidade de definição, por parte do governo, de uma política nacional de controle desta enfermidade. Em 1937, então, foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Rio de Janeiro, que veio a constituir-se no atual INCA - Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2002a).

Em 1944, o Decreto-Lei 15.971 de 04/07/1944 criou o Serviço Nacional de Câncer (SNC), com o objetivo de organizar, orientar e controlar, em todo o país, as ações de combate ao câncer e cooperar com o Serviço Federal de Bio-Estatística para realizar o levantamento da morbidade e da mortalidade por câncer em todo o território nacional (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

No ano 1953, foi criado o Ministério da Saúde a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, manteve-se a estrutura básica do Departamento Nacional de Saúde, de 1941, conservando-se o Serviço Nacional de Câncer.

Em 1968 foi criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC, com objetivo de incentivar a implantação de registros de câncer de base populacional nas diversas regiões do país. Àquela época, existia apenas o registro de Recife - PE, com início de suas atividades no ano anterior. A partir daí tivemos novos registros, começando com o de São Paulo em 1969, seguido pelos de Fortaleza e de Porto Alegre em 1971 e 1973 respectivamente (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Esta campanha visava reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no país, atuando nas áreas da prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisa, ação social e reabilitação, relacionadas com as neoplasias malignas em todas as formas clínicas (BRASIL, 2002a).

Em 1970, há alteração na organização do Ministério da Saúde, sendo o Serviço Nacional de Câncer transformado em Divisão Nacional de Câncer, responsável pela elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC - 1972-1976). O plano defendia a organização dos serviços de Cancerologia por meio da integração das diversas instituições federais, estaduais e municipais, autárquicas e privadas, buscando a regionalização e a hierarquização destes serviços (BRASIL, 2002).

O PNCC foi incluído no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) para o período de 1974-1979, que alocava verba específica para sua implantação e funcionamento. Como instrumento administrativo de absorção dessas verbas, ativou-se a CNCC, por meio da qual foram adquiridos equipamentos (bombas de cobalto, agulhas de céσιο, etc.) cedidos em comodato para vários hospitais das redes, pública e privada (BRASIL, 2002a).

No ano de 1975, na tentativa de efetivar um entrosamento na área de combate ao câncer, foi firmado um convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde. Como fruto deste convênio, foi proposto, no âmbito da Previdência, um "Programa de Controle do Câncer - PCC" que, além de universalizar os procedimentos relativos ao controle do câncer, instituía comissões de Oncologia de âmbito local, regional e nacional com vista à ação integrada no controle do câncer (BRASIL, 2002a).

Durante o desenvolvimento deste programa, a Divisão Nacional de Câncer foi extinta administrativamente, sendo criada a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD). Com isto, ampliaram-se as ações da antiga Divisão Nacional de Câncer. Uma solução aventada para resolver a crise financeira que afetava os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, no início da década de 1980, foi a de transferir para o Ministério da Previdência e Assistência Social os hospitais e serviços assistenciais do Ministério da Saúde, inclusive o INCA (BRASIL, 2002a).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), servindo de uma fonte para o registro de número de mortes por câncer. As declarações de óbito passaram a ser codificadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), à época usando a CID 9 e após 1996, a CID 10. As informações sobre a mortalidade, juntamente com as informações dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), são utilizadas para calcular a estimativa de incidência de novos casos (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Em 1983 foi implantado o primeiro Registro Hospitalar de Câncer do Brasil, no Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro. Em 1984, o Ministério da Saúde recomendou uma integração a nível nacional e, em 86, foram implantados os RCBP de Goiânia, e o de Belém, representando as diferentes regiões geográficas do País. Também merece destaque a criação do Registro Nacional de Patologia Tumoral, que através dos informes de diagnósticos de neoplasia maligna obtidos pelos exames histológicos e/ou citológicos em laboratórios distribuídos por todo o Brasil, tentou suprir a carência de informações sobre a magnitude do câncer no país (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Em 1984, o Ministério da saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004a).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço de regionalização da assistência e cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001).

No início da década de 90, com a nova Lei Orgânica da Saúde – (LOS) e a Reforma Administrativa, o Ministério da Saúde sofreu nova reformulação, sendo retirada da DNDCD a função de controle do câncer. Nessa mesma época foi desativada a CNCC e elaborado e aprovado novo organograma e novas atribuições para o INCA (BRASIL, 2004a).

Com isto, o INCA ampliou-se em todos os sentidos. Atualmente é um órgão da administração direta do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde, assiste o Ministro da Saúde na coordenação das ações nacionais de controle do câncer e constitui uma referência na prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde, por meio do INCA, tem procurado aplicar essas diretrizes, priorizando ações e programas, dividindo responsabilidades com os gestores estaduais e municipais, preparando-se, assim, para acompanhar e avaliar a Política Nacional de Controle do Câncer, mediante metodologias e indicadores que tanto demonstram a eficiência e eficácia das ações e programas, como a coerência com os princípios constantes na Lei 8.080/1990, que instituiu o SUS (BRASIL, 2004a).

O INCA/Ministério da Saúde vem desenvolvendo alguns Programas, como o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Viva Mulher, Tabagismo e o Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC) (BRASIL, 2004a).

Em 1998, a implantação do sistema SUS APAC/ONCO (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) para gerenciar os tratamentos e recursos destinados ao tratamento do câncer na rede pública de todo o País, permitiu iniciar um novo sistema de coleta de dados, muito úteis para definir a frequência da ocorrência e traçar perfil do câncer nas unidades hospitalares do Brasil (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Em todas as regiões geográficas do Brasil, há Centros de Alta Complexidade em Oncologia no sistema público, chamados de CACON, destinados ao atendimento gratuito em quimioterapia e/ou radioterapia para os portadores de câncer. No estado do RS, existem 26 CACON, estando 6 localizados em Porto Alegre, alvo do nosso estudo. O município conta com 1 CACON II, oferecendo quimio-/radioterapia, 2 CACON I com 98 quimio-/radioterapia e 3 CACON I, somente com quimioterapia, além de 1 Serviço de quimioterapia isolado, que embora não seja CACON, é contratado pela rede pública para o atendimento e aplicação de quimioterapia nos pacientes com neoplasias (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da promoção de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004a).

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade do atual governo, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM)*, em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2006a).

Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de câncer e de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente desobrigados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2006c).

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) destas neoplasias, as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006a).

Para alcançar esses objetivos, no Brasil, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e Mama, que tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses tipos de câncer na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006a).

No dia 27 de novembro de 2000, foi lançada a primeira fase do Projeto de Capacitação de Recursos Humanos na Área da Saúde destinado a estudos sobre o câncer de mama, com distribuição de material para treinamento contendo folhetos, livretos e vídeo para profissionais de saúde alocados nos diversos níveis de atenção à saúde e no Projeto de Organização da Rede de Serviço, prevendo a alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (Core biopsy) em pólos de diagnóstico estaduais (BRASIL, 2002a).

Numa segunda fase, o Programa será alvo de uma Fase de Intensificação, orientando a mulher a fazer o auto-exame das mamas (AEM) e convidando-a a procurar a rede de saúde para realizar o exame clínico das mamas (ECM), caso julgue ter alguma alteração. Em uma terceira fase, com data a ser definida, o Programa iniciará o rastreamento por mamografia das mulheres de maior risco, após a organização da rede de serviços (BRASIL, 2002a).

Em 2004, um processo de avaliação identificou a necessidade de revisão da estrutura e das estratégias do Programa Viva Mulher, de forma a se construir novos meios

que permitissem alcançar os objetivos preconizados e descritos anteriormente. Tais constatações motivaram a construção de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do útero no Brasil 2005-2007 (BRASIL, 2006a).

O Plano de Ação apresenta Diretrizes Estratégicas: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação. Desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas; mobilização social. Compostas por ações a serem desenvolvidas, a partir do ano de 2005, nos distintos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Esse plano de ação é um dos componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica (PT nº2439/GM de 08 de dezembro de 2005), que institui ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que estão sendo implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, devendo ser organizada de forma articulada com o Ministério da saúde e com as Secretarias de saúde dos estados e dos municípios (BRASIL, 2006a).

Para finalizar este percurso na história das políticas do câncer de mama no Brasil, foi lançada a Portaria Nº399/ GM de 22 de fevereiro de 2006, que predispõe sobre a divulgação do Pacto pela Saúde de 2006 e Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais e regionais ou municipais. Os estados e municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos, dentre as seis prioridades pactuadas destacam-se: *controle do câncer de colo do útero e da mama*, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade pelas incidências respectivas. Para isso, estabeleceu-se como metas para o Controle do Câncer de Mama: ampliar para 60 % a cobertura de mamografia e realizar punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo (BRASIL, 2006b).

3.3 Estratégias Nacionais para Rastreamento, Detecção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

Apesar de todo o advento tecnológico, das inovações das técnicas cirúrgicas e dos avanços da quimioterapia e radioterapia, têm-se observado substancialmente um incremento na mortalidade feminina pela neoplasia mamária. Atualmente, as estratégias empregadas na detecção precoce do câncer de mama segundo o *Consenso do Controle de Câncer de Mama*, (BRASIL, 2004a) recomendam:

- O rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- O rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com um intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- O exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado;
- A garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Cabe destacar aqui, os grupos populacionais definidos como sendo de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O exame clínico da mama (ECM) é considerado uma estratégia de fundamental importância na detecção precoce e na propedêutica para o diagnóstico do câncer de mama. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos

para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004a).

Para diagnóstico de lesões palpáveis, a ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Ela pode ser complementada pela ultra-sonografia nas seguintes situações:

- Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
- Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto;
- Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário. A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões de Categoria 2 e 5 (BI-RADS®) microcalcificações, distorção da arquitetura e densidade assimétrica focal.

No caso de haver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF); ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional (BRASIL, 2004a).

A PAAF é um procedimento ambulatorial, de baixo custo, de fácil execução e raramente apresenta complicações, que permite o diagnóstico citológico das lesões. Esse procedimento dispensa o uso de anestesia (BRASIL, 2004a).

A PAG ou *core biopsy* é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico (por congelamento, quando disponível), permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais. Nas lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultra-sonografia), prosseguir a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica. Havendo indisponibilidade da realização de exames de imagem está indicada a investigação por meio da PAAF ou PAG (BRASIL, 2004a).

O diagnóstico prévio reduz o estresse da mulher quanto ao conhecimento do procedimento cirúrgico a que será submetida, otimiza o planejamento das atividades do

centro cirúrgico, além de ter custo inferior, se comparado a uma internação para biópsia cirúrgica convencional (BRASIL, 2004a).

Para conduta nos casos das lesões não palpáveis, segue a proposta do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em reunião de Consenso em 1998. Nos casos Categoria 3 (BI-RADS®), devem ser realizados dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual (BRASIL, 2004a).

Nas lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS®), está indicado estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de PAG, mamotomia ou biópsia cirúrgica. Por tratar-se de lesão não palpável, a biópsia cirúrgica deve ser precedida de marcação (MPC marcação pré-cirúrgica), que pode ser guiada por raios X (mão livre, biplanar ou estereotaxia) ou por ultra-sonografia (BRASIL, 2004a).

Se houver disponibilidade, recomenda-se eleger a USG para guia de procedimento invasivo, quando a lesão for perceptível pelos dois métodos. Nos casos de PAG e mamotomia com resultado histopatológico benigno, necessário saber como foi o procedimento para decidir a conduta (BRASIL, 2004a).

O procedimento (PAG, mamotomia) é considerado adequado se produzir fragmentos íntegros (mínimo 3) e se a lesão for atingida. Nas lesões Categoria 4 (BI-RADS®), nos casos de procedimento adequado, deve-se fazer dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual. Nos casos não adequados, indicar biópsia cirúrgica (BRASIL, 2004a).

Nas lesões Categoria 5 (BI-RADS®), se o resultado histopatológico for benigno, deve-se proceder a investigação com biópsia cirúrgica, tanto nos casos de procedimento adequado, quanto nos casos de procedimento não adequado. A biópsia cirúrgica também está indicada nos casos de exame histopatológico *radial scar*, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasor e material inadequado, quando a biópsia for realizada em material obtido por meio PAG ou mamotomia (BRASIL, 2004a).

Os critérios para diagnóstico citológicos de acordo com o *Consenso do Controle de Câncer de Mama* (Brasil, 2004a) para a avaliação das lesões mamárias podem ser categorizados como:

- padrão citológico benigno, negativo para malignidade;
- padrão citológico positivo para malignidade - apresenta celularidade alta, com células epiteliais atípicas, geralmente isoladas e com citoplasma intacto, ausência de núcleos nus e redução da coesão celular. Sempre que possível, acompanha a especificação diagnóstica do processo;
- padrão citológico de malignidade indeterminada (tumor papilar, tumor filóide);
- padrão citológico suspeito para malignidade (lesão epitelial proliferativa com atipias).

O relatório do diagnóstico histopatológico deve conter todos os elementos necessários para o adequado manuseio clínico da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico, apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção; não esquecendo de evidenciar o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imunohistoquímica (BRASIL, 2004a).

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer - UICC, conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e da presença ou ausência de metástases à distância (BRASIL, 2004a).

Os tumores sólidos de mama são classificados para estadiamento clínico e patológico, segundo a UICC, sendo a classificação TNM (clínica) e a p TNM (proveniente do exame histopatológico), somente para os tumores histologicamente confirmados. A TNM é menos precisa que a pTNM, visto que existe uma tendência a subestimar o a do tumor na avaliação clínica (BRASIL, 2004a).

