

CÂNCER DE MAMA: PERFIL DEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO

Adriana Boff¹
Cristiane Regina Schappo²
Marta Kolhs³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, atendidas em serviço de referência para o tratamento, no município de Chapecó (SC), no ano 2007. Nos casos analisados foram consideradas as situações referentes à idade, fatores de risco e estadiamento. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, os dados foram coletados dos prontuários das usuárias portadoras do câncer de mama. Os resultados indicaram que: das 27 ou (100%) das mulheres com câncer de mama atendidas no período de 2007, 66,6% tinham mais de 46 anos de idade; 37% apresentavam antecedente de história familiar como principal fator de risco; 92,6% apresentavam como sinal primário a presença de nódulo na mama; 22,2% estavam no estágio IIb. Observou-se que o controle do câncer de mama depende de ações da equipe multiprofissional da atenção primária de saúde que visa a promoção, proteção e diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Câncer de mama; Fatores de risco; Estadiamento do câncer; Perfil de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, apesar de seus princípios: universalidade (que significa atender a toda população, através dos serviços estatais, privados conveniados ou contratados com o poder público); equidade (que significa respeitar as particularidades de cada indivíduo) e integralidade (que consiste em atender o indivíduo em todas as suas necessidades e não apenas a sua queixa principal) serem, na teoria, considerados perfeitos, observa-se ainda um déficit no atendimento às mulheres, com relação à prevenção e exame de saúde do câncer de mama, principalmente, referente à realização de exames de diagnóstico e/ou rotina (mamografia, ultrassom de mama). Além disso, apenas mulheres acima de 40 anos de idade têm acesso ao exame de mamografia, submetendo-se a filas de espera de meses e até anos.

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade de Santa Catarina. E-mail: adriana_udesc@yahoo.com.br

² Graduação em Enfermagem pela Universidade de Santa Catarina. Email: cristianeschappo@yahoo.com.br

³ Graduação em Enfermagem. Docente e pesquisadora da Universidade de Santa Catarina. E-mail: martakolhs@yahoo.com.br

Este artigo surgiu de um estudo realizado pelas autoras num período de seis meses, por meio do qual se buscou caracterizar as mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em serviços de referência para o tratamento, quanto à idade, fatores de risco e estadiamento, através dos dados contidos em seus prontuários.

Para melhor esclarecimento, enfatizaram-se as políticas de saúde direcionadas às usuárias, pois se entende que programas de saúde direcionados a esse público-alvo, quando não bem monitorados na atenção primária, podem desencadear fatores de risco, ou seja, cada mulher tem uma história e uma bagagem hereditária além de estar exposta a várias situações que devem ser cuidadosamente supervisionadas pela equipe multiprofissional da atenção primária, garantindo uma vida saudável e sem surpresas desagradáveis.

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, devido a sua elevada frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que as afetam, alterando a percepção da sexualidade, auto-estima e imagem pessoal. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2008), fatores de risco tais como: antecedente pessoal de câncer de mama; história familiar; primeira gestação após os 30 anos; menarca antes dos 12 anos; menopausa após os 55 anos; nuliparidade; tabagismo; sedentarismo; obesidade; radiações ionizantes para outros tratamentos; uso de terapia de reposição hormonal e anticoncepcional hormonal por longos períodos são fatores determinantes para que as mulheres possam desenvolver o câncer de mama.

Ressalta-se que é comum as mulheres buscarem ajuda quando o tumor já tomou proporções consideráveis em relação ao tempo de instalação, o qual é chamado, dentro da medicina, como estadiamento. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2008), o estadiamento clínico refere-se à estimativa do médico quanto ao tamanho do tumor de mama e à extensão do envolvimento dos linfonodos axilares por meio do exame físico e de imagem denominado de mamografia.

A Unidade de Saúde (atenção primária) tem papel fundamental na orientação das mulheres por meio da equipe de saúde, quanto ao câncer de mama, educando para prevenção e diagnóstico precoce do mesmo, não estando centrada apenas na assistência, esta é importante, mas a prevenção e o diagnóstico precoce têm um baixo custo para o SUS, se for relacionado com o diagnóstico da doença em estágio avançado.

