

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

CRISTIANA APARECIDA SOARES MANZOTTI

**INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
MAMA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO SUS**

MARINGÁ
2015

CRISTIANA APARECIDA SOARES MANZOTTI

**INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
MAMA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci

Co-orientadora Prof. Dra. Cassia Kelly Favoreto Costa

MARINGÁ

2015

Manzotti; Cristiana Aparecida Sorares.

Investigação e diagnóstico do câncer de mama em uma unidade de referência do SUS.

53p.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar.
Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci

Co-orientadora Prof. Dra. Cassia Kelly Favoreto Costa

1. Câncer de mama; 2. Diagnóstico; 3. Saúde pública.

CRISTIANA APARECIDA SOARES MANZOTTI

**INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
MAMA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde. Aprovado em: 01/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Marcelo Picinin Bernuci
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Presidente

Profª Drª Mirian Ueda Yamaguchi
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Membro Interno

Prof. Dr. Samuel Hilsdorf Barbanti
Faculdade Ingá - UNINGÁ
Membro Titular Externo

MARINGÁ
2015

DEDICATÓRIA

Agradeço à Deus pela saúde e pela oportunidade de concluir o mestrado. À minha mãe que foi sempre exemplo de mulher, trabalhadora, mãe e chefe de família. Em especial meu companheiro, meu amigo esposo “Alexandre Manzotti”, pelo carinho, compreensão e apoio durante o percurso deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela saúde intacta e gestação abençoada que tive no decorrer desta dissertação, pelo conhecimento adquirido e pela formação profissional nesta área, tão importante nos dias atuais, que é a promoção de saúde.

Agradeço também o apoio incondicional de meu esposo, Alexandre Manzotti, pela paciência, apoio e abdicção de seus próprios objetivos em prol dos meus. Muitas vezes pai e mãe de nossa filha para que eu pudesse me dedicar e concluir essa etapa de minha formação. À nossa filha Milena, que com seu sorriso sincero e coração puro nos inspira diariamente. E ao nosso pequeno Guilherme, ainda a caminho, mas muito esperado e amado. Sem eles jamais entenderia o verdadeiro valor da vida e o sentido da busca pelo crescimento como profissional e mulher.

Agradeço aos colegas alunos, funcionários da UNICESUMAR e professores pelo convívio e ensinamentos. Em especial ao orientador Dr. Marcelo Picinin Bernuci, pela ajuda, paciência e ponderação que mostrou nesses 18 meses de convívio. Seu exemplo como profissional e ser humano estará sempre em minhas recordações.

Aos funcionários da Clínica da Mulher, especialmente ao Dr. Cirano D'Avila, que colaboraram prontamente, sempre com um sorriso e disponibilidade em ajudar. Aos acadêmicos Julia Wosch Brochonski e Sabrina de Almeida, do Curso de Medicina da UNICESUMAR, pelo empenho e confiança que dispensaram ao trabalho.

Enfim, agradeço a todas essas pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer durante o mestrado. Muito obrigada!

RESUMO

O câncer de mama é uma das neoplasias mais frequentes no mundo e um dos objetivos das instituições de saúde pública é aumentar os índices de diagnóstico precoce, que, em detrimento das ações realizadas nos últimos anos, ainda é realizado tardiamente na maioria dos casos. Dessa forma, o presente estudo verificou o estadiamento dos tumores e se o tempo de investigação foi fator determinante para o atraso no diagnóstico. Também verificamos a ocorrência dos fatores de risco citados pela literatura na população estudada. Para tanto, a população de mulheres diagnosticadas com câncer da mama foi estudada quanto aos fatores epidemiológicos, dados dos exames de imagem e biopsias, estadiamento do tumor e acompanhamento. Na primeira etapa do trabalho, os dados extraídos do prontuário eletrônico de todas as mulheres foram incluídos na pesquisa, em que realizamos a comparação entre o estadiamento e tempo de investigação em dois grupos: residentes em Maringá e encaminhadas de outros municípios para investigação. Na segunda etapa, as mulheres residentes em Maringá foram submetidas à entrevista e aplicação de um questionário semiestruturado contendo informações ausentes no prontuário. A maioria das mulheres diagnosticadas com CA da mama é branca, casada, estudou até o primeiro grau e possui renda familiar entre dois e três salários mínimos. Não encontramos diferença estatisticamente significativa no tempo de investigação entre os dois grupos, apesar de existir marcada diferença no tempo entre o exame de imagem alterado e o encaminhamento para o especialista entre pacientes residentes em Maringá e municípios vizinhos, tampouco que o período de investigação possa ser relacionado como fator predisponente para o estadiamento tardio do tumor. Entretanto, a rapidez na investigação na unidade de referência não refletiu nos índices de precocidade do tumor e o diagnóstico foi tardio em 71,4% dos casos. No grupo entrevistado, o diagnóstico foi tardio em 67,85% e 32,14% delas foram submetidas à mastectomia. Fatores de risco como obesidade, histórico familiar e uso de terapia de reposição hormonal estavam ausentes na maioria dos casos. Investimentos no rastreamento e mudanças na estruturação do serviço de saúde, principalmente no setor primário, podem melhorar esse panorama com captação das mulheres assintomáticas para avaliação periódica, oferecendo exame mamográfico de qualidade para aumentar as taxas de diagnóstico precoce e sobrevida.