A letra T da classificação representa a dimensão do tumor primário, a letra N representa a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais e a letra M informa a presença ou não de metástase à distância. A combinação de diversas subcategorias da

classificação do TNM (letras, números - Ver quadro 1) determina os estádios clínicos que variam de I a IV (BRITO, 2004).

Quadro 1 - Estadiamento do Câncer de mama em função das diversas combinações possíveis pelo sistema TNM

Estadiamento do Câncer de mama			
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Estádio III b	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: BRITO C. *Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde do estado do Rio de Janeiro*. 2004. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

Para facilitar a compreensão destacamos abaixo o quadro da classificação TNM adotada pelo INCA/MS:

Quadro 2 - Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM

T-Tumor	
TX	<i>O tumor primário não pode ser avaliado</i>
T0	<i>Sem evidência de tumor primário</i>
Tis	<i>Carcinoma in situ: carcinoma intraductal ou carcinoma lobular in situ ou Doença de Paget da papila sem tumor</i>
T1	<i>Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão</i>
T1a	<i>Tumor com 0,5 cm ou menos em sua maior dimensão</i>
T1b	<i>Tumor com mais de 0,5 cm e até 1 cm em sua maior dimensão</i>
T1c	<i>Tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão</i>
T2	<i>Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm sua maior dimensão</i>
T3	<i>Tumor com mais de 5 cm sua maior dimensão</i>
T4	<i>Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele</i>
T4a	<i>Extensão para a parede torácica</i>
T4b	<i>Edema (incluindo peau d'orange) ou ulceração da pele da mama ou nódulos cutâneos satélites, confinados à mesma mama</i>
T4c	<i>T4a e T4b associados</i>
T4d	<i>Carcinoma Inflamatório</i>
N – Linfonodos regionais	
NX	<i>Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por ex. foram removidos previamente)</i>
N0	<i>Ausência de metástases nos linfonodos regionais</i>
N1	<i>Metástase em linfonodo(s) auxiliar (es) homolateral (is) móvel (is)</i>
N2	<i>Metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas</i>
N3	<i>Metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral</i>
M – Metástases à distância	
MX	<i>A presença de metástases a distância não pode ser avaliada</i>
M1	<i>Ausência de metástases à distância</i>
M2	<i>Metástases à distância (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares)</i>

Fonte: BRITO C. Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 2004. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

3.4 Modalidades de Tratamento para Neoplasia Mamária

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente. Para tratamento do câncer de mama, as modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento locorregional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico.

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora com ressecção de um segmento da mama, dentre elas: a ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens); a tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e a quadrantectomia (exérese do quadrante da mama) com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não-conservadora (mastectomia).

São modalidades de mastectomia: adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar); a mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical) e a mastectomia com reconstrução imediata.

A mastectomia radical clássica ou de Halsted como é chamada, para tratamento da câncer de mama foi descrita primeiramente no final do século XIX, pelo médico cirurgião americano Willian Stuart Halsted que publicou os resultados de uma técnica inovadora de remoção cirúrgica, que representaria a cura para o câncer de mama. Esta envolve a extirpação da mama, do músculo grande e pequeno peitoral e esvaziamento axilar radical, e permaneceu como o tratamento de escolha por aproximadamente 60 anos (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Na segunda metade do século XX, Patey e Madden introduziram na mastectomia clássica algumas alterações nos procedimentos cirúrgicos utilizados para a terapêutica do câncer. As técnicas de preservação do músculo grande e pequeno peitoral ou de ambos peitorais a qual recebeu a denominação de mastectomia radical modificada (FREITAS JÚNIOR, RIBEIRO, TAIA, 2001).

A mastectomia radical modificada apresenta-se em duas variantes: a primeira, mastectomia radical modificada tipo Patey faz a remoção da glândula mamária, músculo peitoral e esvaziamento axilar radical (níveis I, II, III) incluindo os linfonodos interpeitorais. A segunda, mastectomia radical modificada tipo Madden onde são removidos a glândula mamária, faz-se o esvaziamento axilar (níveis I,II,III) e dos linfonodos interpeitorais, sendo preservados os músculos grande e pequeno peitoral (CAMARGO, 2000).

As cirurgias não conservadoras da mama (mastectomia) devem ser indicadas para os tumores iguais ou maiores que três centímetros, seguidas ou não de reconstrução mamária, são indicadas quando é impossível assegurar a obtenção de margens livres, em função da extensão ou multicentricidade do tumor. A opção pela técnica depende dos achados intraoperatórios, das circunstâncias clínicas e da idade da paciente. Sempre que se indicar uma mastectomia em pacientes com boas condições clínicas, deve-se considerar a possibilidade de se realizar a reconstrução mamária imediata.

A mastectomia simples é um tratamento curativo em 98% dos casos, mas certamente representa procedimento excessivamente mutilante para considerável parcela dos casos. Tumores com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas livres de comprometimento podem ser tratados com ressecção segmentar (tumorectomia ou quadrantectomia) seguida de radioterapia complementar.

São pré-requisitos para se indicar uma cirurgia conservadora: realização de mamografia prévia; diâmetro tumoral menor que 3 cm; ausência de comprometimento da pele; tumor único; avaliação das margens cirúrgicas (no intra ou pós-operatório); proporção adequada entre volume da mama e do tumor (distorção menor do que 30%) e a facilidade de acesso ao sistema de saúde para garantia do seguimento.

A avaliação das margens cirúrgicas modifica a extensão da cirurgia e contribui para reduzir a incidência de recidiva local nas cirurgias conservadoras. Quando a avaliação das margens for feita posteriormente à cirurgia e for identificado o comprometimento das mesmas, recomenda-se a re-intervenção. À cirurgia conservadora, segue-se a radioterapia complementar na mama.

Nas mulheres com tumor de diâmetro igual ou inferior a três centímetros, sem comprometimento nodal clinicamente aparente, pode ser utilizada, quando disponível, a técnica do linfonodo sentinela (LS) que visa identificar aquelas que necessitam ser submetidas à linfadenectomia axilar. É baseada na retirada do LS, que é o primeiro linfonodo a receber células metastáticas do tumor primário. O LS pode ser identificado pelo cirurgião por meio de injeção de corantes vitais e/ou radiofármacos, seguido de linfocintigrafia e uso de detector portátil de irradiação (*probe*). O exame citológico ou histológico é realizado pelo patologista para identificar ou descartar a presença de metástases. A linfadenectomia de nível I (base da axila) ou a dissecação do linfonodo sentinela deve ser realizada em casos de comedonecrose ou alto grau histológico (GIII) devido à possibilidade de microinvasão e envolvimento axilar.

Esta técnica deve ser realizada por equipe multidisciplinar treinada (mastologista, patologista e médico nuclear). Constituem contra-indicações para a realização da técnica do LS: realização de biópsia prévia, complicada por hematoma, presença de cicatrizes extensas, mamoplastia, quimioterapia neoadjuvante e gravidez. Não havendo disponibilidade da técnica do LS ou nos casos em que o LS mostrou-se comprometido pela neoplasia maligna da mama, deve-se proceder à linfadenectomia axilar.

Como já foi mencionado anteriormente, o tipo de tratamento cirúrgico é definido de acordo com o estágio da doença, mas qualquer que seja o procedimento cirúrgico adotado ocorrerá alterações físicas que vão desde a perda da mama; ruptura da integridade da pele e da drenagem da rede linfática e venosa, até as alterações da anatomia da parede torácica e axila (PRADO et al., 2004).

A radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor após esse procedimento. Após cirurgias conservadoras, deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico; idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.

O reforço da dose no leito tumoral (*boost*), está indicado nas pacientes com carcinoma ductal infiltrante, principalmente naquelas com idade inferior a 50 anos. Os

casos de carcinoma ductal *in situ*, quando tratados por meio da cirurgia conservadora, devem ser submetidos à radioterapia adjuvante em toda a mama.

A presença de um dos fatores listados a seguir é suficiente para a indicação de radioterapia após a mastectomia, conforme consenso no encontro de St. Gallen, Suíça: tumores com diâmetro igual ou maior que cinco centímetros (somar com o tamanho do fragmento de biópsia prévia); pele comprometida pelo tumor; dissecação inadequada da axila; margem comprometida (menor do que 1 cm); quatro ou mais linfonodos comprometidos; não houve consenso quanto à indicação de realizar radioterapia quando há de um a três linfonodos comprometidos.

A utilização de quimioterapia com antracíclicos no período após as cirurgias radicais ou conservadoras protelam o início da radioterapia para o término da terapêutica sistêmica, não devendo ser este período superior a seis meses desde a realização da cirurgia.

Existindo mais de quatro linfonodos axilares comprometidos em tumores centrais ou mediais, pode se incluir a cadeia da mamária interna, principalmente nos três primeiros espaços intercostais, uma vez que a possibilidade de comprometimento é de 30%.

A terapia adjuvante sistêmica segue-se ao tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação deve basear-se no risco de recorrência. As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. Para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia, também está recomendada. Estádios I, II e III (operável).

As pacientes consideradas com risco mínimo de recorrência devem ser submetidas a seguimento periódico. Para aquelas pacientes com risco baixo deve-se usar Tamoxifeno (TMX), por cinco anos. Já naquelas com risco elevado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes fatores: responsividade aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal.

Para tanto, necessitamos apontar o que Consenso do Controle de Câncer de mama considera como *risco mínimo*: idade superior a 35 anos; tumor menor que 1 cm; linfonodo

axilar negativo; tumor tubular ou mucinoso ou medular típico ou papilífero menor do que 3 cm e linfonodo negativo e o seguimento deve ser periódico; *risco baixo*: idade superior a 35 anos; tumor entre 1 e 2 cm; grau I ou grau II, receptor hormonal (estrogênio e/ou progesterona) positivo; linfonodo negativo; seguimento com tamoxifeno por cinco anos; *risco elevado*: idade inferior a 35 anos; tumor maior que 2 cm; grau III ou receptor hormonal (estrogênio e progesterona) negativo ou linfonodo positivo.

3.5 Fatores de Risco para o Câncer de Mama

O incremento da incidência do câncer de mama, os enormes custos sociais, as repercussões físicas e psicológicas e a elevada taxa de mortalidade conferem à neoplasia mamária as características de um grave problema de saúde pública mundial.

Podemos apontar diversos fatores de risco envolvidos na patogênese do câncer, dentre elas destacamos: o sexo, a idade, a história familiar, uso de terapia de reposição hormonal (TRH), menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, obesidade e tumores ovarianos funcionantes (MORAES; ALBAN; COSTA, 2005).

A história familiar para câncer de mama é um fator de risco bem reconhecido, porém apenas 10 % das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm uma história familiar positiva (PAIVA et al., 2002). As mutações dos genes BRCA-1 e BRCA-2 são responsáveis por grande número de casos de câncer de mama em familiares (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000)

Gomes et al. (1995) em seus estudos concluíram que a história de câncer de mama em parentes de primeiro grau é um fator de risco independente para a ocorrência de câncer de mama. O risco de câncer de mama é duas vezes maior quando há história familiar em mãe antes dos 40 anos, ou em irmã; e continua elevado mesmo em mulheres cujo câncer em mãe foi diagnosticado após os 70 anos de idade.

O risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos é aproximadamente o dobro do risco das mulheres que o fazem antes dos 20 anos (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000). De acordo Lambe et al. (1996) cada aumento de cinco anos na idade da primeira gravidez sobe o risco de câncer de mama em 13%.

Como se sabe que fatores hormonais podem estar associados ao aumento de risco do câncer de mama, a prescrição tanto de anticoncepcionais orais, como da terapia de reposição hormonal devem ter, sempre, a relação risco - benefício bem avaliada.

Outros fatores de risco, comuns a outros tipos de câncer, também estão associados ao câncer de mama como a obesidade pós-menopausa e exposição à radiação ionizante. Porém, a prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia.

A obesidade no período de pós-menopausa pode potencializar o risco de câncer de mama, principalmente quando a gordura está localizada na região abdominal. Existem evidências de que os cânceres de mama e endométrio estão associados com o excesso de peso corporal, refletindo também elevada ingestão energética (COOPER,1993; GREENWALD; CLIFFORD; MILNER, 2001).

Para a WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. (2002) a obesidade, por si só, apresenta associação positiva com o risco de câncer de endométrio, tendo sido demonstrado na Europa que 39% desse tipo de câncer está associado ao excesso de peso.

4 METODOLOGIA

“ O que importa de verdade na vida não
são os objetivos que nos propomos,
mas os caminhos que seguimos
para conseguí-los”
(Peter Bamm).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo seccional ou de corte transversal que produzem 'instantâneos' da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo investigado. Adotou-se a epidemiologia analítica como referencial metodológico. Rouquayrol e Almeida Filho (2003) o estudo epidemiológico observa os fatores e os efeitos no mesmo momento histórico.