O motivo pela escolha deste estudo foi o aumento do número de novos casos de câncer de mama no município de Chapecó – SC. Segundo o IBGE (2007), Chapecó tem uma população de 164.803 habitantes, sendo que 89.934 (54,5%) são mulheres. O município em questão é o maior da região Oeste do estado de Santa Catarina, dispõe de uma vasta rede de atenção primária, também

R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

apresenta-se como referencia/ SUS, para atendimento na integralidade a mulheres com câncer de mama. Estas características instigaram-nos a conhecer o perfil das mulheres com câncer de mama e os fatores de risco associados, para que se possa auxiliar a equipe de saúde e, porque não, as políticas de saúde municipal e/ou regional, em relação à educação em saúde e, especialmente, a importância do diagnóstico precoce, contribuindo, nesse caso, com a saúde dessa população feminina.

2 METODOLOGIA

Consiste em um estudo exploratório-descritivo, tendo como público-alvo usuárias portadoras de câncer de mama, em primeiro tratamento, em um serviço de saúde de referência regional, localizado no município de Chapecó (SC). Os dados foram coletados nos prontuários das usuárias cadastradas no referido serviço.

Foram selecionados para pesquisa todos os prontuários de usuárias oriundas do município de Chapecó, que estão no primeiro tratamento para câncer de mama e que foram cadastradas no serviço de referência regional, no período de janeiro a dezembro de 2007.

Nos prontuários foram levantados e analisados itens que estão contidos na Folha de Oncologia Clínica do referido serviço, como: legibilidade (a escrita das informações no prontuário); idade; procedência; presença do registro de fatores de risco na história clínica; história pré-patológica (HPP); presença de fatores de risco na história familiar; estadiamento da doença, que se refere à classificação do câncer pela extensão da doença.

Os dados referentes aos fatores de risco foram utilizados conforme orientação do INCA, sendo estes: antecedente pessoal de câncer de mama; história familiar; primeira gestação após os 30 anos; menarca antes dos 12 anos; menopausa tardia, após os 55 anos; nuliparidade; uso de terapia de reposição hormonal (TRH) e anticoncepcional hormonal por longos períodos; tabagismo; sedentarismo; obesidade; radiações ionizantes para outros tratamentos.

Critérios de inclusão da amostra:

- a) Prontuários de mulheres procedentes/residentes do município de Chapecó, SC;
- b) prontuário de mulheres referenciadas ao serviço de saúde de referência regional, apenas em primeiro atendimento, no período de janeiro a dezembro de 2007;
- c) consentimento Éticos – CEP/UNESC protocolo 08/2008, consentimento da Instituição e Diretor Clínico responsável.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Num primeiro momento apresentou-se as faixas etárias das mulheres com câncer de mama e suas prevalências. Pôde-se observar que: das 27 (100%) mulheres que estão com câncer de mama, nenhuma (0%) está na faixa etária (15-25 anos); 02 (7,4%) estão na faixa etária (26-35 anos); 07 (26%) na faixa etária (36-45 anos); 09 (33,3%) na faixa etária (46-55 anos); e 09 (33,3%) na faixa etária (56 anos ou mais). Diante destes dados, pôde-se verificar que o câncer de mama tem maior prevalência em mulheres com idade acima de 45 anos.

Observa-se que a faixa etária de maior incidência pode estar diretamente relacionada com um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, “a menopausa tardia”, porém, alerta-se que pode ser um fator importante, o que não significa dizer que seja necessariamente o principal, pois como encontrado em revisões literárias (PARMA, 2007), o nódulo do câncer de mama leva de sete a oito anos para atingir um centímetro de diâmetro, sendo difícil diagnosticá-lo precocemente. Conforme o Núcleo de apoio a Pacientes com Câncer (NACAPAN), o câncer de mama é mais comum na velhice, pois nosso corpo já acumulou várias lesões, devido a vários fatores, como o estresse, a poluição, a contaminação por diversos agentes cancerígenos e, somando-se a isso, tem suas defesas naturais enfraquecidas, em razão da idade avançada.

O quadro abaixo mostra o resultado da pesquisa através dos fatores de risco, determinados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o câncer de mama:

Fatores de risco	Sim	Não	Não consta em Folha Oncológica
Antecedente pessoal de câncer de mama	00	00	27
História familiar	10	09	08
Primeira gestação, após os 30 anos	00	00	27
Menarca antes dos 12 anos	02	11	14
Menopausa tardia, após os 55 anos	03	11	13
Nuliparidade	02	11	14
Uso de TRH por longos períodos	00	00	27
Uso de anticoncepcional hormonal por longos períodos	00	00	27
Tabagismo	04	08	15
Sedentarismo	00	00	27
Obesidade	05	14	08
Radiações ionizantes para outros tratamentos	01	00	26

Quadro 1: Fatores de risco na história clínica.