Palavras-chave: Câncer de mama; Saúde da Mulher; Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most frequent neoplasms in the world and one of the goals of public health institutions is to increase early diagnosis rates, which, to the detriment of the actions taken in recent years, is still performed late in most cases. Thus, this study verified the staging of tumors and if the investigation time was a determining factor for the delay in diagnosis. Another aim was to verify the occurrence of the risk factors mentioned in the literature in the population assessed. Therefore, the population of women diagnosed with breast cancer was studied in relation to epidemiological factors, data imaging studies and biopsies, tumor staging and follow-up. In the first stage of the work, the extracted data from the electronic medical records of all women were included in the survey, where was performed the comparison between staging and research time into two groups: living in Maringa and referred from other municipalities for investigation. In the second stage, women residing in Maringá were submitted to interview and application of a semi-structured questionnaire containing information missing from the record. Most women diagnosed with breast cancer is white, married, studied up to the first degree and a family income between two and three times the minimum wage. There was no statistically significant difference in investigation time between the two groups, although there is marked difference in time between the changed imaging and referral to the specialist among patients in Maringa and neighboring municipalities, either that the period of investigation can be listed as predisposing factor for late staging of tumor. However, the speed of research at the referral center not reflected in the tumor precocity indices and the diagnosis was late in 71.4% of cases. In the interviewed group, the diagnosis was late in 67.85% and 32.14% of them have undergone mastectomy. Risk factors such as obesity, family history and hormone replacement therapy use were absent in most cases. Investments in screening and changes in the structure of the health service, mainly in the primary sector, can improve this situation with capture of asymptomatic women for periodic evaluation, offering image quality mammography to increase early diagnosis and survival rates.

Keywords: Breast cancer; Women's Health; Early diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-econômicas das mulheres evistadas Maringá, 2015.....	25
Tabela 2. Distribuição de frequências da classificação BI-RADS nas mamografias realizadas pelas pacientes investigadas. Maringá, 2015.....	26
Tabela 3. Características clínicas das mulheres entrevistadas. Maringá,	26
Tabela 4. Distribuição de frequência entre o tempo do exame de imagem alterado e a realização de biópsia de acordo com o estadiamento do tumor. Maringá, 2015.....	27
Tabela 5. Distribuição de frequências e o resultado do teste exato de <i>Fischer</i> para a associação entre o tempo de exame de imagem alterado e a realização de biópsia de acordo com o estadiamento do tumor. Maringá, 2015.....	29
Tabela 6. Histórico ginecológico das mulheres entrevistadas.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Sistema de classificação BI-RADS, probabilidade de malignidade e conduta.....	18
--	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ.....21
- Figura 2.** FLUXOGRAMA DOS CASOS DIAGNOSTICADOS COM A CA DE MAMA NA CLÍNICA DA MULHER EM 2013 E 2014.....23
- Figura 3.** DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO, EM DIAS, ENTRE (a) EXAME DE IMAGEM E REALIZAÇÃO DA BIÓPSIA E (b) BIÓPSIA E REALIZAÇÃO DA CIRURGIA, DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DO PACIENTE.....28