Utiliza-se de amostras representativas da população e fundamenta-se na teoria estatística, valorizando o caráter aleatório da amostra, devido às óbvias dificuldades para a realização de investigações que incluam a totalidade dos membros de grupos numerosos. Além do rigor no estabelecimento da amostra é recomendável que qualquer investigação desse tipo defina claramente os limites da sua população, já que precisará dispor de denominadores para o cálculo da prevalência (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Podemos apontar como subtipo de desenho seccional mais simples o *estudo de grupos em tratamento*, com o emprego de registros institucionais, localizando a procedência de cada paciente para, dessa forma, identificar a base populacional para os respectivos denominadores. Este tipo apresenta a vantagem de ser potencialmente de baixo custo, pois utiliza dados secundários, tem um alto poder descritivo e simplicidade analítica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Um dos principais problemas deste tipo de desenho de pesquisa é que as estimativas por eles produzidas são afetadas pela quantidade e distribuição dos serviços de saúde, bem como pela qualidade do sistema de registro de admissões adotado pelas unidades de saúde. Um outro problema, deste subtipo de investigação seccional, mesmo que conduzido corretamente, é ser eficaz apenas nas doenças severas que requerem tratamento (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.2 Cenário e Período da Pesquisa

A coleta de dados foi realizada no período de setembro e outubro de 2006 num Hospital Filantrópico de referência em Oncologia do Estado do Ceará.

Esta instituição constitui um hospital de assistência terciária fundado em 1944, como entidade filantrópica. Tem como missão básica: prevenir, diagnosticar e tratar o câncer, de forma efetiva, eficiente, e humanizada. Ele conta atualmente com 140 leitos distribuídos entre as clínicas, médica e cirúrgica. Em sua maioria, os atendimentos são prestados pelo SUS, mas o hospital também tende a convênios e particulares, com predomínio na atenção às doenças crônico-degenerativas, em especial o câncer, vem-se destacando como um dos centros de referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos.

Os clientes têm acesso a serviços assistenciais tais como: centro de diagnóstico por imagem; quimioterapia; radioterapia; centro-cirúrgico; sala de recuperação anestésica; unidade de terapia intensiva; banco de sangue, laboratório de anatomia patológica, imunohistoquímica e análises clínicas; unidades de internação (apartamentos e enfermarias) e oncologia pediátrica com todos os demais serviços direcionados à criança. Além disso, o hospital disponibiliza consultórios médicos, setor de registro de câncer, biblioteca, setor de expurgo, central de material, velório, farmácia e lanchonete, dentre outros setores de grande importância.

4.3 Caracterizando a População do Estudo

A população do estudo foi composta pelo universo de 192 prontuários de mulheres portadoras de câncer de mama que foram submetidas a qualquer tipo de intervenção cirúrgica de mastectomia em um Hospital de referência em Oncologia, no ano de 2000. Foram estabelecidos como critérios de exclusão:

- ε Mulheres que se submeteram à intervenção cirúrgica de mastectomia fora do período pré-estabelecido para a pesquisa.
- ε Pacientes submetidas à tumorectomia ou à quadrantectomia (com ou sem esvaziamento axilar). Este critério de exclusão foi adotado porque estes procedimentos

cirúrgicos embora sejam invasivos, não constituem uma intervenção cirúrgica de maior complexidade.

4.4 Procedimentos Técnicos na Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita em duas etapas, a primeira foi a seleção de 4 (quatro) alunas de graduação em enfermagem para participar do processo de coleta de dados. Foi realizado um treinamento prévio através de um pré-teste, com o manuseio dos prontuários. Cada participante da coleta de dados recebeu uma pasta contendo: formulários da pesquisa, lista com o a numeração dos prontuários em seqüência numérica, uma lista com o telefone de todos os pesquisadores e responsáveis pelo SAME, um lápis e uma caneta.

Na segunda etapa, entramos em contato com o SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatística) da referida instituição com uma escala com os nomes e horários, dos pesquisadores, para iniciar a coleta de dados em horário pré-estabelecido, todas as tardes de 2ª a 6ª feira das 14:00 às 20:00 horas e no sábado pela manhã das 7:30 às 11:00 horas.

Pereira (1995) afirma que a fonte de dados secundários (prontuários) tem sido muito utilizada para estudos de morbidade, pois permite acompanhar o paciente e sua saúde, visto que todas as informações inerentes ao paciente, tais como: consultas, internações, exames e tratamento, estão anotadas no prontuário.

Por outro lado, encontramos muitas dificuldades com este tipo de fonte de dados de pesquisa, dentre elas podemos destacar: a falta de informações nos prontuários ou o preenchimento dos dados de forma ilegível ou incompleta.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

Foi adotado um formulário que foi elaborado com base nos dados obtidos dos prontuários médicos arquivados no setor de registros para a coleta sistemática das informações relevantes sobre as seguintes variáveis (APÊNDICE A):

- **Dados de identificação:** idade, estado civil, data do diagnóstico e grau de escolaridade;
- **Dados pré-operatórios:** quadro clínico no momento da admissão, idade da menarca, idade da menopausa, duração dos ciclos, número de partos, idade do primeiro

parto, lactação e duração, uso de terapia de reposição hormonal e duração, antecedentes familiares para câncer de mama, grau de parentesco, estadiamento clínico inicial/grupamento por estádios e tratamento neoadjuvante.

- **Dados cirúrgicos:** cirurgia realizada e a data da cirurgia.
- **Dados pós-operatórios:** classificação tumoral, manifestações clínicas pós-cirurgia, tratamento adjuvante e evolução.

Considerando a fonte de dados secundária para obtenção das informações necessárias para a realização desta dissertação de mestrado, apontamos limitações encontradas no decorrer da pesquisa. Destacamos que a qualidade das informações foi restrita para algumas variáveis estudadas (poucos prontuários possuíam informações com relação à história do ciclo reprodutivo e história familiar para câncer de mama).

4.5.1 Variáveis e Conceitos

4.5.1.1 Variáveis dependentes: consiste naqueles valores (fenômenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente (LAKATOS; MARCONI, 2001).

ε Tipos de Mastectomia:

- ♦ Mastectomia radical modificada à Patey: faz a remoção da glândula mamária, músculo peitoral e esvaziamento axilar radical (níveis I, II, III) incluindo os linfonodos interpeitorais (CAMARGO; MARX, 2000).

- ♦ Mastectomia radical modificada tipo Auchincloss – Madden: são removidas as glândulas mamárias, faz-se o esvaziamento axilar (níveis I, II, III) e dos linfonodos interpeitorais, sendo preservados os músculos grande e pequeno peitoral (CAMARGO; MARX, 2000).

- ♦ Mastectomia radical Clássica ou de Halsted: consiste em remoção da mama, do músculo grande e pequeno peitoral e esvaziamento axilar radical (DUARTE; ANDRADE, 2003).

- ♦ Mastectomia simples: consiste em remoção da mama, com preservação do músculo grande e pequeno peitoral e dos linfonodos axilares (BLAND; COPELAND, 1998).

4.5.2.1 Variáveis independentes: é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável; é fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou

conseqüência; é o fator manipulado pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do fator com um fenômeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado (LAKATOS; MARCONI, 2001).

- ε **Idade:** registrada em anos completos, desde a data do nascimento até a data do diagnóstico da doença obtida no prontuário.
- ε **Estado civil:** classificado segundo o prontuário em: solteira, casada, viúva e união estável.
- ε **Grau de escolaridade:** classificada segundo o prontuário em: analfabeta, 1º grau completo e incompleto, 2º grau completo e incompleto, nível superior completo e incompleto e pós-graduação.
- ε **Quadro clínico no momento da admissão:** presença de nódulos, hiperemia, retração, abaulamento, abcesso, fluxos papilares, sem alterações e outros.
- ε **Menarca:** idade à primeira menstruação
- ε **Menopausa:** fase da vida sexual da mulher caracterizada pela interrupção definitiva das menstruações.
- ε **Duração dos ciclos:** intervalo entre a menarca e a menopausa contada em anos.
- ε **Número de partos:** número de vezes que a mulher pariu.
- ε **Idade do primeiro parto:** idade da mulher por ocasião do primeiro parto.
- ε **Lactação e duração:** se amamentou e qual a duração
- ε **Uso de terapia de reposição hormonal e duração:** fez uso de terapia de reposição hormonal e por quanto tempo.
- ε **Antecedentes familiares para câncer de mama e grau de parentesco:** histórico familiar de câncer, idade do diagnóstico, antes ou depois da menopausa, grau de parentesco, câncer unilateral ou bilateral.
- ε **Estadiamento clínico tumoral/grupamento por estádios:** a extensão clínica oficial do câncer de mama é a proposta pela UICC (União internacional contra o Câncer) aceita pela FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – e editada pela AJCC – American Joint Committee on Cancer desde 1977 é a seguinte: T (tumor primário) N (Linfonodos Regionais) M (Metástase a distância).
- ε **Tratamento neoadjuvante:** realização de tratamento de quimioterapia e hormonioterapia antes de qualquer intervenção cirúrgica.

- ε **Cirurgia realizada e a data da cirurgia:** tipo de mastectomia realizada e a data da cirurgia.
- ε **Classificação tumoral:** estudo histopatológico dos espécimes cirúrgicos obtidos por biópsia, punção e/ ou cirurgia. (RE+;RE-;RP+;RP-;CDI;CLI;CDIS;CLIS;Paget, outros; Cerb-B2).
- ε **Manifestações clínicas pós-cirurgia:** complicações clínicas mais frequentes referidas pelo paciente (seroma, infecção da incisão cirúrgica, deiscência e outros).
- ε **Tratamento adjuvante:** realização de tratamento de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia após intervenção cirúrgica.
- ε **Evolução:** data do resultado anatomopatológico, se houve recidiva locorregional, metástase à distância (ossos, pleura-pulmão, fígado, cérebro-meninge, outro), óbito e sua data específica.

4.6 Pré-Teste ou Pesquisa Piloto

Este formulário foi previamente testado, em setembro de 2006, com aproximadamente 20 prontuários obedecendo aos critérios de exclusão. Este levantamento não foi desprezado do estudo.

O estudo piloto é uma versão em escala menor, ou uma tentativa de obter informações para o aperfeiçoamento do projeto ou para avaliar sua factibilidade (POLIT; HUNGLER, 2004).

Para Lakatos e Marconi (2001) a pesquisa piloto permite evidenciar a ambigüidade das questões, a existência de perguntas supérfluas, adequação ou não da ordem da apresentação das questões, se são muito numerosas, ou ao contrário, necessitam ser complementadas. Ela permite a correção de falhas e a reformulação do instrumento, seja alterando itens explicitando melhor algumas questões, seja modificando a redação.

Além disso, permite também verificar a adequação do tipo de amostragem escolhida, obter uma estimativa sobre os futuros resultados, podendo inclusive, alterar as hipóteses, modificar as variáveis e a relação entre elas.

4.7 Organização e Análise dos Dados

As informações obtidas através do formulário de pesquisa foram inseridas em um banco de dados do *software SPSS* versão 9.0 for Windows, a fim de se obter os resultados finais para discussões posteriores com base na literatura pertinente.

Após esta etapa, os dados receberam tratamento da estatística descritiva, os quais foram tabulados, interpretados, processados e analisados em gráficos e tabelas.

A primeira fase da análise dos dados foi de análise descritiva, onde os dados foram organizados em variáveis categóricas e numéricas. Para as variáveis categóricas foram utilizadas as frequências absolutas (FA), as percentagens (%) e intervalo de confiança de (95%), e para as numéricas, foram utilizadas a média (M), mediana e desvio padrão. Para a análise de associação entre variáveis categóricas foi aplicado o teste de *qui-quadrado*, na ocorrência de frequências esperadas menores que 5 e, caso contrário, o de *Fisher*.

4.8 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida dentro das diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002b), a qual se refere à pesquisa com seres humanos, foi submetida à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará-HCC, tendo sido aprovada em 27 de setembro de 2006 (ANEXO A).

O Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com as exigências da resolução, contendo justificativa, objetivos e a metodologia. Foram obedecidos os quatro princípios éticos e científicos da pesquisa que envolve os seres humanos: autonomia, não maleficência, benevolência, justiça/equidade, ponderação dos riscos e benefícios e a relevância social da pesquisa.

4.9 Orçamentos e Recursos para a Pesquisa

Os gastos da pesquisa (material de escritório e xerox de artigos, dentre outros) foram custeados pela autora do estudo e pelo órgão de fomento a pesquisa FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico) através de Bolsa de Mestrado concedida a pesquisadora. Ressalta-se que não houve nenhum tipo de ônus para a Instituição.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“A vitalidade se revela não apenas
na capacidade de persistir,
mas também na capacidade de
começar tudo de novo.”
(Scott Fitzgerald)

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que serão apresentados foram constituídos de informações resultantes da investigação em 192 prontuários de mulheres com câncer de mama, submetidas ao procedimento cirúrgico de mastectomia no ano de 2000, em um hospital de referência em oncologia do estado do Ceará - HCC, conforme descrito na metodologia.

Inicialmente procedeu-se à apresentação dos dados com a distribuição das frequências absolutas e as percentagens, com relação às características sócio-demográficas, fatores hormonais, fatores reprodutivos, antecedentes familiares e ao quadro clínico no momento da admissão.

Nas tabelas seguintes estão demonstrados os resultados obtidos e as discussões sobre a associação da variável de desfecho (tipo de procedimento cirúrgico) com as variáveis: grupamento por estádios; tratamento neoadjuvante; classificação tumoral, complicações pós-cirúrgicas precoces, tratamento adjuvante e evolução.

