

ALLYS VILELA DE OLIVEIRA
JAQUELINE NASCIMENTO DE ASSIS
KARINE ANUSCA MARTINS
MARIA MARGARETH VELOSO NAVES

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GINECOLÓGICAS
DE PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO
PROGRAMA DE MASTOLOGIA DE HOSPITAL PÚBLICO EM
GOIÂNIA - GOIÁS**

Goiânia
2009

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GINECOLÓGICAS
DE PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO
PROGRAMA DE MASTOLOGIA DE HOSPITAL PÚBLICO EM
GOIÂNIA - GOIÁS**

Caracterização as portadoras de câncer de mama atendidas em um hospital público da cidade de Goiânia quanto a fatores de risco associados à etiologia da doença, e identificar as características da enfermidade e tratamentos mais utilizados.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	OBJETIVOS	6
2.1	OBJETIVO GERAL	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3	METODOLOGIA.....	7
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	9
5	CONCLUSÕES.....	19
	REFERÊNCIAS	20
	ANEXOS.....	23

INTRODUÇÃO

O câncer é uma enfermidade crônica não-infecciosa de origem genética, cuja ocorrência é determinada em grande parte por fatores ambientais, de natureza química, física ou biológica (NAVES, 2008).

No contexto mundial, o câncer de mama é o segundo câncer mais comum e o primeiro entre as mulheres, com cerca de um milhão de casos novos por ano. Mais da metade dos casos novos ocorre em países desenvolvidos. A Holanda é o país com a maior incidência (90/100.000 mulheres), seguido dos Estados Unidos (87 /100.000 mulheres). Taxas elevadas também são encontradas na Europa, Austrália, Nova Zelândia e no sul da América do Sul, especialmente no Uruguai e na Argentina. As populações da África e da Ásia apresentam, em sua maioria, baixos valores de incidência. As taxas de incidência de câncer de mama aumentam com a idade, alcançando seu pico na faixa etária de 65 a 70 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, assim como no panorama global, esse tipo de câncer é o mais incidente entre as mulheres. A estimativa para o país em 2008 é de 49.400 novos casos, segundo o Instituto Nacional de Câncer (MINISTÉRIO..., 2007a), com uma taxa de incidência de 51/100.000 mulheres. Na região Centro-Oeste, a taxa de incidência é de 38/100.000 mulheres. No estado de Goiás, a estimativa de casos novos para 2008 é de 35 para cada 100.000 mulheres. Para Goiânia, a estimativa é de 340 novos casos, com taxa de incidência semelhante ao panorama nacional (51/100.000 mulheres).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por neoplasias mamárias continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos do diagnóstico é de 61% (MINISTÉRIO..., 2007b). O programa de mastologia do hospital estudado foi criado com o intuito de incorporar os projetos de extensão ligados à prevenção e tratamento do câncer de mama. Inicialmente, o serviço contava somente com acadêmicos de medicina, devido à necessidade observada de se atender aos pacientes com uma equipe multiprofissional, foram incorporados ao projeto acadêmicos de enfermagem,

psicologia, nutrição, serviço social e fisioterapia. Assim, o programa permite aos universitários aplicar seus conhecimentos teóricos obtidos em sala de aula, levando à população um atendimento de qualidade (FREITAS JÚNIOR et al., 2005).

O programa de mastologia inclui projetos que visam a capacitação de acadêmicos da área de saúde em atendimento e a formação de grupos de pesquisa; desenvolvimento de trabalhos relacionados com a prevenção do câncer de mama; capacitação de profissionais da Rede Básica de Saúde do município de Goiânia, além de fornecer dados epidemiológicos para pesquisas aplicadas à extensão; realização de visitas domiciliares de apoio e resgate aos portadores da doença, que atende na prevenção, cura e reabilitação; atendimento ambulatorial e cirúrgico a pacientes com câncer de mama (FREITAS JÚNIOR et al., 2005).

O risco de câncer de mama abrange muitos fatores, incluindo idade até alterações genéticas complexas. A história familiar de câncer em primeiro grau é, provavelmente, o fator de risco mais importante e cientificamente comprovado (PINHO; COUTINHO, 2005). Outros fatores também estão sendo investigados, tais como a obesidade, o sedentarismo, o consumo de álcool e gorduras, o tabagismo e a exposição a toxinas ambientais (PINHO; COUTINHO, 2007).

Além disso, vários fatores relacionados à história ginecológica aumentam o risco para câncer de mama, dentre eles o tempo de exposição ao estrogênio, decorrente de menarca precoce, menopausa tardia, não amamentação e primiparidade após os 30 anos (PINHO; COUTINHO, 2007; WCRF; AICR, 2007). A terapia de reposição hormonal aumenta o risco de câncer de mama, porém reduzindo-se após o término de seu uso. Já os contraceptivos orais combinados (estrogênio e progesterona) causam pequeno e transitório aumento do risco de câncer durante seu uso, pois aumentam a proliferação de células epiteliais normais e também de células malignas já presentes no tecido mamário (PINHO; COUTINHO, 2007; WCRF; AICR, 2007). Caracteriza-se também como fator de risco a interrupção da gestação em sua fase inicial, quando o tecido mamário contém altas concentrações de estrogênios, que favorece a proliferação de células malignas (PINHO; COUTINHO, 2007).

A lactação é um fator de proteção, pois é associada com a diferenciação completa do tecido mamário e com menor exposição aos hormônios sexuais

endógenos durante a amenorréia que acontece neste período. A forte esfoliação do tecido mamário durante a lactação e a intensa apoptose celular ao fim da mesma, podem diminuir o risco, por eliminar as células com DNA potencialmente nocivo (WCRF; AICR, 2007).