LISTA DE ABREVIATURAS

CA DA MAMA	Câncer da mama
ECM	Exame clínico da mama
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
PNQM	Programa Nacional de Qualidade das Mamografias
PAAF	Punção Aspirativa com Agulha Fina
HURM	Hospital Universitário Regional de Maringá
CID	Classificação Internacional de Doenças
UBS	Unidade Básica de Saúde
RXT	Radioterapia
QXT	Quimioterapia
SISMAMA	Sistema de Informação e Controle do Câncer de Mama
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. OBJETIVOS.....	14
1.1 Objetivo Geral	14
1.2 Objetivos Específicos	14
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 CA da mama: epidemiologia e fatores de risco.....	14
2.2 Rastreamento e diagnóstico do CA da mama.....	16
2.3 Rastreamento e diagnóstico do CA da mama em Maringá.....	20
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
3.1 Desenho do Estudo.....	22
3.2 Obtenção e análise dos dados	22
4. RESULTADOS	24
4.1 Caracterização da população diagnosticada e estadiamento do tumor.....	24
5. TEMPO DE INVESTIGAÇÃO E ESTADIAMENTO DO TUMOR.....	27
5.1 Comparação do tempo de investigação das mulheres residentes em Maringá e municípios vizinhos.....	27
5.2 Avaliação da influência entre o tempo de investigação e o estadiamento do tumor	29
5.3 Fatores de risco para CA de mama na população entrevistada	29
6. DISCUSSÃO	30
7. CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
Anexo A.....	38
Anexo B.....	39
Anexo C.....	42
Anexo D.....	43

APÊNDICES	44
Apêndice A	45
Apêndice B	47

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas apresentam prevalência crescente na população mundial e constituem importante problema de saúde pública, pois estima-se que somente no Brasil serão diagnosticados mais de 500 mil novos casos até o término do ano de 2015 (INCA, 2014), sendo particularmente o câncer da mama (CA da mama) responsável por 60 mil casos por ano (OMS, 2008). Além da alta incidência, o câncer da mama representa uma importante causa de morte na população feminina brasileira. Estima-se que em 2013 ocorreram 14.388 óbitos atribuíveis ao CA da mama (INCA, 2015).

Para a redução dos índices de mortalidade, os investimentos no rastreamento e diagnóstico precoce em alguns países desenvolvidos foram preponderantes para o controle do CA de mama (OMS, 2008). No Brasil, entretanto, o rastreamento oportunístico prevalece, no qual a população procura de maneira espontânea as unidades de saúde para investigação, e um dos objetivos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) é apoiar a implementação do rastreamento organizado do câncer de mama nos municípios (INCA, 2011). Este, quando ofertado para as mulheres entre 50 e 69 anos, com realização de mamografia de qualidade a cada dois anos, pode reduzir em até 35% a mortalidade, desde que seja alcançada cobertura populacional igual ou superior a 70% (INCA, 2011), pois a cura pode chegar a 100% quando diagnosticada a doença em estágio I.

Diante da relevância da eficácia das ações de rastreamento e diagnóstico precoce para o controle do CA da mama, o presente estudo tem como objetivo caracterizar clinicamente as mulheres diagnosticadas no município de Maringá, verificando se o diagnóstico está sendo precoce ou tardio, o tempo de confirmação diagnóstica e sua influência no estadiamento, além da presença dos fatores de risco associados à doença na população em estudo. Acreditamos que esses resultados são significativos para avaliar a eficácia das campanhas e estratégias de prevenção e diagnóstico realizadas atualmente no Sistema Único de Saúde.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer da mama na Clínica da Mulher no período de 2013 e 2014, verificando a influência do tempo de investigação na precocidade do diagnóstico.

1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar epidemiologicamente e verificar se o diagnóstico do CA da mama é precoce ou tardio na população investigada;
- Verificar a influência do tempo de investigação (período entre o exame de imagem alterado e a confirmação diagnóstica com especialista) no estadiamento dos tumores;
- Identificar os fatores de risco apontados pela literatura presentes na população estudada.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CA da mama: epidemiologia e fatores de risco

As neoplasias malignas apresentam prevalência crescente na população mundial e foram responsáveis em 2012 por mais de 8 milhões de óbitos (OMS, 2014). Em detrimento das campanhas de prevenção e diagnóstico, o número de novos casos de câncer no mundo deve aumentar de 14 milhões para 22 milhões por ano nas próximas décadas e as mortes poderão ultrapassar 13 milhões (OMS, 2014). No Brasil estima-se que serão diagnosticados mais de 500 mil novos casos de câncer em geral até o término do ano de 2015 (INCA, 2014), dentre eles um dos mais preocupantes é o câncer de mamas (CA da mama).

O CA da mama se destaca como o segundo tipo de neoplasia mais comum no mundo (WHO, 2008). Aproximadamente 60 mil novos casos de CA da mama serão diagnosticados por ano em nosso país, com um risco de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

Além da alta incidência, o CA da mama representa a primeira causa de morte na população feminina brasileira, com taxa de mortalidade de aproximadamente 12 óbitos/100.000 mulheres em 2011 (INCA, 2011). Na região sul, estes índices estão acima da média nacional, sendo que no Paraná a taxa é 61,74, e na capital Curitiba ocorrem 92,47

novos casos a cada 100.000 mulheres por ano (INCA, 2014). A taxa de mortalidade em Curitiba foi 18 óbitos/100.000 mulheres no ano de 2008 (INCA, 2011). Seguindo este mesmo perfil, a cidade de Maringá apresentou entre os anos de 2000 a 2009 mais de 200 mortes referentes a neoplasias mamárias (MELO *et al*, 2013).