TABELA 1 - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia segundo as características sócio-demográficas. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

Características Sócio-demográficas	N	%	Estatísticas
Idade na época do diagnóstico			
32 I--- 39	11	5,7	
39 I--- 46	34	17,7	
46 I--- 53	35	18,2	Mínima: 32 anos
53 I--- 60	44	22,9	Média: 57 anos
60 I--- 67	21	10,9	Máxima: 94 anos
67 I--- 74	21	10,9	
74 I--- 81	22	11,5	
81 I--- 88	4	1,6	
88 I--- 95	1	0,5	
Grau de instrução			
Analfabeta	25	13	
1º grau	95	49,5	
2º grau	25	13	
3º grau	31	16,2	
Sem informação	16	8,3	
Estado Civil			
Solteira	45	23,4	
Casada	116	60,4	
Viúva	21	10,9	
Estável	1	0,5	
Sem informação	9	4,7	

A maior proporção de mulheres mastectomizadas apresentava idade na época do diagnóstico variando entre 53 e 60 anos (22,9%), seguida da faixa etária de 46 a 53 anos (18,2%) e de 39 a 46 anos com (17,7%). Houve uma diminuição progressiva dos casos de câncer de mama a partir da sexta década de vida, com (10,9%), elevando-se novamente entre a faixa etária de 74 a 81 anos (11,5%), declinando após 80 anos de idade. A idade média de diagnóstico foi de 57 anos, com um mínimo de 32 anos e um máximo de 94 anos.

Entre os prontuários pesquisados, encontrou-se uma maior incidência de casos de câncer de mama à medida que a idade elevou-se, ou seja, a partir da terceira década de vida. Isso sugere que a idade constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer de mama, coincidindo com a literatura quando diz que as

mulheres com a idade igual ou superior a 45 anos têm risco elevado para câncer de mama. Paulinelli *et al.* (2003) apontam que a incidência do câncer de mama aumenta com a idade, sendo que a incidência cumulativa deste tipo de câncer em mulheres passa de 2,7% aos 55 anos para 7,7% aos 75 anos. Para Mcpherson, Steel e Dixon (2000) nenhum fator de risco isolado é tão importante quanto a idade para o desenvolvimento do câncer de mama.

Paiva *et al.* (2002) afirmam que a curva de idade apresenta dois picos de incidência (um por volta dos 55 anos e outro aos 75 anos). Os resultados desta pesquisa (Tabela A) levam a corroborar com os autores, demonstrando a tendência de apresentar uma elevação na incidência na faixa etária entre 53 e 60 anos (22,9%) e outro aumento entre 74 e 81 anos (11,5%).

Apesar de se constatar tal fato, não se pode deixar de enfatizar um deslocamento dos casos de incidência de câncer de mama para mulheres com idade inferior a 45 anos, com 17,7% dos casos na faixa etária entre 39 e 46 anos, conforme os dados da Tabela 1.

Quanto ao grau de instrução, na Tabela 1, observou-se que 95 mulheres mastectomizadas, que correspondem a 49,5%, possuíam primeiro grau, 25 (13%), segundo grau, 31 (16,2%) terceiro grau de instrução, 25 (13%) eram analfabetas e 16 (8,3%) dos prontuários não constava qualquer tipo de informação.

Observando-se a variável situação conjugal, a maioria dos prontuários analisados apontou que as mulheres encontravam-se no grupo das casadas, com 60,4%, a clientela formada por solteiras foi de 23,4%, seguida de 10,9% de viúvas, conforme demonstra a Tabela A.

Silva e Mamede (1998) afirmam que quando existe um relacionamento satisfatório na família, o nível de receptividade e de compreensão com certeza facilitará o alcance das expectativas da mulher, contribuindo para o processo de readaptação de uma cirurgia mutilante. Por outro lado, Ferreira, Franco e Queiroz (2002) apontam que quando o casamento não possui uma estrutura condizente ou quando ocorre a perda do companheiro, por óbito ou por separação conjugal, os efeitos dessas situações são prejudiciais para o bom funcionamento do organismo.

Tabela 2 - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia, segundo fatores hormonais e reprodutivos. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

História do Ciclo Reprodutivo	N=192	%	Estatísticas
Idade Menarca (N=127)			
09 I--- 11	5	3,9	
11 I--- 13	25	19,7	Mínima: 9 anos
13 I--- 15	56	44,1	Média: 14 anos
15 I--- 17	28	22,0	Máxima: 19 anos
17 I--- 19	13	10,2	
Idade Menopausa (N=97)			
32 I--- 37	1	1,0	
37 I--- 42	10	10,3	Mínima: 32 anos
42 I--- 47	22	22,7	Média: 47 anos
47 I--- 52	31	32,0	Máxima: 56 anos
52 I--- 57	14	14,4	
Duração Ciclos-Anos (N=74)			
15 I--- 20	1	1,4	
20 I--- 25	4	5,4	Mínima: 15 anos
25 I--- 30	11	14,9	Média: 33 anos
30 I--- 35	21	28,4	Máxima: 42 anos
35 I--- 40	34	45,9	
40 I--- 45	3	4,1	
Idade no 1º Parto (N=49)			
14 I--- 20	15	30,6	
20 I--- 26	26	53,1	Mínima: 14 anos
26 I--- 32	3	6,1	Média: 23 anos
32 I--- 38	3	6,1	Máxima: 40 anos
38 I--- 44	2	4,1	
Ciclos presentes	19	19,6	
Tipos de Partos (N=192)			
Nulipara	38	19,8	
Primipara	12	6,3	
Multipara	98	51,0	
Sem informação	44	22,9	
Lactação (N=108)			
Não amamentaram	40	20,8	
Amamentaram	68	35,4	
Sem informação	84	43,8	
Duração da Lactação-Sim (N=68)			
<6meses	39	20,3	
> 12m	17	8,9	
6m-12m	12	6,3	
Sem informação	124	64,6	
TRH. Pós-Menopausa (N=25)			
Não	21	10,9	
Sim	4	2,1	
Sem informação	167	87,0	

Conforme pode-se observar na tabela 2, de todos os prontuários analisados (N=192), apenas 127 prontuários continham informações sobre a menarca, dos quais a grande maioria das mulheres mastectomizadas apresentou o primeiro episódio menstrual por volta da faixa etária entre 13 e 15 anos, o que corresponde a 44,1%, seguida de 28% entre 15 e 17 anos, 19,7% entre 11 e 13 anos e 10,2% variando entre 17 e 19 anos de idade. Como mencionado, a qualidade dos registros dos prontuários interferiu diretamente nos resultados da pesquisa em questão.

A menarca precoce tem sido demonstrada em vários estudos de caso-controle, como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Mulheres que experimentaram a menarca com idade igual ou inferior a 11 anos de idade apresentam uma chance aproximadamente 20% maior de desenvolver a doença do que aquelas nas quais a menarca foi observada aos 14 anos de idade ou mais.

Quanto à idade da menopausa, constatou-se que dos prontuários analisados (N=192) apenas 97 continham essas informações, sendo que 32% das mulheres tiveram interrupção definitiva da menstruação na faixa etária variando entre 47 e 52 anos de idade, seguida de 22,7% entre 42 e 47 anos. A idade mínima foi de 32 anos e a máxima de 56 anos com a média de 47 anos de idade. Da totalidade de prontuários analisados, 19,6% de mulheres mastectomizadas ainda se encontravam com ciclos menstruais presentes.

Em relação à menopausa, vários estudos sugerem que os níveis de estrogênio são mais altos em mulheres que desenvolveram câncer de mama, portanto, uma maior duração da atividade menstrual, quando ocorre tardiamente, aumenta o risco de câncer mamário: sua incidência é duas vezes maior entre as mulheres em que a menopausa natural ocorre após os 55 anos de idade (BATISTON, 2003).

A ooforectomia profilática, incluindo a remoção das tubas uterinas, tem sido realizada em mulheres que apresentam mutações nos genes considerados com suscetibilidade para o câncer de mama (BRCA-1 e BRCA-2) com a finalidade não apenas de se diminuir o risco de câncer de ovário, mas também diminuir, em cerca de 50%, o risco de se desenvolver o câncer de mama, provavelmente porque a remoção cirúrgica dos ovários resulta na interrupção abrupta da produção hormonal, ao contrário da menopausa

natural em que os hormônios continuam sendo produzidos por poucos meses ou até por anos (HENDERSON; FEIGELSON, 1998; EVANS, 2003).

A duração dos ciclos menstruais em anos só foi possível calcular em 74 prontuários analisados, devido à falta de informações sobre a menarca e/ou menopausa ou ambos. A grande maioria (45,9%) das mastectomizadas teve a duração do ciclo menstrual variando entre 35 e 40 anos, 28,4% com duração entre 30 e 35 anos e 14,9% com variação entre 25 e 30 anos de duração, sendo que a duração média dos ciclos foi de 33 anos, a duração mínima de 15 anos e a máxima de 42 anos.

Para Azzena, Zen e Brunetti (1994), uma atividade cíclica ovariana longa, com uma menarca precoce e/ou menopausa tardia, está associada a um alto risco de desenvolvimento de câncer de mama. O mesmo autor diz que um período fértil de 30 anos ou mais constitui um fator que aumenta em duas vezes a chance de neoplasia mamária.

Decarli *et al.* (1996) estimaram um decréscimo de 4,7% no risco de desenvolvimento de câncer de mama para cada ano de menarca que se atrasa. Gomes *et al.* (1995) evidenciaram que ciclos menstruais irregulares são fatores protetores para câncer de mama.

Com relação à paridade, observou-se uma predominância das mulheres multíparas com 51%. Obteve-se um elevado número de prontuários sem o preenchimento desses dados, o que corresponde a 22,9%, seguida das mulheres nulíparas, com 19,8 % dos casos, e as primíparas, com 6,3%. Paulinelli *et al.* (2003) afirmam que uma gestação a termo diminui em 25% o risco de câncer de mama, e grandes multíparas têm a metade do risco de desenvolver câncer de mama em relação às nulíparas.

A menarca precoce e a puberdade tardia são fatores que predis põem a mulher ao desenvolvimento de câncer de mama, enquanto a amamentação, a paridade precoce e número de filhos constituem fatores protetores para o câncer de mama.

De acordo com a tabela 2, dos prontuários analisados (N=49), a idade média do primeiro parto foi de 23 anos, com o mínimo de 14 anos e o máximo de 40 anos de idade. Vale ressaltar que 143 prontuários não continham informações com relação a este dado. A

faixa etária com maior representatividade variou entre 20 e 26 anos com (26) 53,1%, seguida da faixa entre 14 e 20 anos com (15) 30,6%.

Percebe-se que embora estejam ocorrendo mudanças progressivas no perfil reprodutivo das mulheres, tais como: a redução do número de filhos, gravidezes em épocas mais tardias da vida, os resultados apontaram uma maior representatividade de mulheres que engravidaram na faixa etária entre 14 e 26 anos de idade.

Para Mcpherson, Steel e Dixon (2000), as mulheres que tiveram seu primeiro filho após os trinta anos apresentam aproximadamente o dobro do risco do desenvolvimento de neoplasia mamária do que as primíparas que pariram antes dos 20 anos de idade. De acordo com estudos realizados por Lambe *et al.* (1996), o risco de câncer de mama eleva-se para 13% a cada aumento de cinco anos na idade da primeira gravidez.

Ao analisar a ocorrência da amamentação, observou-se que do total de prontuários analisados (N=108), a grande maioria, 35,4% (68 mulheres), amamentou e 20,8% (40 mulheres) nunca amamentaram. Cabe destacar que 43,8% (84) prontuários não continham informações com relação a esse dado.

Quanto à duração da lactação das mulheres mastectomizadas que amamentaram, tem-se (N=68) prontuários. A maior percentagem está representada pela amamentação com duração inferior a 6 (seis) meses, com 20,3% (39 mulheres), seguida da lactação superior a 12 (doze) meses, com 8,9% (17 mulheres), e a duração da amamentação variando entre 6 (seis) a 12 (doze) meses, com 6,3% (12 mulheres).

Os resultados, com relação à amamentação, são condizentes com a literatura atual, quando expressam que quanto maior o tempo de amamentação, menores os riscos de desenvolvimento de câncer de mama. Constatou-se que as mulheres que amamentaram com tempo inferior há 6 meses foram as que tiveram uma maior incidência de câncer de mama, 20,3%, enquanto nas mulheres que amamentaram num intervalo superior a 12 meses houve uma redução da incidência.

Existem vários estudos publicados sobre a relação entre câncer de mama e amamentação. Uma dessas pesquisas de revisão de 47 estudos realizados em 30 países, que envolveram cerca de 50 mil mulheres com neoplasia mamária e 97 mil controles, apontou

o aleitamento materno como sendo responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. No mesmo estudo constatou-se que a amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada: o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da lactação, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos *versus* não-desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos. Para os países desenvolvidos, estimou-se que a incidência do câncer de mama seria reduzida a mais da metade, ou seja, de 6,3% para 2,7%, se as mulheres amamentassem por mais tempo (REA, 2004).

No que se refere ao uso de terapia de reposição hormonal, não houve uma dado significativo, já que somente (N=25), 13% dos prontuários, continham essa informação. Dos prontuários analisados, 21 (10,9%) nunca fizeram o uso da terapia de reposição e apenas 4 (2,1%) das mulheres fizeram uso de terapia de reposição hormonal após a menopausa. Destas, duas (50%) fizeram uso da terapia com duração de 2 anos, uma (25%) utilizou por 8 anos e uma (25%) fez uso contínuo por 10 anos.

O uso da terapia de reposição hormonal por mais de cinco anos pode aumentar o risco de câncer de mama em 34% com estrógenos isolados e em 53% quando combinados com a progesterona (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Pesquisas realizadas por Figueira *et al.* (2002) apontam que o aumento real do risco para o aparecimento do câncer mamário, com o uso da terapia de reposição hormonal, ocorre após 15 anos de uso contínuo da reposição de hormônios.