Outros fatores considerados de proteção são a menarca tardia (após 12 anos), menopausa inferior a 54 anos, amamentação e primiparidade antes dos 30 anos. (PINHO; COUTINHO, 2007; WCRF; AICR, 2007).

Diante da grande incidência e da alta mortalidade deste tipo de neoplasia, é importante traçar o perfil das portadoras de tal enfermidade atendidas em serviços especializados, tais como, o programa de mastologia de hospitais públicos, contribuindo assim para um maior conhecimento dos fatores determinantes da incidência da doença em Goiânia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil sociodemográfico e ginecológico de mulheres com câncer de mama em tratamento no programa de mastologia de um hospital público de Goiânia, Goiás, atendidas no intervalo compreendido entre junho de 2006 e agosto de 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características socioeconômicas e demográficas da população em estudo.

Caracterizar a história reprodutiva e hormonal quanto aos fatores de risco associados à incidência de câncer de mama.

Identificar histórico da neoplasia por antecedentes familiares e pessoais.

Identificar as características da enfermidade e tratamentos utilizados para a clientela em questão.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo, com coleta de dados retrospectiva em prontuários de pacientes atendidas no programa de mastologia de um hospital público de Goiânia. Os dados foram coletados no período de junho de 2006 a agosto de 2008 em formulário próprio (Anexo A), previamente elaborado por Ferraz e Ribeiro (2007), no qual foram coletadas informações relacionadas à caracterização sociodemográfica; histórico reprodutivo e hormonal; fatores de risco associados ao câncer de mama; e caracterização, tratamento e histórico da doença.

Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres atendidas pelo programa e com diagnóstico positivo de câncer, no período compreendido entre de junho de 2006 e agosto de 2008. Foram excluídos os casos de abandono do tratamento, transferência para outro estado ou outra unidade de saúde, e casos no qual o diagnóstico não foi definido até a data de consulta do prontuário.

A consulta aos prontuários, e a disponibilização deles para pesquisa, foi feita por meio de requisições prévias ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico e realizada nas dependências do próprio serviço.

Para caracterização sociodemográfica, foram considerados os dados de idade, ocupação, escolaridade, renda familiar e número de pessoas da família. A partir da divisão dos dados de renda familiar total pelo número de membros na família foi obtido o dado “renda familiar per capita”.

Na análise da ocupação, foram utilizadas as categorias de ocupação profissional classificadas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – Censo Demográfico de 1991), por grupos (1 a 9) e subgrupos, conforme relatado por Cassano, Frias e Valente (2000) (Anexo B). Além dos grupos já existentes, foram acrescentados dois outros: grupo zero (0) (desempregado) e grupo dez (10) (aposentado), conforme adotado por Ferraz e Ribeiro (2007).

Na análise dos dados, a não-amamentação foi considerada um fator de risco de desenvolvimento de câncer de mama, e o fato de a mulher ter amamentado, independente da duração, foi considerado como fator protetor para desenvolvimento desse tipo de neoplasia, conforme proposto em documento do

World Cancer Research Fund e American Institute for Cancer Research (WCRF; AICR, 2007).

As informações coletadas foram codificadas e incorporadas ao banco de dados pré-existente. A análise dos dados foi efetuada no programa EPI-INFO versão 3.4.3 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos, 2007). Foram definidas categorias de risco para as variáveis pesquisadas, e foram calculadas as frequências absolutas e relativas, bem como a média e desvio-padrão, no caso de variáveis quantitativas. Dados não encontrados foram categorizados como “não-registrados” (NR).

Tabela 1. Fatores de risco associados ao câncer de mama e respectivas categorias com risco aumentado

Fator de risco	Categoria
Idade	50 anos ou mais
Menarca	Antes de 12 anos
Nuliparidade	Sim
Histórico de aborto	Sim
Idade na primeira gestação	Após 30 anos
Uso de contraceptivos orais	5 anos ou mais
Idade da menopausa	55 anos ou mais
Ingestão de bebidas alcoólicas	Consumo de mais de uma lata de cerveja, mais de um copo de vinho e/ou mais de uma dose de bebida destilada por dia
Tabagismo atual	Sim
Obesidade	IMC > 30 kg/m ²
Antecedente familiar de câncer de mama	Sim
Antecedente pessoal de câncer de mama	Sim

Fonte: adaptado de Pinho e Coutinho (2007).

Em relação aos aspectos éticos, neste estudo foram preservados os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, e justiça e equidade, estabelecidos pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO..., 1996). Este trabalho constitui-se parte do projeto protocolado número 089/2007, que obteve aprovação sem restrições do Comitê de Ética em Pesquisa Médica, Humana e Animal do Hospital de Clínicas (CEPMHA-HC/UFG), concedida em 28 de Junho de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas informações de 52 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, os quais foram adicionados aos colhidos por Ferraz e Ribeiro (2007), totalizando um banco de dados com 111 prontuários para análise. A amostra foi integralmente formada por pacientes do sexo feminino com idade atual entre 30 e 83 anos, apresentando uma média de 51,7 anos de idade (desvio padrão – DP= $\pm 12,62$; Mediana= 49), sendo que 45,9% da amostra apresentavam a idade atual superior a 50 anos.

Em relação à ocupação profissional (Figura 1), a amostra foi formada por 47,5% de pacientes “do lar” ($n= 48$), enquadradas na categoria 9 (outras ocupações e ocupações mal definidas), 15,8% eram prestadoras de serviços ($n= 16$) e 9,9% atuavam no comércio e em atividades auxiliares ($n= 10$).