Fonte: Folha de Oncologia Clínica do Serviço de Referência Regional em Saúde SUS.

- a) **Antecedente pessoal de câncer de mama** - O INCA alerta que o risco de desenvolver câncer de mama na outra mama aumenta cerca de 1% ao ano. Porém, observou-se que 27 ou (100%) dos prontuários pesquisados, não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica. Acredita-se que isso se justifica por ser o primeiro tratamento destas pacientes para câncer de mama;
- b) **História familiar** – Neste estudo, dos 27 (100%) prontuários pesquisados, 10 (37%) apresentavam este fator; 09 (33,3%) não apresentavam o fator e 08 (29,7%) não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica. Conforme (INCA 2007) “todos os cânceres de mama têm origem genética”. Acredita-se que 90 a 95% deles sejam esporádicos (não-familiares) e decorra de mutações somáticas que se verificam durante a vida, e que 5 a 10% sejam hereditários (familiares), devido à herança de uma mutação germinativa ao nascimento, o que dá a estas mulheres maior suscetibilidade de desenvolvimento desse tipo de câncer. O risco aumenta duas vezes, se, parentes de primeiro grau (mulheres) tiveram câncer de mama. O risco também aumenta, se a mãe foi afetada por câncer de mama antes dos 60 anos. O risco aumenta de quatro a seis vezes, se o câncer de mama ocorreu em dois familiares de primeiro grau;

- c) **Primeira gestação após os 30 anos** – o qual é explicado pelo INCA como: aumenta o risco de desenvolver câncer de mama em duas vezes se comparado com as mulheres que têm o primeiro filho antes dos vinte anos de idade, em que, dos 27 (100%) prontuários pesquisados, 27 (100%) não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica;
- d) **Menarca antes dos 12 anos** – dos 27 (100%) prontuários pesquisados, 02 (7,4%) apresentavam este fator; 11 (40,7%) não apresentavam; e em 14 (51,9%) não havia o dado registrado;
- e) **Menopausa tardia, após 55 anos** – dos 27 (100%) prontuários pesquisados, 03 (11,1%) apresentavam este fator; 11 (40,7%) não apresentavam; e em 13 (48,2%) não havia o dado registrado;
- f) **Nuliparidade** – dos 27 (100%) prontuários pesquisados, 02 (7,4%) apresentavam este fator; 11 (40,7%) não apresentavam; e 14 (51,9%) não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica;
- g) **Uso de terapia de reposição hormonal (TRH) por longos períodos e uso de anticoncepcional hormonal por longos períodos** – os 27 (100%) prontuários pesquisados não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica;
- h) **Tabagismo** – dos 27 (100%) prontuários, 04 (14,8%) apresentavam este fator, 08 (29,6%) não apresentavam e 15 (55,6%) não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica;
- i) **Sedentarismo** – os 27 (100%) prontuários pesquisados, não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica;
- j) **Obesidade** – dos 27 (100%) prontuários, 05 (18,5%) apresentavam este fator, 14 (51,9%) não apresentavam este fator e 08 (29,6%) não apresentavam este dado registrado. Conforme explica (INCA 2007) o “estrogênio fica armazenado no tecido adiposo e os lipídios dietéticos aumentam a prolactina hipofisária, elevando assim, a produção de estrogênio”. As mulheres obesas com câncer de mama apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada, a qual pode estar associada com essas influências hormonais;
- k) **Radiações ionizantes para outros tratamentos** – Conforme o (INCA 2007) “o risco duplica. A radiação provoca aberrações potenciais, enquanto as células mamárias estão em desenvolvimento. Dos 27 (100%) prontuários, 01 (3,7%) apresentava este fator, e 26 (96,3%) não apresentavam este dado registrado em Folha Clínica Oncológica.

O gráfico 2 mostra a história pré-patológica, que pode ser definida como história de saúde anterior à doença, onde podem ser encontrados fatores, sinais ou sintomas desencadeantes da doença atual ou de outras que venham a surgir.