Nos últimos 30 anos, têm sido realizados inúmeros estudos epidemiológicos para avaliar a relação entre a terapia de reposição hormonal (TRH) e o risco de câncer de mama.

A controvérsia entre os autores, quanto aos riscos da utilização do estrogênio isolado ou combinado com a progesterona, produziu uma enorme quantidade de estudos, dos quais a maioria demonstra haver uma aumento no risco relativo da doença entre mulheres que fazem uso de TRH, quando comparadas com aquelas que não utilizaram esta terapêutica (VOGUEL, 2000; SASCO, 2001).

No entanto, alguns autores consideram ser insuficientes os resultados com relação ao uso da TRH para se tirar conclusões sobre a possível associação com a neoplasia

mamária, já que vários são os fatores que podem influenciar no aumento do risco e não somente o uso da TRH como fator isolado (BATISTON, 2003).

TABELA 3 - Distribuição de mulheres submetidas à mastectomia, segundo a história familiar para o câncer de mama. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

Histórico de Câncer	N	%
História Familiar (N=192)		
Não	135	70,3
Sim	57	29,7
Grau de Parentesco (N=57)		
1º grau (mãe, irmã, filha)	23	40,4
1º grau (mãe, irmã, filha) e outros	4	7,0
Outros	29	50,9
Sem informação	1	1,8
Especificação dos Outros (N=33)		
Avó(s)	2,0	6,1
Prima(s)	11,0	33,3
Sobrinha(s)	2,0	6,1
Tia(s)	10,0	30,3
Outros	2,0	6,1
Sem informação	6,0	18,2
Idade do diagnóstico do(a) parente		
17 anos	1	—
38 anos	1	—
65 anos	1	—
Câncer		
Bilateral	4	7,3
Sem informação	51	92,7

Na Tabela 3 observou-se que do total de prontuários investigados (N=192) sobre a história familiar de câncer de mama, a grande maioria, 135 (70,3%), não tinha casos de câncer de mama na família, enquanto que 57 mulheres, o que corresponde a 29,7%, apresentaram casos de neoplasia mamária familiar. Deste total, 23 (40,4%) informaram casos de primeiro grau de parentesco na família (mãe, irmã e filha), 29 (50,9%) referiram outras familiares com câncer de mama, dentre elas: duas avós, onze primas, duas sobrinhas

e dez tias. Apenas 4 (7%) tiveram parentes de primeiro grau na família e outros parentes de segundo grau, com casos de câncer de mama.

Apenas 3 (três) prontuários continham informações sobre a idade do parente na época do diagnóstico de câncer. A idade mínima do diagnóstico do parente foi de 17 anos, média de 38 anos e a máxima de 65 anos de idade. Em nenhum prontuário havia informação sobre a descoberta do câncer de mama como sendo antes ou depois da menopausa. Do total de (N=57), observou-se quatro (4) casos de câncer bilateral e no restante não havia informações com relação a essa variável.

McPherson *et al.* (2000) dizem que a história familiar para câncer de mama é um fator de risco bem reconhecido, no entanto, apenas 10% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm uma história familiar positiva. Os achados desta pesquisadora apontaram que 27 (47,4%) das mulheres com câncer de mama tinham história familiar de parentes em primeiro grau com neoplasia mamária.

O mesmo autor, em estudos anteriores, tem apontado as mutações gênicas dos genes BRCA-1 e BRCA-2 como os maiores responsáveis por grande número de casos de câncer de mama em familiares. A base genética do câncer de mama familiar está se tornando cada vez mais clara. O gene BRCA-1, relacionado com a hereditariedade, foi isolado e clonado por pesquisadores pela primeira vez em 1994 (FUTREAL *et al.*, 1994; MIKI *et al.*, 1994). Este gene está localizado no braço longo do cromossomo 17. O gene BRCA-2, localizado no cromossomo 13, foi clonado em 1995 (WOOSTER *et al.*, 1995).

Para Godinho e Koch (2004), a história familiar só constitui um risco para o desenvolvimento do câncer de mama, quando se trata de parentes de primeiro grau: mãe, irmã ou filha (pai, irmão ou filho). Os autores ainda afirmam que ter um parente de primeiro grau com neoplasia mamária no período da pós-menopausa eleva o risco ao dobro para que um parente de primeiro grau desenvolva o tumor. Este risco eleva-se em nove vezes se o tumor aparecer em seu parente no período da pré-menopausa.

Em outro estudo desenvolvido por Gomes *et al.* (1995), os autores concluíram que história de neoplasia da mama em parentes de primeiro grau é um fator de risco independente para a ocorrência de câncer de mama. O risco de câncer de mama é duas vezes maior quando há história familiar para câncer de mama em mãe antes dos 40 anos ou

irmã, e continua elevado mesmo em mulheres cujo câncer em mãe foi diagnosticado após os 70 anos de idade.

Alguns estudiosos na temática Thuler (2003) e Molina *et al.* (2003) dizem que o risco de um parente com história de câncer de mama, bilateral antes dos 50 anos de idade, constitui um risco elevado para o desenvolvimento da neoplasia mamária. No estudo em questão, não foi possível verificar tal associação por falta de informações nos prontuários com relação à idade do diagnóstico do parente, embora que, das 57 mulheres com câncer de mama com história familiar, quatro (7,3%) informaram parentes com câncer de mama bilateral.

TABELA 4 - Distribuição de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia, de acordo com o quadro clínico no momento da admissão. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

Quadro Clínico	N=192	%
Nódulo Palpável	140	72,9
Sem informação	23	12,0
Outros	14	7,3
Nódulo Palpável/Outros	4	2,1
Nódulo Palpável/Retração	4	2,1
Nódulo Palpável/Hiperemia	3	1,6
Nódulo Palpável/Abaulamento	2	1,0
Nódulo Palpável/Fluxo Papilar	2	1,0

Ao analisar a variável “quadro clínico” apresentado no momento de admissão, observa-se que a maior representatividade nesta variável foi de 140 mulheres apresentando nódulo palpável no momento da admissão, o que corresponde a 72,9%, 23 (12%) dos prontuários não continham informações com relação a estes dado, seguido de 14 (7,1%) de outras manifestações clínicas, dentre as quais se destacam: assimetria, hiperemia, fluxo papilar, mastite, endurecimento, espessamento, odor fétido e hematoma.

As mamas, por constituírem órgãos acessíveis ao manuseio, ou seja, a palpação e a inspeção facilitam para as mulheres na detecção de sinais e sintomas clínicos que evidenciem alguma alteração das glândulas mamárias, mediante a realização do auto-

exame das mamas (AEM), que deve ser realizado mensalmente após a menstruação, ou para as mulheres menopausadas sempre no mesmo dia de cada mês.

No estudo observa-se que os achados clínicos que levaram as mulheres a procurarem um serviço de saúde envolveram sinais clínicos clássicos na detecção do câncer de mama, muito provavelmente detectado através do AEM, pela própria paciente e/ou ECM (Exame Clínico das Mamas) pelo profissional de saúde.

Para Camargo (2000), os achados mais comuns do exame físico detectáveis na maioria das mulheres com câncer de mama são os nódulos mamários que, habitualmente, são solitários, unilaterais, sólidos, duros, irregulares, imóveis e indolores. Pode vir acompanhado de secreção mamilar espontânea, que é considerada o segundo sinal mais comum, mas também estão presentes nas lesões benignas da mama.

TABELA 5 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com o grupamento por estádios. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS	TRATAMENTO CIRURGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
I	3	1,6	24	12,9	0,000
II A	4	2,2	48	25,8	
II B	10	5,4	28	15,1	
III A	12	6,5	28	15,1	
III B	13	7,0	13	7,0	
IV	-	-	3	1,6	

Teste de X^2

Na Tabela 5, pode-se observar que, do total de 186 prontuários que continham informações sobre o grupamento por estágio do tumor, em sua grande maioria, 48 (25,8%), apresentava o estágio II A, que significa que o T pode variar em zero (0), um (1) e dois (2), o N em zero (0) e um (1) e o M sempre será zero (0). Neste caso foram submetidas à cirurgia de mastectomia radical modificada.

Um outro dado significativo foi de 28 casos, que correspondem a 15,1%, com estágio II B, ou seja, o T pode variar em dois (2) e três (3), o N em (0) e um (1) e o M sempre será zero (0). Obteve-se também a mesma percentagem para o estágio III A que, neste caso, o N pode variar de zero (0) a três (3), o N pode ser um (1) ou dois (2) e o M sempre será zero (0). Observa-se que em ambas as situações o tratamento de escolha foi a mastectomia radical modificada.

Conforme mencionado, a classificação TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer – UICC baseia-se nas características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e da presença ou ausência de metástases a distância. Esta classificação adota letras nas categorias e letras e números em subcategorias, que determinam os estádios clínicos que variam de I a IV. A letra T da classificação representa a dimensão do tumor primário, a letra N representa a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais e a letra M informa a presença ou não de metástase a distância (BRITO, 2004).

Quando se verificou a associação entre as variáveis grupamento por estádios com o tipo de procedimento cirúrgico de mastectomia radical modificada, comprovou-se que, pelo valor de ($p < 0,0001$), há uma significância nas variáveis, ou seja, a associação foi estatisticamente significativa.

Percebe-se que 24 casos, (12,9%), apresentaram o estágio I, com T igual a um (1), ou seja, tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, N zero (0), que significa ausência de metástases linfonodais regionais, e M zero (0), o que representa ausência de metástase a distância.

A associação do grupamento por estádios com a mastectomia simples foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), os dados apontam o estágio III B com 13 casos (7%), o que significa dizer que o T pode ser quatro (4) ou qualquer T, o N pode ser três (3) ou qualquer N e o M deve ser zero (0), seguido do estágio III A com 12 (6,5%), que neste caso o N pode variar de zero (0) a três (3), o N pode ser um (1) ou dois (2) e o M sempre será zero (0) e o estágio II B com 10 casos (5,4%), ou seja, o T pode variar em dois (2) e três (3), o N em (0) e um (1) e o M sempre será zero (0).

Considerando o estadiamento tumoral dos prontuários das mulheres mastectomizadas analisadas, observou-se uma maior proporção do estágio II e III, fato também encontrado em outros estudos brasileiros. Pesquisa realizada por Pereira (2001), com dados de Registros Hospitalares de Câncer (RHC), demonstrou que o diagnóstico da doença, na maioria das vezes, ocorre nos estádios mais avançados. No estado do Rio de Janeiro, no ano de 1992, os estadiamentos III e IV representaram juntos 40,4% do total de casos, e em Belém, em uma série de casos de 1991 a 1998, os estadiamentos II, III e IV representam, em média, 34,71%; 17,92%; e 20,05%, respectivamente, enquanto a média de casos sem informação do estadiamento foi de 21,31%, fator que determina a baixa qualidade da informação.

Para Frengen *et al.* (1999), quanto mais precoce ocorrer o diagnóstico, melhores serão as condições de tratamento e maior a sobrevida das mulheres acometidas. Nos Estados Unidos, por exemplo, as taxas de sobrevida de 10 anos, no período de 1985 a 1995, relativas aos estádios 0, I, II, III, IV, foram, respectivamente, 95%, 88%, 66%, 36% e 7%. Segundo dados do National Cancer Data Base (1999), em 1995, nos Estados Unidos, 56,2% dos casos diagnosticados de câncer da mama eram dos estádios 0 e I.

A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases a distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade dos pacientes, entre outras.

Conforme mencionado, a atual classificação dos tumores malignos utilizada no Brasil é a TNM, preconizada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Esta Classificação baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão onde está o sítio do tumor (N) e a presença ou ausência de metástases a distância (M).

Esta classificação possui cinco agrupamentos de estágio, os estádios II e III são subdivididos em A e B. Os tumores estágio 0 (zero) levam o melhor prognóstico e são 100% curáveis, enquanto os de estágio IV estão, geralmente, aquém das possibilidades de cura. Os tumores de estágio I são localizados na mama e são pequenos em tamanho. Os

tumores de estágio II são os que apresentam metástases nos linfonodos regionais, determinam um prognóstico pior do que os estádios 0 e I com melhor prognóstico, porém, que os tumores de estágio III e IV (PEREIRA, 2001).

TABELA 6 - Associação da modalidade cirúrgica realizada com o tratamento de quimioterapia e hormonioterapia neoadjuvante. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

TRATAMENTO NEOAJUVANTE	TRATAMENTO CIRÚRGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
Quimioterapia					0,000
Sim	16	8,3	17	8,9	
Não	27	14,1	132	68,8	
Hormonioterapia					0,692
Sim	-	-	1	0,6	
Não	21	13,5	134	86,5	

Teste de χ^2

Na Tabela 6 observa-se a análise da variável tratamento neoadjuvante (quimioterapia e hormonioterapia) associada à modalidade de tratamento cirúrgico. Percebe-se que a grande maioria, 134 (86,5%), não fez uso de hormonioterapia e 132 (68,8%) não utilizaram quimioterápicos antes da realização da cirurgia de mastectomia radical modificada. No entanto, pode-se perceber que 17 (8,9%) e 16 (8,3%) fizeram uso de quimioterapia antes de terem sido submetidas à cirurgia de mastectomia simples e de mastectomia radical modificada, respectivamente.

Observa-se que como o p-valor é menor que o nível de significância de 5% há uma grande influência entre as variáveis, ou seja, o p-valor ($p < 0,0001$) representa uma significância estatística na associação entre o tipo de tratamento cirúrgico com a quimioterapia neoadjuvante.