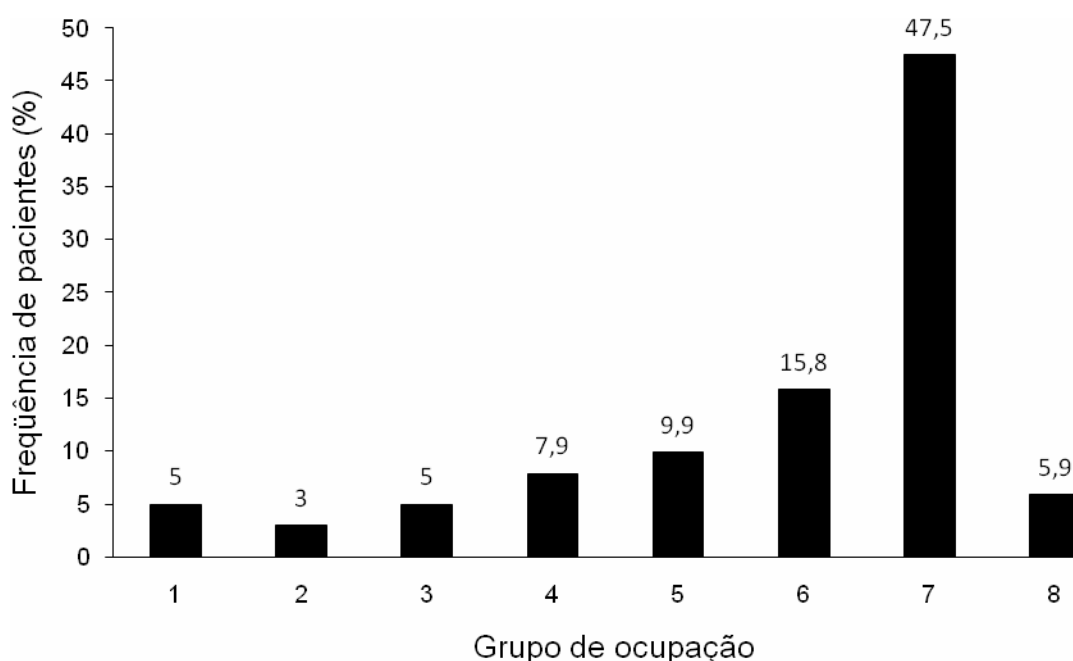


Figura 1. Distribuição de pacientes atendidas no Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da UFG, segundo grupos de ocupação* (Goiânia, 2008).

*Grupo 1: atividades administrativas; Grupo 2: ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas; Grupo 3: agropecuária e da produção extrativa vegetal e animal; Grupo 4: indústrias de transformação e construção civil; Grupo 5: comércio e atividades auxiliares; Grupo 7: prestação de serviços; Grupo 9: outras ocupações ou ocupações mal definidas; Grupo 10: aposentada.

Quanto a escolaridade das pacientes pesquisadas, observou-se uma média de 6 anos de estudo (DP= \pm 3,9), sendo que 9,0% eram analfabetas, 23,6% tinham de 1 a 4 anos de estudos, 39,3% tinham de 5 a 8 anos de estudos, 16,9% tinham entre 9 e 11 anos de estudos e apenas 11,2% tinham mais de 12 anos de estudos. Assim, observa-se que maior parte da amostra era formada por pacientes com baixa escolaridade, sendo que 71,9% tinham escolaridade até 8 anos de estudo, ou seja, estudaram no máximo até o ensino fundamental completo.

No que se refere à composição familiar, esta variou de 1 a 9 membros, tendo como média 3 pessoas (DP= \pm 1,63; Mediana= 3) por família. A média da renda familiar mensal per capita das pacientes foi de 0,67 salários mínimos (DP= \pm 0,47; Mediana= 0,5), sendo que 69,5% dos 82 prontuários que continham informação sobre renda apresentavam renda familiar per capita inferior a 1 salário mínimo (SM).

Tabela 2. Renda familiar per capita de pacientes atendidas no serviço de saúde, distribuídas por faixas de salários mínimos – SM (Goiânia, 2008)

Faixa de Renda (SM)	Frequência	
	absoluta (n)	relativa (%)
0,00 - 0,25	12	14,6
0,25 - 0,50	18	22,0
0,50 - 0,75	22	26,8
0,75 - 1,00	5	6,1
1,00 - 1,25	18	22,0
1,25 - 1,50	2	2,4
1,50 - 1,75	1	1,2
\geq 1,75	4	4,9
Total	82	100

Resultados semelhantes em relação a estes dados sociodemográficos foram encontrados no estudo de Pinho e Coutinho (2007). Esses autores constataram que a ocupação mais comum entre as mulheres estudadas foi “do lar”, com cerca de 50% da amostra total com tal ocupação. A maioria das mulheres apresentava baixa escolaridade, 80% possuíam o ensino fundamental incompleto, havendo maior número de pacientes analfabetas (em torno de 25% da totalidade). No que diz respeito ao nível de renda, observou-se que a maioria

das mulheres tinha renda menor que 1 SM per capita, com número médio de 4 indivíduos por família.

Na Tabela 3 estão relacionadas às freqüências dos fatores de risco associados ao câncer de mama nas pacientes, de acordo com as categorias avaliadas neste estudo. Observa-se que cada fator estudado o *n* é variável, por causa da ausência do registro das informações nos prontuários, comprometendo sua conseqüente análise.