Gráfico 02 – História pré-patológica

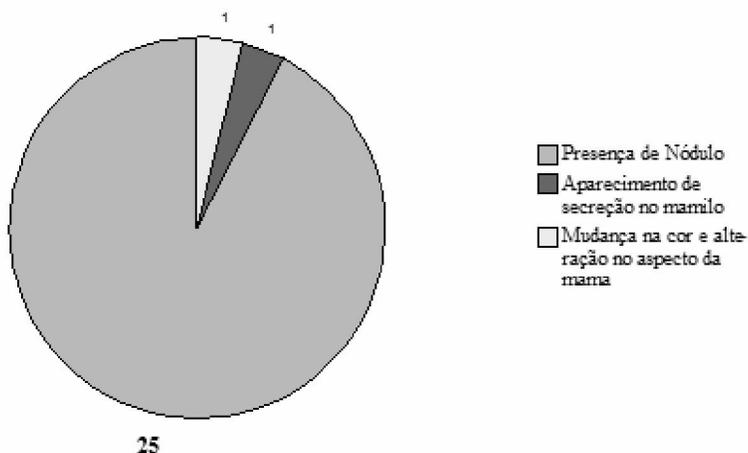


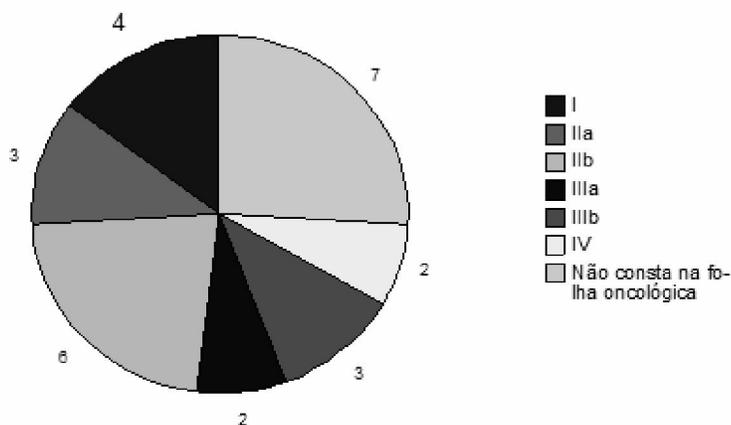
Gráfico 2 - História pré-patológica.

Fonte: Folha de Oncologia Clínica do Serviço de Referência Regional em Saúde SUS.

Nota: Elaborado por: Marta Kolhs, Adriana Boff, Cristiane Regina Schappo. UDESC. 2008.

Neste gráfico verifica-se que das 27 (100%) usuárias, 25 (92,6%) citaram como história anterior à doença, o surgimento de nódulos e, como observado nos prontuários, detectado através de exame clínico ou auto-exame das mamas; 01 (3,7%) citou o aparecimento de secreção no mamilo e 01 (3,7%) informou o surgimento de sintomas: mudança na cor e alteração no aspecto da mama (queda da dimensão do mamilo direito).

No gráfico 3, ressalta-se o estadiamento da definido como a estimativa médica quanto ao tamanho do tumor de mama e à extensão do envolvimento dos linfonodos axilares através do exame físico e da mamografia. Para análise destes, utilizou-se estadiamento conforme protocolo da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2001).

Gráfico 03 - Estadiamento da Doença**Gráfico 3 - Estadiamento da doença.**

Fonte: Folha de Oncologia Clínica, do Serviço de Referência Regional em Saúde SUS.

Nota: Elaborado por: Marta Kolhs, Adriana Boff, Cristiane Regina Schappo, UDESC, 2008.

A partir deste gráfico, observou-se que das 27 (100%) mulheres com câncer de mama, 04 (14,8%) apresentava no estágio I da doença, que significa tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, com ausência de metástases nos linfonodos regionais e ausência de metástase a distância; 03 (11,1%) mulheres apresentavam no estágio IIa da doença, sendo que este significa que pode ser sem evidência de tumor primário, tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, ou tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão, com ausência de metástases nos linfonodos regionais, ou metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is) e ausência de metástases a distância; 06 (22,2%) estavam no estágio IIb da doença, que significa tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão, com ausência de metástases nos linfonodos regionais, ou metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is) e ausência de metástases à distância; 2 (7,4%) estavam no estágio IIIa da doença, que significa sem evidência de tumor primário, tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão, metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is), ou metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas e ausência de metástases a distância; 03 (11,1%) estavam no estágio IIIb da doença, que significa sem evidência de tumor primário, tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua

maior dimensão, tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão ou tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele, com ausência de metástases nos linfonodos regionais, metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is), metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas, ou metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral e ausência de metástases a distância; 2 (7,4%) apresentavam-se no estágio IV, sem evidência de tumor primário, tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão, tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão ou tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele, com ausência de metástases nos linfonodos regionais, metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral(is) móvel(is), metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas ou metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral e metástases a distância (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares); 7 (26%) prontuários não apresentavam a Folha Clínica Oncológica, por essa razão, não foi possível obter os dados referentes a essas mulheres.