As modalidades de tratamento empregadas atualmente com o câncer de mama envolvem: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. No processo de escolha da modalidade de tratamento a ser adotada, também tem sido levadas em consideração as características individuais, biológicas (clínicas) e psicológicas (emocionais), já que,

rotineiramente, ou quase sempre, os tratamentos preconizados associam duas ou mais abordagens terapêuticas (PEREIRA, 2001).

TABELA 7 – Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com a classificação tumoral. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

CLASSIFICAÇÃO TUMORAL	TRATAMENTO CIRÚRGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	1	0,5	2	1,0	0,019
Carcinoma ductal invasivo	4	2,1	17	8,9	
Carcinoma ductal invasivo + Carcinoma ductal <i>in situ</i>	1	0,5	2	1,0	
Outros	2	1,0	25	13,0	
Receptor de estrógeno negativo + Carcinoma ductal <i>in situ</i>	-	-	3	1,6	
Receptor de estrógeno negativo + Carcinoma ductal invasivo	9	4,7	22	11,1	
Receptor de estrógeno negativo + Receptor de progesterona positivo	-	-	2	1,0	
Receptor de estrógeno positivo + Carcinoma ductal <i>in situ</i>	-	-	2	1,0	
Receptor de estrógeno positivo + Carcinoma ductal invasivo	21	10,9	55	28,6	
Receptor de estrógeno positivo + Carcinoma lobular invasivo	-	-	3	1,6	
Receptor de estrógeno positivo + receptor de progesterona positivo	4	2,1	15	7,8	
Receptor de estrógeno positivo + Carcinoma ductal invasivo + carcinoma lobular	1	0,5	1	0,5	

Teste de X^2

Analisando-se a Tabela 7, observa-se a distribuição dos casos com relação à classificação histopatológica do tumor: do total de 192 prontuários analisados, 55 (28,6%) referiam-se a carcinoma ductal invasivo com marcador para o receptor de estrógeno positivo; observou-se a ocorrência de 22 (11,1%) de carcinoma ductal invasivo com receptor de estrógeno negativo, 25 (13%) apresentaram outros tipos histológicos, tais como: sarcoma, carcinoma mucóide da mama, carcinoma papilífero, carcinoma

espinocelular, dentre outros. Nestas situações, o procedimento cirúrgico adotado foi a mastectomia radical modificada.

Quanto à associação do procedimento de mastectomia simples com o tipo histológico do tumor, obtiveram-se 21 (10,9%) casos com carcinoma ductal invasivo e marcador de receptor de estrógeno positivo, 9 (4,7%) casos de carcinoma ductal invasivo com receptor de estrógeno negativo.

A associação entre as variáveis **classificação** tumoral e tratamento cirúrgico foi estatisticamente significativa, pois o p-valor ($p = 0,019$) foi menor que o nível de significância de 5%, portanto, há uma grande correlação entre as variáveis.

Pereira (2001) encontrou em seus estudos sobre a distribuição dos casos de câncer de mama relacionado ao tipo histopatológico, o perfil relatado mundialmente em diversos estudos: do total de 305 casos, 174 (57,0%) referiam-se a carcinoma ductal infiltrante; o carcinoma lobular e o adenocarcinoma esquisroso, ambos, tiveram 7,5% de ocorrência; o carcinoma medular registrou 17 casos (5,6%); o comedocarcinoma teve registro de 14 casos (4,6%); e o carcinoma medular com estroma linfóide teve 8 casos, representado 2,6% do total.

Observa-se que 4 (2,1%) dos receptores hormonais com estrógeno positivo apresentavam positividade para os receptores de progesterona. Estudos realizados por Eisenberg (1998) apontam que a maioria dos tumores positivos para RE também são positivos para RP. Mesmo tendo encontrado positividade em ambos os receptores hormonais em 4 (2,1%) casos, os achados desta pesquisa não são suficientes para fazer tal afirmação, já que, em muitos prontuários, a mulher não havia sido submetida a esses exames e/ou constava apenas a realização de um dos tipos de receptores tumorais.

Os marcadores tumorais são substâncias tumor-específicas que estão presentes no sangue ou em outros tecidos e que podem ser úteis na determinação da presença ou ausência do câncer. Estes marcadores tumorais que avaliam o potencial da resposta da terapia hormonal que são utilizados para a determinação prognóstica da neoplasia mamária são o receptor de estrógeno (RE) e de progesterona (RP) positivo (BRITO, 2004).

Sabe-se que os receptores hormonais estão associados com a idade do paciente no diagnóstico. Haben e Stanford (1993) apontam que são mais significativos em tumores de mulheres na pós-menopausa do que na pré-menopausa.

Os receptores de estrogênio (RE) e os de progesterona (RP) parecem ser importantes indicadores prognósticos. A positividade para RE e RP geralmente se correlaciona com um melhor prognóstico e uma melhor resposta à quimioterapia, com ou sem o uso concomitante de tamoxifen. O RP tem sido relatado como um ator secundário no papel de predição prognóstica no câncer de mama (ABREU, 2002)..

Os receptores de estrógeno negativo têm sido correlacionados com baixa diferenciação tumoral, alta proliferação celular e outras características desfavoráveis ao prognóstico dos pacientes com câncer de mama (HABEN; STANFORD,1993).

A 7ª Conferência Internacional sobre a terapia adjuvante no câncer de mama primário, em 2001, elaborou um consenso o qual aponta que os pacientes que apresentam tumores com positividade para receptor de estrógeno e progesterona positivo possuem tendência mais significativa de ter uma maior sobrevida livre da doença do que os pacientes que apresentaram em seus tumores negatividade para receptor de estrógeno e progesterona (GOLDHIRSCH *et al.*, 2001).

TABELA 8 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com o tratamento adjuvante de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

TRATAMENTO ADJUVANTE	TRATAMENTO CIRÚRGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
Quimioterapia					0,920
Sim	30	15,6	105	54,7	
Não	13	6,8	44	22,9	
Radioterapia					0,971
Sim	31	16,1	107	55,7	
Não	12	6,3	42	21,9	
Hormonioterapia					0,287
Sim	26	13,5	103	53,6	
Não	17	8,9	46	24,0	

Teste de X^2

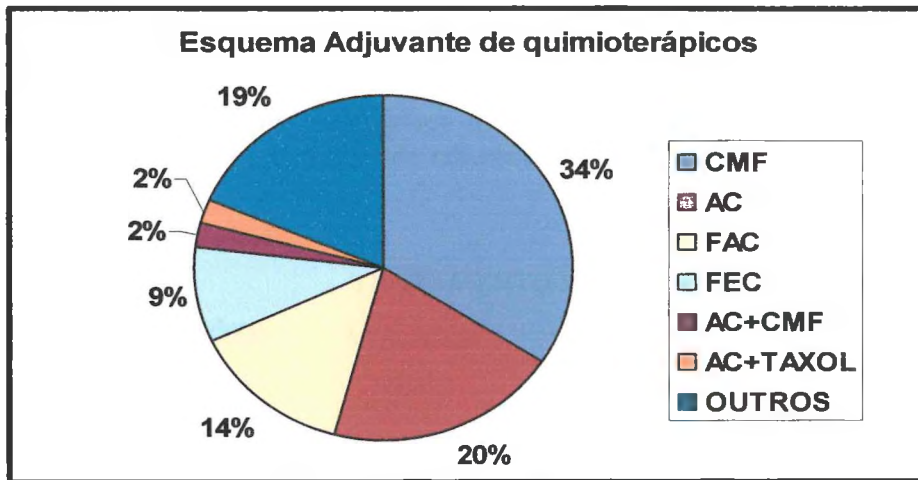
Quanto ao tratamento adjuvante, conforme a tabela 8, observa-se que do total de 192 prontuários, 149 mulheres foram submetidas à mastectomia radical modificada, das quais pouco mais da metade realizou alguma modalidade de tratamento adjuvante: 107 (55,7%) realizaram radioterapia, 105 (54,7%) quimioterapia e 103 (53,6%) hormonioterapia. Como mencionado, rotineiramente uma ou mais de uma abordagem terapêutica costuma ser adotada como forma de tratamento para o câncer de mama.

Analisando o tratamento cirúrgico de mastectomia simples, percebe-se que os dados também se aproximam nas três diferentes modalidades de tratamento adjuvante: 31 (16,1%) fizeram uso de radioterapia, 30 (15,6%) realizaram quimioterapia e 26 (13,5%) hormonioterapia.

É importante também relatar que a sobrevida de pacientes com câncer é aumentada quando se realiza a radioterapia e a quimioterapia no pós-operatório. Dois estudos diferentes, realizados em 1997, demonstraram que a radioterapia no pós-operatório associada com a quimioterapia adjuvante aumenta a sobrevida e diminui o risco de recorrência em mulheres na pré-menopausa e com câncer de mama.

O aperfeiçoamento da terapia adjuntiva à cirurgia que possa controlar a doença sistêmica tem contribuído para um aumento da sobrevida. É o caso do tratamento conjugado de quimioterapia e de hormonioterapia (YEATMAN, 1994).

Gráfico 1 – Esquema adjuvante de quimioterápicos utilizados no tratamento de câncer de mama. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.



Os quimioterápicos mais utilizados na quimioterapia adjuvante foram: os antracíclicos, com 43%, sendo Adriamicina/Ciclofosfamida (AC) com 27 casos, o que corresponde a 20%; o 5-Fluoracil/Adriamicina/Ciclofosfamida (FAC), com 19 casos, respondendo por (14,1%); e o 5-Fluoracil/Epirrubicina/Ciclofosfamida (FEC), com 12 casos (8,9%), seguido do grupo CMF (Ciclofosfamida/Metotrexate/ 5-Fluoracil), com 46 casos, o que equivale a (34,1%); e o restante dissociados ou com combinações associadas com outros grupos.

A hormonioterapia foi realizada por 129 mulheres, o que corresponde a 53,6%. O esquema mais utilizado foi o tamoxifeno isolado, com 116 (89,9%), seguido do tamoxifeno associado com outros hormonioterápicos, com 7 casos, o que equivale a 5,6% e apenas 2,4% de inibidores de aromatase (arimidex).

Overgaard *et al.* (1997) observaram, em um estudo randomizado de nove anos e meio (114 meses) com dois grupos de pacientes mastectomizadas com tumores em estádios II e III, que houve uma maior sobrevida das mulheres que receberam tratamento de

quimioterapia associada com a radioterapia (48%) quando comparado com o outro grupo que recebeu somente a quimioterapia (34%).

Em uma outra pesquisa realizada por Ragaz *et al.* (1997), foi constatado que as mulheres que tinham linfonodos positivos, e que haviam sido tratadas com radioterapia e quimioterapia associadas, apresentaram 33% de redução nas taxas de recorrência loco regional e redução de 29% na mortalidade, quando comparadas com as pacientes que receberam somente quimioterapia.

TABELA 9 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com as complicações pós-cirurgia. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
Infecção	-	-	2	15,4	0,175
Deiscência	5	38,5	1	7,7	
Infecção e Deiscência	1	7,7	1	7,7	
Outros	1	7,7	2	15,4	

Teste de X^2

Analisando os dados referentes às complicações cirúrgicas, observou-se que do total de prontuários examinados (N=192), a minoria continha informações com relação a essa variável. Apenas 13 prontuários mencionavam as complicações pós-cirurgia. Destes, 5 (38,5%) informavam a deiscência como complicação pós-cirurgia de mastectomia simples, seguida de 2 (15,4%) com infecção e outras complicações, tais como: seroma e sangramento após cirurgia de mastectomia radical modificada.

Quanto à associação das variáveis, observa-se que não houve correlação, já que p-valor é maior que o nível de significância de 5%, portanto, não há influência entre as variáveis.

Os fatores de risco que predisõem a infecção cirúrgica têm sido apontados por vários estudos, quais sejam: a idade inferior a um ano e superior a 50 anos que apresentam, respectivamente, 2,7% e 2,8% de taxas de infecção; a obesidade constitui também um

outro fator de risco importante, devido ao fato de reduzir a irrigação local, a desnutrição por provocar a deficiência de diversos mecanismos de defesa, o diabetes mellitus, o tempo de permanência da hospitalização e o tempo de cirurgia têm sido relatado. Este último tem sido apontado como um outro fator relevante na infecção cirúrgica (GUTIÉREZ *et al.*, 2004).

Um estudo realizado por Culver *et al.* (1991), no período de 1987 a 1990, com 84.961 pacientes operados em 44 hospitais pertencentes ao National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS), determinou um tempo limite para diversos tipos de cirurgia de acordo com a especificidade de cada procedimento. Para a mastectomia, a duração das cirurgias foi, em 75% dos casos, de 135 minutos, tendo sido determinado o tempo limite de 120 minutos para esse tipo de cirurgia.

TABELA 10 - Associação da modalidade de tratamento cirúrgico realizado com a evolução para metástase, recidiva locorregional e óbito. Hospital de referência em Oncologia do Estado do Ceará, Fortaleza - CE, 2000.

EVOLUÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO CIRÚRGICO				P-Valor
	Mastectomia simples		Mastectomia radical modificada		
	N	%	N	%	
Metástase					
Sim	10	5,6	38	21,5	0,000
Não	20	11,3	109	61,6	
Recidiva locorregional					
Sim	2	1,0	-	-	0,008
Não	41	21,4	149	77,6	
Óbito					
Sim	2	1,2	17	10,3	0,597
Não	22	13,3	124	75,2	

Teste de X^2

Do total de prontuários analisados (N=192), a maior proporção informava que as mulheres não haviam apresentado metástases em outros órgãos. A presença de metástases a distância esteve presente em 38 (21,5%) das pacientes estudadas, as quais foram submetidas à mastectomia radical modificada, 10 (5,6%) das mulheres que realizaram

cirurgia de mastectomia simples. Quanto à associação entre as variáveis estudadas, observou-se uma correlação estatisticamente significativa com o valor de $p < 0,0001$.

Convém ressaltar que essa observação da correlação não pode ser vista dissociada de outras variáveis influenciadoras do câncer de mama, como o tipo histológico do tumor e a classificação TNM. Pereira (2001) aponta a necessidade da efetivação de um programa de acompanhamento periódico com a realização de exames regulares que possam rastrear lesões metastáticas, para facilitar a tomada de posição oportuna e aumentar a sobrevivência dessas mulheres.

Os locais mais acometidos por lesões metastáticas encontrados nos prontuários foram: 8 (16,7%) com metástase óssea e hepática associadas; 7 (14,6%) com metástase óssea isolada, 4 (8,3%) ossos, pleura/pulmão e linfonodos, 3 (6,3%) com metástase hepática isolada e associada a outros órgãos, como ossos e pleura/pulmão, e outros órgãos, como útero, cérebro e meninge.

No que se refere à recidiva loco regional a maior representatividade dos prontuários, 149 (77,6%) realizaram mastectomia radical modificada, 41 (21,4%) fizeram mastectomia simples, mas não houve recidiva. Observou-se que uma minoria, 2 (1%), apresentou recidiva locorregional e, neste caso, a cirurgia realizada foi a mastectomia simples, cuja adoção do procedimento, muitas vezes são para tumores menores e menos agressivos, e a terapêutica adjuvante empregada quase sempre é isolada. O valor de $p=0,008$ demonstra associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas.

Estes resultados permitem inferir que o procedimento cirúrgico de mastectomia radical quase sempre é adotado mediante o diagnóstico de tumores mais agressivos e de maior dimensão. Sendo assim, o tratamento adjuvante utilizado rotineiramente costuma ser empregado de forma associada, ou seja, a mulher realiza quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, o que tem contribuído para a redução das recidivas e metástases a distância, conforme mencionado.

Não foi identificada associação estatística significativa entre as variáveis tratamento cirúrgico e evolução para o óbito. Do total de (N=165) prontuários que continham informações sobre a variável óbito, houve 19 óbitos no total, sendo 17 casos (10,3%) de mulheres que haviam sido submetidas à mastectomia radical modificada e 2

casos (1,2%) de mulheres com cirurgia de mastectomia simples. Na grande maioria dos prontuários, 141, foram encontradas informações sobre a continuidade do tratamento, como a data do último comparecimento, e não constava por escrito óbito das mesmas.

6 CONCLUSÕES

Esta dissertação objetivou analisar as principais variáveis sócio-demográficas, clínico-epidemiológicas das mulheres mastectomizadas em um centro de referência em oncologia do estado do Ceará.

A partir da análise dos resultados sobre o perfil sócio-demográfico das participantes no estudo, observou-se que 22,9% das mulheres mastectomizadas apresentavam a idade, à época do diagnóstico, variando entre 53 e 60 anos; 41,12% possuíam primeiro grau, 60,4% eram casadas, 44,1% tiveram seu primeiro episódio menstrual entre 13 e 15 anos, 32% relataram a menopausa na faixa etária entre 47 e 52 anos de idade, 45,9% tiveram a duração do ciclo menstrual variando entre 35 e 40 anos, 51% das mulheres eram múltiparas, 35,4% amamentaram e, destas, 20,3% referiram duração da amamentação inferior a 6 meses, 10,9% nunca fizeram o uso da terapia de reposição, 70,3% negaram histórico familiar para câncer de mama, 72,9% apresentaram nódulo palpável no momento da admissão.

Ao analisar as variáveis clínicas e epidemiológicas, constatou-se que o grupamento por estágio do tumor, em sua grande maioria, 48 (25,8%), apresentava o estágio II A, 28 casos, que corresponde a 15,1%, com estágio II B e III A, em todas as situações, o tratamento de escolha foi a mastectomia radical modificada. A associação do grupamento por estádios com a mastectomia simples aponta o estágio III B, com 13 casos (7%), o estágio III A, com 12 (6,5%), e o estágio II B, com 10 casos (5,4%).

Observa-se na análise da variável tratamento neoadjuvante (quimioterapia e hormonioterapia), associada com a modalidade cirúrgica de mastectomia radical modificada, que a grande maioria, 134 (86,5%), não fez uso de hormonioterapia e 132 (68,8%) não utilizaram quimioterápicos antes da realização da cirurgia. No entanto, pode-se perceber que apenas 17 (8,9%) e 16 (8,3%) fizeram uso de quimioterapia antes de terem sido submetidas à cirurgia de mastectomia simples e de mastectomia radical modificada, respectivamente.

Em relação à classificação histopatológica do tumor, 55 (28,6%) referiam-se à carcinoma ductal invasivo com marcador para o receptor de estrogênio positivo; 22 (11,1%)

de carcinoma ductal invasivo com receptor de estrógeno negativo, 25 (13%) apresentaram outros tipos histológicos, tais como: sarcoma, carcinoma mucóide da mama, carcinoma papilífero, carcinoma espinocelular, dentre outros. Nestas situações, o procedimento cirúrgico adotado foi a mastectomia radical modificada. Quanto à associação do procedimento de mastectomia simples com o tipo histológico do tumor, obtiveram-se 21 (10,9%) casos com carcinoma ductal invasivo e marcador de receptor de estrógeno positivo, 9 (4,7%) casos de carcinoma ductal invasivo com receptor de estrógeno negativo.

Observou-se na terapêutica adjuvante que 149 mulheres foram submetidas à mastectomia radical modificada, das quais a grande maioria realizou alguma modalidade de tratamento adjuvante: 107 (55,7%) realizaram radioterapia, 105 (54,7%) quimioterapia e 103 (53,6%) hormonioterapia. Analisando o tratamento cirúrgico de mastectomia simples, percebe-se que os dados também se aproximam nas três diferentes modalidades de tratamento adjuvante: 31 (16,1%) fizeram uso de radioterapia, 30 (15,6%) realizaram quimioterapia e 26 (13,5%) hormonioterapia.

Os dados referentes às complicações cirúrgicas demonstraram que não houve associação das variáveis, já que p-valor é maior que o nível de significância de 5%, portanto, não há influência entre as variáveis. Apenas 13 prontuários mencionavam as complicações pós-cirurgia. Destes, 5 (38,5%) informavam a deiscência como complicação pós-cirurgia de mastectomia simples, seguida de 2 (15,4%) com infecção e outras complicações, tais como: seroma e sangramento após cirurgia de mastectomia radical modificada.

A presença de metástases a distância esteve presente em 38 (21,5%) das pacientes estudadas que foram submetidas à mastectomia radical modificada. Os locais mais acometidos por lesões metastáticas encontrados nos prontuários foram: 8 (16,7%) com metástase óssea e hepática associadas; 7 (14,6%) com metástase óssea isolada, 4 (8,3%) ossos, pleura/pulmão e linfonodos, 3 (6,3%) com metástase hepática isolada e associada a outros órgãos, como ossos e pleura/pulmão, e outros órgãos, como útero, cérebro e meninge.

No que se refere à recidiva loco regional, a maior representatividade dos prontuários, 149 (77,6%), realizou mastectomia radical modificada, 41 (21,4%) fizeram mastectomia simples, mas não houve recidiva.

Não houve associação estatística significativa entre as variáveis tratamento cirúrgico e evolução para o óbito. Houve 19 óbitos no total, sendo 17 casos (10,3%) de mulheres que haviam sido submetidas à mastectomia radical modificada e 2 casos (1,2%) de mulheres com cirurgia de mastectomia simples.

As variáveis que apresentaram associação com o tipo de procedimento cirúrgico foram: classificação tumoral ($p = 0,019$), agrupamento por estádios/estadiamento clínico ($p = 0,000$), tratamento neoadjuvante de quimioterapia ($p = 0,000$), evolução para metástase a distância ($p = 0,000$) e recidiva loco regional ($p = 0,008$).

A partir dos resultados analisados, conclui-se que a qualidade das informações de algumas variáveis sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas provenientes dos prontuários não foram satisfatórias, interferindo na análise de alguns resultados.

Constata-se pela pesquisa o descaso dos profissionais de saúde no preenchimento de dados relevantes no prontuário, que podem ser utilizados em pesquisas que tracem o perfil dessas mulheres. No entanto, observa-se que em outras situações, como no preenchimento das fichas geradoras de renda, por exemplo, a Autorização por Procedimento de Alta Complexidade (APAC), os dados são preenchidos de forma adequada. Este fato deve ser repensado pelos profissionais de saúde e pelas instituições de referência em oncologia.

Apesar de não ser objetivo da pesquisa as questões referentes às limitações e potencialidades dos dados dos prontuários dos centros de referência em oncologia, merece destaque devido a sua importância para as pesquisas.

As mudanças sociais que a população do Brasil e do mundo tem vivenciado nas últimas décadas contribuem de forma direta na tendência progressiva da morbidade e da mortalidade do câncer de mama. Esta constatação tem sido alvo de especulações e controvérsias dentro da comunidade científica.

Sabe-se que alguns fatores estão influenciando diretamente o quadro atual deste agravo, dentre os quais se destacam: o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida; a menarca precoce; a redução do número de gestações e da duração da amamentação; as modificações nos hábitos de vida das pessoas, decorrente do processo de urbanização, as mudanças concernentes ao estilo de vida, sedentarismo, obesidade, consumo de álcool pelas mulheres, uso anticoncepcionais e de terapia de reposição hormonal.

Entende-se que o conhecimento da distribuição geográfica das diversidades dos cânceres em geral oferece subsídios para uma avaliação do perfil epidemiológico deste agravo à saúde de forma diferenciada, permite o estudo dos múltiplos fatores de riscos que influenciam na ocorrência da neoplasia mamária, avalia a estrutura organizacional da rede de serviços de saúde e a forma como está organizada para garantir o acesso da população aos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde e analisa a disponibilidade dos recursos materiais e humanos.

Partindo-se desse ponto de vista, tornam-se imprescindíveis mais estudos que tracem o perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico das mulheres que vivenciaram o câncer de mama, em distintas localizações geográficas, para que se possam planejar ações efetivas e eficazes no controle desta neoplasia, enfatizando as áreas da promoção da saúde, proteção específica com o rastreamento e o diagnóstico precoce, bem como a garantia das limitações das seqüelas através da reabilitação.

Por fim, cabe considerar, a partir dos resultados desta pesquisa, que mesmo com o incremento tecnológico e os avanços da ciência médica, nas últimas décadas, garantindo o aprimoramento dos métodos propedêuticos e, por conseguinte, uma maior efetividade na detecção e diagnóstico precoce do câncer de mama, precisa-se analisar o acesso da população aos serviços de saúde e à rede de cobertura dos serviços, já que no estudo em questão houve um elevado percentual de casos diagnosticados em estádios II e III, indicativo de um retardo na implementação da terapêutica após o diagnóstico do câncer.

7 REFERÊNCIAS

ABREU, E. **Câncer de mama feminina em Goiânia: análise da sobrevida em dez anos na coorte diagnosticada em 1988-90.** 2002. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

AZZENA, A.; ZEN, T.; FERRARA, A.; BRUNETTI, V.; VASILE, C.; MARCHETTI, M. Risk factors for breast cancer case-control study results. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*, v. 15, n. 5, p. 386-392, 1994.

BARBOSA, I. C. F. J. **Intervenção da terapia ocupacional com um grupo de mulheres mastectomizadas.** 2000. 48 f. Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

BARBOSA, I. C. F. J. **A terapia ocupacional no acompanhamento de mulheres portadoras de câncer de mama e mastectomizadas.** 1998. 120 f. Monografia (Graduação)- Universidade Fortaleza –UNIFOR, Fortaleza, 1998.

BATISTON, A. P. **Avaliação epidemiológica das pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento fisioterapêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.** 2003. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

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

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre-RS. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004.

BLAND, K. I.; COPELAND, M. E. **The breast: comprehensive management of benign and malignant diseases.** Philadelphia: W.B.Saunders, 1998. 765 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília, 2006a. 132 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais: Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, 2006b. 76p. (Série Pactos pela Saúde, v.1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer de mama. Documento de Consenso.** Brasília, 2004a. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2002a. 380 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Brasília, 2002b.

BRITO C. **Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde do estado do Rio de Janeiro.** 2004. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama.** São Paulo: Roca, 2000.

CAVALCANTI, P. P. **Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas.** 2003. 34 f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CÂNCER. . Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, v. 360, n. 9328, p. 187-195, 2002.

COOPER, G. M. **The cancer book.** Boston: Jones & Bartlett; 1993.

CULVER, D. H.; HORAN, T. C.; GAYNES, R. P.; MARTONE, W. J.; JARVIS, W. R.; EMORI, T. G.; BANERJEE, S. N.; EDWARDS, J. R.; TOLSON, J. S.; HENDERSON, T. S. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. **Am. J. Med.**, v. 91, Suppl. 3B, p. 152-157, 1991.