Tabela 3. Freqüência dos fatores de risco associados ao câncer de mama em pacientes atendidas no serviço de saúde (Goiânia, 2008).

Fator de risco	Freqüência	
	absoluta (<i>n</i>)	relativa (%)
<i>Idade no diagnóstico (n= 111)</i>		
29 - 39 anos	18	16,2
39 - 49 anos	38	34,2
49 - 59 anos*	23	20,7
59 - 69 anos*	19	17,1
≥ 69 anos*	13	11,7
<i>Gestações à termo (n= 107)</i>		
Nuliparidade*	14	13,1
1 a 4	74	69,2
≥ 5	19	17,8
<i>Idade da primeira gestação (n= 63)</i>		
≤ 19 anos	27	47,9
19 - 29 anos	26	41,1
≥ 30 anos*	10	11,0
<i>Amamentação (n= 93)</i>		
Sim	69	89,6
Não*	8	10,4
<i>Número de episódios abortivos (n= 106)</i>		
Nenhum	79	74,5
≥ 1*	27	25,4
<i>Idade da menarca (n= 89)</i>		
≤ 11 anos*	12	13,5
≥ 12 anos	77	86,5
<i>Idade da menopausa (n= 42)</i>		
Menopausa precoce (< 40 anos)	5	11,9
Menopausa natural (40 a 55 anos)	34	81,0
Menopausa tardia (> 55 anos)*	3	7,1
<i>Tempo de uso de contraceptivos (n= 35)</i>		
< 1 ano	7	20,0
1 a 5 anos	16	45,7
≥ 5 anos*	12	34,3

Tabela 3. (cont.) Frequência dos fatores de risco associados ao câncer de mama em pacientes atendidas no serviço de saúde (Goiânia, 2008).

<i>Tempo de uso de terapia de reposição hormonal (n= 15)</i>		
< 1 ano	3	20,0
1 a 5 anos	8	53,3
≥ 5 anos*	4	26,7

* Categorias associadas ao risco de câncer de mama.

A média na idade do diagnóstico das mulheres foi de 50,7 anos (DP = \pm 12,8; Mediana= 48), variando de 29 a 82 anos. No entanto, dos 111 prontuários de pacientes pesquisados, 50,5 % apresentavam idade no diagnóstico inferior a 50 anos. A idade superior ou igual a 50 anos é citada como fator relacionado ao aumento do risco para câncer de mama (OLAYA-CONTRERAS et al., 1999; PINHO; COUTINHO, 2007; THULER, 2003). Já em pesquisa do Instituto Nacional de Câncer é relatado um rápido aumento das taxas de incidência da doença até os 50 anos, em sua forma mais agressiva (MINISTÉRIO..., 2007a).

A idade ao diagnóstico encontrada no presente trabalho é próxima as encontradas em outros estudos, como o de Cintra, Guerra e Bustamante-Teixeira (2008), que encontraram como idade média ao diagnóstico 51,2 anos de idade (amplitude 25 a 81 anos), encontrando 46,8% das pacientes com o diagnóstico anterior aos 50 anos de idade.

Em relação ao número de gestações a termo, as nulíparas tiveram uma frequência de 13,1%. A média de número de filhos foi de 3,1, (DP= \pm 2,7), sendo que 17,8% tiveram cinco filhos ou mais. A média de idade na primeira gestação foi de 22,2 anos (DP= \pm 6,4), sendo que apenas 11% das mulheres engravidaram pela primeira vez a partir dos 30 anos. Entre estas mulheres que tiveram filhos (n= 93), apenas 8,6% relatam não ter amamentado (em 16 prontuários não foi relatado se a mulher amamentou). Das mulheres que tiveram gestações (n= 93), 29,0% apresentaram um ou mais quadros de aborto espontâneos ou provocados

Barros et al. (2001) relatam a nuliparidade como fator de risco medianamente elevado e Olaya-Contreras et al. (1999) afirmam que o risco reduz consideravelmente entre as múltiparas de cinco filhos ou mais. Também é relatado que a primeira gestação a termo após os 30 anos constitui-se como fator de risco. (PINHO; COUTINHO, 2007).

A amamentação é considerada um fator de proteção convincente contra o câncer de mama (WCRF; AICR, 2007). Segundo Toma e Rea (2008), este efeito teria relação com o período, sendo que, uma amamentação por um período de 11 a 12 meses reduziria em 54% o risco, quando comparado a períodos de 1 a 4 meses, reduzindo-se o risco em 4,3% a cada 12 meses de amamentação. Além disso, é discutido que este efeito protetor teria maior influência no câncer de mama antes da menopausa (OLAYA-CONTRERAS et al., 1999).

O aborto é tido como fator de risco já que a interrupção da gravidez, especialmente em sua fase inicial, quando o tecido mamário contém altas concentrações de estrogênio, pode favorecer a proliferação de células malignas (PINHO; COUTINHO, 2007). Este fator de risco apresentaria leve aumento em alguns subgrupos, como nulíparas ou pacientes com histórico de aborto antes da primeira gestação a termo (PINHO, COUTINHO, 2005).

A menarca em idade inferior a 12 anos foi relatada em 13,5% da amostra, sendo que a média de ocorrência da menarca foi aos 13,1 anos. Em relação à menopausa, 7,3% das mulheres que se encontravam nessa fase apresentaram um quadro de menopausa tardia, considerada acima dos 55 anos, segundo Pedro et al. (2003). A média de idade da menopausa foi de 47,8 anos, com desvio padrão de 6,6 anos. Em relação aos 42 prontuários que não continham a informação sobre menopausa, 18,6% encontrava-se com idade superior a 55 anos na ocasião do diagnóstico da doença.