A legibilidade na escrita dos prontuários, mesmo não sendo o foco principal do estudo, também foi observada e registrada, pois se constituiu em um fator limitante na coleta de dados. Do total de 27 prontuários, 9 (33,3%) prontuários encontravam-se com letras legíveis. Segundo o dicionário da Língua Portuguesa, “legível é o que se pode ler”; 16 (59,3%), parcialmente legível: “é o que se pode ler de forma parcial”, não total, ou seja, em algum momento de sua análise os dados contidos não puderam ser compreendidos; 2 (7,4%) prontuários foram considerados ilegíveis, isto é, “o que não se pode ler”.

Muitos prontuários, como se pôde observar no decorrer deste estudo, não continham todos os dados das pacientes, o que dificultou e/ou restringiu o trabalho.

No serviço de referência regional em saúde, onde foram coletados estes dados, encontra-se uma equipe médica que realiza atendimento às portadoras de câncer de mama. Esses médicos são responsáveis pelo preenchimento dos dados na Folha Clínica Oncológica. Ressalta-se que nenhum deles preenche todos os itens contidos no prontuário e aqueles que são preenchidos, estão parcialmente legíveis.

4 CONCLUSÃO

Conforme os prontuários pesquisados, observou-se que a maior incidência foi em

mulheres acima de 46 anos de idade, sendo que estas, quando realizado o diagnóstico já se encontravam em estágio avançado da doença, salientando o déficit no diagnóstico precoce e de uma política de saúde que vise à promoção da saúde no seu sentido amplo.

Quanto aos fatores de risco somente alguns prontuários registravam a ocorrência ou não, em Folha Clínica Oncológica, o que impossibilitou a precisão desse dado no estudo. Por outro lado, em relação ao fator antecedentes familiares, 10 (37%) apresentavam este fator; 9 (33,3%) não apresentavam o fator e 8 (29,7%) não havia registro. Também é importante destacar que 25 (92,6%) apresentaram como história anterior à doença, o surgimento de nódulos observados através de exame clínico ou auto-exame das mamas.

Com este estudo observou-se, que o controle do câncer de mama depende basicamente de ações que devam ser realizadas nas áreas de promoção, proteção e diagnóstico precoce da doença, que pode e deve ser desenvolvida pela equipe que atua na atenção primária à saúde.

Resgatando a questão do prontuário médico, observou-se que nenhum dos profissionais preenche os dados pré-determinados, e, além disso, as anotações a punho são precárias. Em muitos momentos tivemos de recorrer aos profissionais do setor para “decifrar” a escrita.

BREAST CANCER: DEMOGRAPHIC PROFILE AND RISK FACTORS

ABSTRACT

The purpose of this study was to characterize women diagnosed with breast cancer treated at a referral for treatment, in Chapecó (SC) in 2007. according to age, risk factors and staging. It's an exploratory descriptive study, and the dates were collected from medical records of users of breast cancer. The results indicated that : from 27 (100%) of women treated during the period (2007); 66.6% were over 46 years of age; 37% had a history of family history as a major risk factor; 92.6% presented as the primary signal the presence of lump in the breast; 22.2% were in stage IIb. We can observe that to control the breast cancer it depends of actions of many professionals in attention of health primary that aim for the promotion, protection and precocious diagnostic of the illness.

Key-words: Breast cancer; Risk factors; Cancer staging; Health profile.

AGRADECIMENTOS

Créditos: Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste – Chapecó, SC.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2008.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 297-303, 2005.

COMO O CÂNCER DE MAMA é Detectado. Disponível em: <http://www.quimioral.com.br/sc/quimioral/imagens/menu_lateral/cancer/mitosverdades/mama/1928>. Acesso em: 23 de maio 2008.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 29 nov. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336> Acesso em: 10 set. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Falando_ca_mama_v11_05_01.doc>. Acesso em: 23 maio 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200007&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 20 nov. 2007.

NÚCLEO DE APOIO AO PACIENTE COM CÂNCER. **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.cancerdemama.org.br/manualpaciente9.htm>>. Acesso em: 7 maio 2008.

OTTO, S. E. **Enfermagem prática: oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

PARMA, C. B. **Câncer da mama**. Disponível em: <<http://medicinageral.wordpress.com/2007/11/30/cancer-da-mama/>>. Acesso em: 7 maio 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_descen.htm>. Acesso em: 20 nov. 2007.

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**, v. 27, n. 11, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2007.