DECARLI, A.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; FRANCESCHI, S. Age at any birth and breast cancer in Italy. **In. J. Câncer**, v. 67, n. 2, p. 187-189, 1996.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. **Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de Mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.** **Est. Psicol.**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

EISENBERG, A. L. A. **Câncer de mama: fatores preditivos da ocorrência de metástases para linfonodos axilares.** 1998. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

EVANS, D. G. R. BRCA 1 and BRCA 2: clinical aspects. **Focus On: Issue 9**, 2003.

FERREIRA, M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 11, n.1, p. 47-54, 2002.

FONSECA, J. G.; SOUSA, E.; SILVA, M. K.; FELIX, D. S. Obesidade uma visão geral. In: FONSECA, J. G. **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 257-278. (Enciclopédia da Saúde, v. 2).

FONTINELI JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família: comentado**. Goiânia: AB, 2003. 144 p.

FRANKS, L. M. O que é câncer? In: FRANKS, L. M.; TEICH, N. **Introdução à biologia molecular do câncer**. São Paulo: Roca, 1990. p. 1-24.

FRENGEN, A.; FREMGEN, A.; BLAND, K.; MCGENNIS, L.; EYRE, H.; McDONALD, C.; MENK, H.; MURPHY, G. Clinical highlights from the national cancer data base. **CA Cancer J. Clin.**, v. 49, p. 145-158, 1999.

FREITAS JUNIOR, R.; RIBEIRO, L. F. J.; TAIA, L.; KAJITA, D.; FERNANDES, M. V.; QUEIROZ, G. S. Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 4, p. 205-208, 2001.

FUTREAL, P. A.; LIU, Q.; SHATTUCK-EIDEN, D.; COCHRAN, C.; HARSHMAN, K.; TAVTIGIAN, S.; BENNETT, L. M.; HAUGEN-STRANO, A.; SWENSEN, J.; MIKI, Y. BRCA 1 mutations in primary breast and ovarian carcinomas. **Science**, v. 266, n. 5182, p. 120-122, 1994.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol. Bras.**, v. 37, n. 2, p. 91-99, 2004.

GOLDDHIRSCH, A.; GLICK, J. H.; GELBER, R. D.; COATES, A. S.; SENN, H. J. Meeting highlights: International consensus panel on the treatment of primary breast cancer. **J. Clin. Oncol.**, v. 19, n. 18, p. 3827-3827, 2001.

GOMES, A. L.; GUIMARÃES, M. D.; GOMES, C. C.; CHAVES, I. G.; GOBBI, H.; CAMARGOS, A. F. A case control study of risk factors for breast cancer in Brazil, 1978-1987. **Int. J. Epidemiol.**, v. 24, n. 2, p. 292-299, 1995.

GREENWALD, P.; CLIFFORD, C. K.; MILNER, J. A. Diet and cancer prevention. **Eur. J. Cancer**, v. 37, n. 8, p. 948-965, 2001.

GUTIÉREZ, M. G. R.; GABRIELLONI, M. C.; GEBRIM, L. H.; BARBI, T.; AREIAS, V. L. Infecção no sítio cirúrgico: vigilância pós-alta precoce de pacientes submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Rev Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 1, p. 17-25, 2004.

HABEL, A. L.; STANFORD, J. L. Hormone receptors and breast cancer. **Epidemiol. Rev.**, v. 15, n. 1, p. 209-217, 1993.

HENDERSON, B. E.; FEIGELSON, H. S. Epidemiology and screening. In: BONADONNA, G.; HORTOBAGYI, G.; GIANNI, A. M. **Textbook of breast cancer: a clinical guide to therapy**. London: Martin Dunitz;1998. cap.1.

JAMES, B. W.; SMITH JÚNIOR, L. **Cecil Tratado de medicina interna**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. v. 1.

LAMBE, M.; HSIEH, C. C.; CHAN, H. W.; EKBOM, A.; TRICHOPOULOS, D.; ADAMI, H. O. Parity, age at first and last birth, and risk of breast cancer: a population-based study in Sweden. **Breast Cancer Res. Treat.**, v. 38, n. 3, p. 305-311, 1996.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. **Breast cancer: epidemiology, risk factors, and genetics**. **BMJ**, v. 321, p. 624-628, 2000.

MIRANDA, WA. **Risco para câncer de mama segundo os modelos de Gail, Claus e a própria impressão de mulheres com história familiar de primeiro grau para câncer mamário**. 2004. 83f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

MIKI, Y.; SWENSER, J.; SHATTUCK-EIDENS, D. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility BRCA-1. **Science**, v. 266, p. 66-71, 1994.

MOLINA, L.; DALBEN, L.; LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 2, p. 89-93, 2001.

MORAES E. D.; ALBAN L. B. V.; COSTA, R.; et all. Epidemiologia, Características tumorais e sobrevida global de 1.565 pacientes com câncer de mama em acompanhamento no Núcleo de Oncologia da Bahia, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Cancerol.**, Ano VIII, n. 29, p. 5-12, 2005.

MORGAN, J. W.; GLADSON, J. Position paper of the American Council on Science and Health on risk factors for breast cancer. **Breast J.**, v. 4, n. 93, p. 177-197, 1998.

OVERGAARD, M.; HANSEN, P. S.; OVERGAARD, J.; ROSE, C.; ANDERSSON, M.; BACH, F.; KJAER, M.; GADEBERG, C. C.; MOURIDSEN, H. T.; JENSEN, M. B.; ZEDELER, K. Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. **N. Engl. J. Méd.**, v. 337, n. 14, p. 949-955, 1997.

PAIVA, C. E.; RIBEIRO, B. S.; GODINHO, A. A.; MEIRELLES, R. S. P.; SILVA, E. V. G.; MARQUES, G. D.; ROSSINI JÚNIOR, O. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002.

PALMEIRA HT.; NAIDU, S.; JUAÇABA, S.; FERREIRA, M. V. P.; RABENHORST, S. H. B. Características anatomopatológicas e dados epidemiológicos de pacientes com câncer de mama submetida a tratamento cirúrgico na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. **Rev. Bras. Mastol.**, v. 12, n. 1, p. 31-34, 2002.

PAULINELLI, R. R.; FREITAS JÚNIOR, R.; CURADO, M. P.; SOUZA, A. A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 5, p. 76-104.

PEREIRA, W. M. M. **Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no Estado do Pará**. 2001. 103f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

PITOT, H. C. The molecular biology of carcinogenesis. **Cancer**, v. 72, n. 3, p. 962-970, 1993.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Ética e pesquisa em Enfermagem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2004.

PRADO, M. A. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 494-502, 2004

RAGAZ, J.; JACKSON, S. M.; LE, N.; PLENDERLEITH, I. H.; SPINELLI, J. J.; BASCO, V. E.; WILSON, K. S.; KNOWLING, M. A.; COPPIN, C. M.; PARADIS, M.; COLDMAN, A. J.; OLIVOTTO, A. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. **N. Engl. J. Med.**, v. 337, n. 14, p. 956-962, 1997.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 5, p.142-146, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

SASCO, A. J. Epidemiology of breast câncer: na environmental disease? **APMIS**, v. 109, n. 5, p. 321-332, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Avaliação e cuidados à pacientes com distúrbios da mama. In: **Brunner/Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 3.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, 1998.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

VOGUEL, V. G. Breast câncer prevention: a review of current evidence. **CA Cancer J. Clin.**, v. 50, n. 3, p. 156-170, 2000.

YEATMAN, T. J. et al., **Parâmetros Prognósticos no carcinoma**. In: BLAND, K. I.; COPELAND, E. M. **A mama tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas**. São Paulo. Manole, 1994. p. 377-99.

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. The fat factor. Newsletter - on diet, nutrition and cancer. **Science News**, v. 34, p. 1, 2002.

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **Food, nutrition and prevention of cancer: a global perspective**. Washington: American Institute for Cancer Research, 1997. p. 35-71, 508-540.

WOOSTER, R.; BIGNELL, G.; LANCASTER, J. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA-2. **Nature**, v. 378, p. 789-792, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

I-DADOS GERAIS

1 - Prontuário: _____ 2 - Ano: _____

II- IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

1- Nome: _____ 2 - Idade: _____ anos 3- Data do diagnóstico: ___/___/___

4- Escolaridade 1() Analfabeta 2 () 1º Grau Completo 3 () 1ºGrau Incompleto 4 () 2º Grau completo 5 () 2º Grau Incompleto 6 () Nível superior completo Graduação 7 () Nível superior incompleto 8 () Pós Graduação

5- Estado civil: 1 () Solteira 2 () Casada 3 () Viúva 4 () Estável

III- DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS:

6- Idade da menarca _____ 7- Idade da menopausa _____ 8- Duração dos ciclos: _____

9- Número de partos: 1() Nulipara 2() Primípara 3() Multípara

10- Idade do primeiro parto: _____ anos

11-Lactação: 1() Não 2b() Sim 2.1() <6meses 2.2 () 6m-12m 2.3 () > 12m

12- TRH pós-menopausa 1() Não 2 () Sim 3 - anos _____

13- História familiar:

1() Não

2 () Sim 2.1 () 1º grau {mãe, irmã, filha} → 2.2 Quantos: _____

2.3 () Outros → 2.4 Quantos: _____

14- Idade do diagnóstico do (a) parente: 1 ___ anos 2 () antes da menopausa 3() depois da menopausa

15- CA: 1 () unilateral 2 () biltateral

16- Quadro Clínico a() nódulo palpável b() hiperemia c() retração d() abaulamento e() abscesso f() Fluxo papilar g() sem alterações h() outros: _____

Estadiamento Clínico Inicial/Grupamento por Estádios

17- a() Tx b() T1 c() T2 d() T3 e() T4a f() T4b g() T4c h() Ca inflamatório i() N0 j() N1 l() N2a m() N2b n() N3a o() N3b p() N3c q() Mx r() M0 s() M1- s1) local: _____

Tratamento Neoadjuvante

18-QT 1() Sim 2() Não 3- esquema: _____ 4- N° ciclos: _____

19-Resposta 1() progressão da doença 2() estável 3() parcial 4 () completa

20-HT 1() Sim 2() Não 3- esquema: _____ 4 - N° ciclos: _____

21-Resposta 1() progressão da doença 2() estável 3() parcial 4 () completa

IV- DADOS CIRÚRGICOS

22- Data: ____ / ____ / ____

23- 1() Mastectomia simples 2() Quadrante 3() Esvaziamento 4() Linfonodo sentinela 5() Outro: _____

Patologia

30() RE+ 31() RE- 32() RP+ 33() RP- 34() CDI 35() CLI

36() CDIS 37() CLIS 38() Paget 39() Outro: _____

40-Cerb-B2 a() não pesquisado b() negativo c() Positivo 1+ 2+ 3+ 4+

V- DADOS PÓS-OPERATÓRIOS

41 - Complicações pós-cirúrgicas precoces a () Seroma b() Infecção c() Deiscência d() outros _____

Tratamento adjuvante

42-QT () a1) Esquema: _____ a2) Duração: _____

43-RxT () b1) Esquema: _____ b2) Duração: _____

44- HT () c1) Esquema: _____ c2) Duração: _____

Evolução

45- Data do resultado anatomopatológico: ____ / ____ / ____

46 - a () Recidiva locorreional b () Metástase a distância - b1) () Sim b2) () Não

47 - local: c1() ossos c2() plèura-pulmão c3() fígado c4() cérebro/meninge c5() outro

48 () Óbito d1() Sim d2() Não

49- Data do óbito: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B

Fortaleza, de 2006

Venho por meio deste, solicitar autorização para que o estudo intitulado: “*Análise sócio demográfica e clínico epidemiológica de mulheres mastectomizadas*” seja desenvolvido nesta instituição.

O estudo tem por objetivo analisar as principais variáveis sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas das mulheres mastectomizadas em um centro de referência em oncologia do Estado do Ceará. Além disso, descrever o perfil sócio demográfico e clínico epidemiológico de mulheres mastectomizadas atendidas num hospital de referência em oncologia do Estado do Ceará e verificar a associação entre o tipo de mastectomia realizada com as variáveis clínicas e epidemiológicas. Para atingir os objetivos traçados, necessitarei ter acesso aos prontuários de clientes submetidos ao procedimento cirúrgico de mastectomia no ano de 2000.

Comprometo-me a utilizar as informações obtidas apenas para a realização da minha pesquisa, a não divulgar nenhum dado que possa identificar a instituição da pesquisa, os profissionais do serviço e os prontuários analisados dos clientes. Garanto à instituição, a disponibilidade das informações coletadas, e esclareço, ainda, que os prontuários serão consultados no local determinado, pelo serviço, para seu manuseio, sem retirada de impressos ou danificação dos documentos.

Estarei disponível para quaisquer esclarecimentos no seguinte endereço: Rua Francisco Mendes de Oliveira , 40 fone: (85) 3237-8759. Quintino Cunha. CEP: 60351-250 Fortaleza – CE.

Atenciosamente,

Pesquisadora responsável

Assinatura do responsável pela instituição

ANEXOS



Fortaleza, 27 de setembro de 2006

À Pesquisadora: Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa.
Ref. ao Projeto: Análise das variáveis sócio-demográfico-clínico-epidemiológico de mulheres mastectomizadas

Levamos ao seu conhecimento que o projeto de sua responsabilidade, acima referenciado, foi apresentado na reunião do CEP, de 27.09.2006, merecendo o seguinte parecer:

APROVADO

Cumpridas essas exigências, o projeto poderá

- **Entrar em execução.**

Cordiais saudações.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Presidente do CEP/HC/ICC