A menarca precoce ou a menopausa tardia são tidas como fatores de risco pouco elevado (BARROS et al., 2001). Paulinelli et al. (2003) relataram que o risco diminui em 5% a cada ano de atraso da menarca. Assim, como os outros fatores reprodutivos já citados, a menarca precoce e menopausa tardia teriam relação com uma maior exposição aos estrógenos, prostrágenos e outros hormônios de potencial carcinogênico, podendo contribuir com 30% da incidência do câncer de mama (LIMA et al., 2008; PINHO; COUTINHO, 2007; WCRF; AICR, 2007).

Em relação ao uso de contraceptivos orais, 31,5% das mulheres alegaram ter feito uso destes ($n= 35$), das que fizeram, 34,3% utilizaram por período superior a 60 meses (5 anos), com média de uso de 54,8 meses. A terapia de reposição hormonal foi utilizada por 17,1% das mulheres ($n= 19$), 26,7% ($n= 4$)

destas o fizeram por período superior a 60 meses (5 anos), com média de uso de 39,8 meses. Em quatro prontuários não havia relato do período de uso desta terapia. O baixo número de pacientes que utilizaram contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pode estar relacionado ao baixo poder aquisitivo destas mulheres.

O uso de terapia de reposição hormonal é visto como causa de câncer de mama pelo *World Cancer Research Fund e American Institute for Cancer Research* (2007), que consideram que o risco desaparece após alguns anos do fim da terapia. É relatado também que o uso desta terapia consistiria em fator de risco quando utilizada por um período superior a cinco anos, apresentando ainda diferenças relativas à composição hormonal (BARROS et al., 2001; PAULINELLI et al., 2003). Nahas et al. (2005) ainda citam que as evidências disponíveis não comprovam se o tratamento estimula o surgimento de tumores ou propicia o crescimento acelerado de neoplasias pré-existentes.

O uso de contraceptivos orais entre mulheres em idade reprodutiva foi de 26,3%, em estudo conduzido por Bertoldi et al. (2004). Os contraceptivos orais de estrógeno e progesterona combinados apresentam-se como responsáveis por um pequeno e transitório aumento do risco de câncer (WCRF; AICR, 2007). Paulinelli et al. (2003) relatam que este risco permaneceria por um período de dez anos após a interrupção no uso. Malone et al. (1993 apud PINHO; COUTINHO, 2007) citam que o aumento do risco decorrente do uso de contraceptivos orais estaria mais evidente entre mulheres com menos de 45 anos e com uso prolongado desta terapia.

Em relação aos antecedentes familiares e pessoais, 15,8% das mulheres ($n= 18$) alegaram haver casos de neoplasia de mama na família, sendo 38,9% parentesco de primeiro grau e 61,1% parentesco de segundo grau. Em relação a outras neoplasias, a frequência foi de 24,4% ($n= 20$), sendo destas 70% parentesco de primeiro grau e 30% parentesco de segundo grau. Em relação a outras neoplasias da própria paciente, a frequência de relato destas nos prontuários pesquisados foi muito baixa (3,6%).

Antecedentes familiares de câncer de mama, especialmente em parentescos de primeiro grau, são tidos como fatores de risco muito elevados

para o câncer de mama, sendo ainda mais aumentado se a doença ocorrer antes da menopausa (BARROS et al., 2001; PINHO; COUTINHO, 2007).

Quanto à obesidade, poucos prontuários apresentavam dados suficientes (peso e altura) para que fosse possível esta classificação. Estes dados só estavam disponíveis em 23 prontuários, sendo que em 26,1% destes, as pacientes eram obesas. Dados sobre o consumo de álcool foram encontrados em somente 20 prontuários e 20% destes relatavam consumo. Nenhum dos prontuários apresentava relato de quantidade ou freqüência de uso. O tabagismo apresentou uma freqüência de 23,9% no total dos prontuários pesquisados, estando disponível em apenas 71 prontuários.

A gordura corporal afeta diretamente o nível circulante de muitos hormônios, como a insulina, hormônio do crescimento e estrógeno, gerando um ambiente que favorece a carcinogênese e inibe a apoptose (WCRF; AICR, 2007). Em mulheres na pós-menopausa, a obesidade representa um aumento de 50% no risco (PAULINELLI et al., 2003).

O tabagismo ainda não se apresenta como um fator de risco para o câncer de mama consistentemente descrito na literatura. Enquanto se alega uma forte relação entre a atividade estrogênica e o tabagismo, é relatado que a maioria dos estudos não evidencia associação significativa com o câncer de mama (PINHO; COUTINHO, 2007). Já o consumo de bebidas alcoólicas apresenta um aumento de risco de 10% para cada 10 gramas de álcool ingeridas ao dia (PAULINELLI et al., 2003). Tanto tabagismo, como a obesidade e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas devem ser desencorajados para a população geral devido aos vários malefícios à saúde já evidenciados.

A obesidade e a ingestão de bebidas alcoólicas devem ser investigadas em pacientes com câncer de mama já que constituem os fatores de risco mais comprovados na literatura relacionados à alimentação (WCRF; AICR, 2007).

O estadiamento do câncer foi encontrado em apenas 65 prontuários pesquisados (Tabela 4). Observa-se que a grande maioria (91%) apresentava câncer em estágio II ou superior, e que 60% dos casos apresentavam tumor nos estádios clínicos mais tardios (estádios III e IV). Estudo de Trufelli et al. (2008), em registros administrativos de datas e prontuários médicos de pacientes em tratamento de câncer de mama no Hospital Estadual Mário Covas, em Santo

André (São Paulo), encontrou resultados bem inferiores a este estudo, tendo 31,9% dos pacientes nos estádios clínicos III e IV (25,8% em estágio III e 6,1% no estágio IV).

Um estudo sobre estadiamento inicial de pacientes com câncer de mama e colo de útero atendidas pelo SUS, demonstrou que o diagnóstico de pacientes em estádios avançados da doença (estádio III e IV) vem sofrendo uma queda progressiva, sendo que no período compreendido entre os anos de 1990 e 1994 o percentual de pacientes nesses estádios era de 52,5%, caindo para 45,3% no período de 1995 a 2002. Porém, esses valores ainda são bem superiores aos encontrados nos países desenvolvidos, como Estados Unidos (THULER; MENDONÇA, 2005).

Informações de registros hospitalares do INCA de 2000/2001 indicam que 50% dos tumores de mama no Brasil são diagnosticados nos estádios III e IV. Havendo uma tendência de diminuição de diagnósticos de câncer de mama em estádios clínicos tardios no Brasil, sendo que na região Centro-Oeste, entre 1986 e 1990, no Hospital “Araújo Jorge” (Goiânia – GO) especializado em oncologia, 68% dos casos foram diagnosticados nos estádios III e IV, resultado semelhante ao encontrado neste estudo. Entretanto, na última década, o estágio clínico mais freqüente entre os pacientes brasileiros no diagnóstico foi o estágio clínico II (PAULINELLI et al., 2003; TRUFELLI et al., 2008). No caso do presente estudo, o estágio III foi o mais freqüente.

Um dos fatores que influenciam fortemente a sobrevida dos pacientes acometidos por câncer é a extensão da doença no momento do diagnóstico. Essa extensão pode ser avaliada pelo estadiamento do tumor nesta fase, sendo que estudos com pacientes do Instituto Nacional de Câncer (INCA) demonstram que para tumores da mama, a taxa de sobrevida por cinco anos, foi de 50% no estágio IIIa, de 32% no IIIb e 5% no estágio IV (MINISTÉRIO..., 2007b).

Através do resultado anatomopatológico das pacientes, observou-se que o tipo mais comum de carcinoma foi o ductal invasivo (73,3%). Não houve grande diferença quanto à mama afetada, com 49,5% das pacientes com tumor na mama direita e 50,5% na mama esquerda (Tabela 4). Achados na literatura indicam que o carcinoma ductal invasivo é um dos tipos mais comuns de carcinoma nas pacientes com câncer de mama, inclusive em estudo realizado no Rio Grande do

Sul foi encontrado este tipo em 73,47% das mulheres estudadas (MORAES et al., 2006).

Tabela 4. Características do câncer de mama das pacientes atendidas no serviço de saúde (Goiânia, 2008).

Características	Frequência	
	absoluta (n)	relativa (%)
<i>Identificação da Mama (n= 111)</i>		
Direita	55	49,5
Esquerda	56	50,5
<i>Estádio (n= 65)</i>		
<i>In Situ</i>	4	6,2
I	2	3,1
II	20	30,8
III	38	58,5
IV	1	1,5
<i>Resultado Anatomopatológico (n= 109)</i>		
Carcinoma Ductal	7	6,4
Carcinoma Ductal "in situ"	5	4,6
Carcinoma Ductal Invasivo	80	73,3
Carcinoma Lobular Invasivo	4	3,7
Outras denominações	13	11,9

Em 42,2% das pacientes foi aplicado apenas um tipo de tratamento para a doença, 36,7% receberam dois tipos, 14,7% receberam três tipos e 6,4% receberam quatro tipos de tratamento. Os tratamentos utilizados atualmente são os procedimentos cirúrgicos e radioterapia para tratamento loco-regional, e hormonioterapia e quimioterapia para tratamento sistêmico (MINISTÉRIO..., 2004). Quanto ao tratamento adjuvante, dentre os 109 prontuários que continham a informação, o mais utilizado foi a quimioterapia, com 82,6% das pacientes submetidas a esse tratamento. Em 72,5% das pacientes foi realizado tratamento cirúrgico, aproximadamente 50% destas foram submetidas à quadrantectomia, e sendo que outra metade, à mastectomia, com 26,6% tendo realizado a reconstrução da mama operada. A radioterapia foi utilizada em 21,1% das pacientes e a hormonioterapia em 10,1%.

O tratamento cirúrgico em uma quantidade expressiva de pacientes é condizente com o encontrado em outros estudos, como o de Brito, Portela e Vasconcelos (2005), que relataram o tratamento cirúrgico em 84,5% de sua amostra de 310 mulheres portadores de câncer de mama que realizaram quimioterapia em unidades do SUS, na cidade do Rio de Janeiro.

A mastectomia, apesar de ser um possível tratamento curativo para 98% dos casos de carcinoma ductal invasor, é mutilante e causa uma série de conflitos emocionais nas mulheres que realizam tal procedimento (MINISTÉRIO..., 2004). Ressaltando-se mais uma vez a necessidade de haver um diagnóstico precoce da doença, já que foi constatado que nas pacientes estudadas a maioria teve o diagnóstico em estádios tardios.

CONCLUSÕES

As pacientes atendidas no período de Junho de 2006 à Agosto de 2008 no programa de mastologia tinham idade variando entre 30 e 83 anos (média= 52 anos), baixa escolaridade (até ensino fundamental incompleto), em sua maior parte renda per capita menor que 1 salário mínimo, com a composição familiar média de 3 pessoas por família e cuja ocupação mais comum foi do lar.

A idade superior a 50 anos no momento do diagnóstico não apresentou maioria (49,5%) entre o público atendido pelo Programa de Mastologia. Havendo poucas mulheres nulíparas atendidas no período, poucas tiveram a primeira gestação acima dos 30 anos (11%), em sua grande maioria haviam amamentado, e em torno de um quarto das pacientes apresentavam história de aborto. A menarca precoce não foi um achado comum entre essas mulheres, bem como a menopausa tardia, encontrada em menos de 10% das pacientes.

A maioria das pacientes não apresentou fatores de riscos ginecológicos para o câncer de mama, sendo que esses dados foram registrados em poucos prontuários.

Em relação antecedentes familiares e pessoais, poucas apresentavam tais fatores de risco (menos de 4% dos prontuários havia esse registro).

A maioria das pacientes tinha a doença em estádios tardios (estádios III ou IV), afetando igualmente as mamas direita e esquerda, com o carcinoma ductal invasivo como o tipo mais comum de tumor. A maior parte das pacientes (58%) recebeu dois ou mais tipos de tratamento, tendo sido a quimioterapia e os procedimentos cirúrgicos (quadrantectomia e mastectomia) os tratamentos mais indicados.

Considerando que o programa inclui ações de prevenção da patologia, deve haver um esforço para que o preenchimento dos prontuários seja mais adequado, uma vez que várias informações consideradas fatores de risco convincentes para câncer de mama não estavam registradas nesses arquivos (obesidade, consumo de bebidas alcoólicas, fatores relacionados com história hormonal das pacientes, etc).

REFERÊNCIAS

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H.; ANELLI, A.; FIGUEIRA FILHO, A.; DEL GIGLIO, A.; GUSMÃO, C. B.; PELIZON, C.; MARTELLA, E.; MOTTA, E.; FERNANDES, J. L.; PINOTTI, J. A.; RIBEIRO, L. C. B.; SANTOS, M. O.; ARAÚJO, M. B.; ABREU, E.; LIMA, M. C.; MOURÃO NETO, M.; YAMAGUCHI, N. H.; CARMO, P. A. O.; MARQUES, R. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. 2001. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/024.pdf>> Acesso em: 12 out. 2008.

BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D.; HALLAH, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, 228-238, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p.874-881, 2005.

CASSANO, C.; FRIAS, L. A. M.; VALENTE, J. G. Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil – 1995. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, s.1, p.53-64, 2000.

CINTRA, J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.54, n.4, p.874-881, 2008.

LIMA, F. E. L.; LATORRE, M. R. D. O.; COSTA, M. J. C.; FISBERG, R. M. Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast câncer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.820-828, 2008.

FERRAZ, C. B. S.; RIBEIRO, E. S. **Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas no programa de mastologia do Hospital das Clínicas da UFG**. 2007. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

FREITAS JÚNIOR, R.; PEIXOTO, E.M.L.; SANTOS, D.L.; AMPOS, A.C.C.C; MELO, A.F.B.; RAHAL, R.M.S. Programa de Mastologia: um desafio de mudança no Ensino Superior. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, v.7, n.2, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 12 out. 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil) **Câncer no Brasil**: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2003. 208 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 33 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007a. 94 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007b. 119 p.

MORAES, A.B.; ZANINI, R.R.; TURCHIELLO, M.S.; RIBOLDI, J.; MEDEIROS, L.R. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2219-2228, 2006.

NAHAS, E. A. P.; LINDSEY, S. C.; UEMURA, G.; NAHAS-NETO, J.; DALBEN, I.; VÉSPOLI, H. L.; LUCA, L. A. Influência da terapêutica hormonal prévia sobre os indicadores de prognóstico do câncer de mama em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.112-117, 2005.

NAVES, M. M. V. Dieta e prevenção de câncer. In: MOREIRA, E. A. M.; CHIARELLO, P. G. **Atenção nutricional**: abordagem dietoterápica em adultos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap.12, p.163-171 (Série Nutrição e Metabolismo).

OLAYA-CONTRERAS, P.; PIERRE, B.; LAZCANO-PONCE, E.; VILLAMILRODRIGUEZ, J.; POSSO-VALENCIA, H. J. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.3, p.237-245, 1999.

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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.1, p.17-24, 2003.

PEDRO, A. O.; PINTO NETO, A. M.; PAIVA, L. H. S. C.; OSIS, M. J.; HARDY, E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.17-25, 2003.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.351-360, 2005.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1061-1069, 2007.

THULER, L. C. S. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.4, p.227-238, 2003.

THULER, L.C.S.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.656-660, 2005.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 2, p.S235-S246, 2008.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B. B.; FRAILE, N. M. P.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. R.; RIECHELMANN, R.; KALIKS, R.; DEL-GIGLIO, A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n.1, p.72-76, 2008.

WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF). AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (AICR). **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington DC: American Institute for Cancer Research, 2007. 537p.

ANEXOS

História de neoplasiaAntecedente familiar

25. Neoplasia de mama () Não () Sim () NR |NEOMAMA
 25-A. () 1º Grau () 2º Grau () Grau distante |GRAUMAMA
 26. Outras neoplasias na família: () Não () Sim () NR |OUTRANEOFAM
 26-A. () 1º Grau () 2º Grau () Grau distante |GRAUFAM

Antecedente pessoal de neoplasias

27. Mama contra-lateral: () Não () Sim () NR |MAMACONTRA
 27-A. () Benigna () Maligna |TIPO
 28. Outras neoplasias na paciente: () Não () Sim () NR |OUTRANEOPAC

Tratamento indicado no diagnóstico

(Não - 0 Sim - 1)

29. () Quimioterapia |QUIMIO
 30. () Radioterapia |RADIO
 31. () Hormonioterapia |HORMONIO
 32. () Quadrantectomia |QUADRAN
 33. () Mastectomia sem reconstrução |MASTRESEM
 34. () Mastectomia com reconstrução |MASTCO

Fatores de risco relacionados à dieta e aos hábitos de vida

35. Obesidade: () Não () Sim () NR |OBESIDADE
 36. Ingestão de bebida alcoólica: () Não () Sim () NR |BEBIDA
 37. Tabagismo: () Não () Sim () NR |TABAGISMO

ANEXO B – Categorias de ocupações profissionais.

Discriminação das ocupações por grupos e subgrupos

1 Administrativas

- 1.1 Empregadores
- 1.2 Diretores e chefes na administração pública
- 1.3 Administradores e gerentes de empresas
- 1.4 Chefes e encarregados de seção de serviços administrativos de empresas
- 1.5 Funções burocráticas ou de escritório

2 Técnicas, Científicas, Artísticas e Assemelhadas

- 2.1 Engenheiros, arquitetos e especialistas assemelhados
- 2.2 Ocupações auxiliares da engenharia e arquitetura
- 2.3 Químicos, farmacêuticos, físicos e especialistas assemelhados
- 2.4 Ocupações auxiliares da química, farmácia e física
- 2.5 Agrônomos, biólogos, veterinários e especialistas assemelhados
- 2.6 Médicos, dentistas e especialistas assemelhados
- 2.7 Ocupações auxiliares da medicina e odontologia
- 2.8 Matemáticos, estatísticos e analistas de sistema
- 2.9 Economistas, contadores e técnicos de administração
- 2.10 Ocupações auxiliares da contabilidade, estatística e análise de sistemas
- 2.11 Cientistas sociais
- 2.12 Professores
- 2.13 Ocupações auxiliares do ensino
- 2.14 Magistrados, advogados e especialistas assemelhados
- 2.15 Ocupações auxiliares da justiça
- 2.16 Religiosos
- 2.17 Escritores e jornalistas
- 2.18 Artistas, ocupações afins e auxiliares
- 2.19 Outras ocupações técnicas, científicas e assemelhadas

3 Agropecuária e da Produção Extrativa Vegetal e Animal

- 3.1 Trabalhadores da agropecuária e agricultura
- 3.2 Caçadores e pescadores
- 3.3 Trabalhadores florestais
- 3.4 Produção Extrativa Mineral
 - 3.4.1 Mineiros
 - 3.4.2 Canteiros e marroeiros
 - 3.4.3 Operadores de máquinas de extração e beneficiamento de minérios e pedras
 - 3.4.4 Trabalhadores de extração de petróleo e gás
 - 3.4.5 Garimpeiros
 - 3.4.6 Salineiros
 - 3.4.7 Sondadores de poços (exclusivo de petróleo e gás)

4 Indústrias de Transformação e Construção Civil

- 4.1 Mestres, contramestres e técnicos de indústrias de transformação e construção civil
 - 4.2 Ocupações das indústrias mecânicas e metalúrgicas
 - 4.3 Ocupações da indústria têxtil
 - 4.4 Ocupações da indústria do couro
 - 4.5 Ocupações da indústria do vestuário
 - 4.6 Ocupações da indústria de madeira e móveis
 - 4.7 Eletricistas
 - 4.8 Ocupações da indústria da construção civil
 - 4.9 Ocupações das indústrias de alimentação e bebidas
-

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 1991. (CASSANO; FRIAS; VALENTE 2000).

ANEXO B (cont.) – Categorias de ocupações profissionais.

Discriminação das ocupações por grupos e subgrupos

- 4.10 Ocupações da indústria gráfica
- 4.11 Ocupações das indústrias de cerâmica e vidro
- 4.12 Outras ocupações das indústrias de transformação

5 Comércio e Atividades Auxiliares

- 5.1 Lojistas
- 5.2 Vendedores ambulantes
- 5.3 Vendedores de jornais e revistas
- 5.4 Viajantes, representantes e praticistas
- 5.5 outras ocupações do comércio

6 Transportes e Comunicações

- 6.1 Ocupações do transporte aéreo
- 6.2 Ocupações dos transportes marítimo, fluvial e lacustre
- 6.3 Ocupações dos serviços portuários
- 6.4 Ocupações dos transportes ferroviários
- 6.5 Ocupações dos transportes rodoviário e animal
- 6.6 Outras ocupações dos transportes
- 6.7 Ocupações das comunicações

7 Prestação de Serviços

- 7.1 ocupações domésticas remuneradas
- 7.2 ocupações dos serviços de alojamento e alimentação
- 7.3 ocupações dos serviços de higiene pessoal
- 7.4 atletas profissionais e funções afins
- 7.5 porteiros, ascensoristas, vigias e serventes
- 7.6 proprietários nos serviços, conta própria, não classificados anteriormente

8 Defesa Nacional e Segurança Pública

- 8.1 Ocupações da defesa nacional e segurança pública

9 Outras e Mal Definidas

- 9.1 Outras ocupações, ocupações mal definidas

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 1991 (CASSANO; FRIAS; VALENTE, 2000).