Somado à elevada incidência, existe a dificuldade em estabelecer o diagnóstico precoce, pois mais de 60% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, fato este que contribui para redução da sobrevida, instituição de tratamento agressivo e perdas na qualidade de vida (SILVA, 2012). O tratamento estabelecido em estágio inicial (lesão menor que 2 cm de diâmetro) determina o prognóstico favorável e a cura pode chegar a 100% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Em geral, a sobrevida média de pacientes com câncer de mama é superior, em cinco anos, em países desenvolvidos com o EUA, Canadá, Japão e alguns países da Europa ocidental, e menor em países em desenvolvimento como Argélia, Brasil e na Europa Oriental (COLEMAN *et al*, 2007).

Tal diferença é atribuída ao uso ampliado de mamografia para diagnóstico e instituição do tratamento precoce da doença naqueles países. Dessa forma, medidas que promovam seu diagnóstico precoce são fundamentais para a redução da morbidade e mortalidade pela patologia, bem como o reconhecimento e divulgação dos fatores predisponentes para o seu surgimento.

O histórico familiar é um importante fator de risco para o CA da mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) apresentarem a patologia antes dos 50 anos de idade. Porém, o CA da mama esporádico (sem associação com o fator hereditário) representa mais de 90% dos casos da doença no mundo (TIEZZI, 2009). Outro fator de risco é a exposição prolongada aos estrógenos endógenos, como ocorre nas mulheres com menopausa tardia, menarca precoce, primeira gravidez após os 30 anos ou na mulher que nunca gestou (INCA, 2014). A exposição aos estrógenos exógenos (terapia de reposição hormonal) é também fator de risco para desenvolver CA da mama (GREENLEE *et al*, 2000).

Somado a esses fatores presentes na população atual, a urbanização da sociedade e as modificações no estilo de vida das últimas décadas, o aumento do sedentarismo, a dieta hiperlipídica e, conseqüentemente, o aumento da obesidade podem contribuir para os elevados índices do CA de mama no mundo (BRAY *et al*, 2004). Considerando que os estrógenos possuem ação fisiológica estimulando as glândulas mamárias e, na menopausa, eles são produzidos através da conversão periférica de precursores presentes nos tecidos,

principalmente adiposo, vários estudos sugerem que a taxa de estrógenos circulantes aumenta com a obesidade e dieta rica em gordura, elevando o risco do desenvolvimento da doença (CIBEIRA e GUARAGNA, 2006). Em contrapartida, a perda 5% de peso antes ou após a menopausa pode reduzir o risco de desenvolver a doença em 40 e 25%, respectivamente (HARVIE *et al*, 2005). Dados presentes no SISMAMA (Sistema de informação do controle do câncer de mama) apontam que em 2010 a mortalidade por CA de mama nas regiões Sul e Sudeste foram 40% superiores ao observado na Região Nordeste, possivelmente pelas diferenças dos hábitos alimentares nessas populações (SILVA *et al*, 2014), corroborando a hipótese de influência da dieta na predisposição para o CA da mama.

2.2 Rastreamento e diagnóstico do CA da mama

Em países desenvolvidos, as intervenções no rastreamento e diagnóstico foram preponderantes para o controle do CA de mama segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008). No Brasil, o rastreamento oportunístico prevalece, ou seja, a população procura de maneira espontânea as unidades de saúde para investigação. Um dos objetivos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) é apoiar a implementação do rastreamento organizado do câncer de mama nos municípios (INCA, 2011), no qual a população-alvo do rastreamento é convocada para investigação e diagnóstico da patologia. Este, quando ofertado para as mulheres entre 50 e 69 anos, com realização de mamografia de qualidade e bienal, pode reduzir em até 35% a mortalidade, desde que seja alcançada cobertura populacional igual ou superior a 70% (INCA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015), é preciso fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero. Para tal objetivo, a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade deve ser ampliada. As recomendações do Ministério da Saúde, desde 2004, quanto à população-alvo e periodicidade dos exames são: a) mulheres de 40 a 49 anos o Exame Clínico das Mamas (ECM) deve ser anual e, se este estiver alterado, deve-se realizar a mamografia; b) para mulheres de 50 a 69 anos o ECM deve ser anual e a mamografia bienal; c) para mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado tanto o ECM quanto a mamografia devem ser realizados anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Após uma década da instituição destas recomendações, não foram localizados estudos que avaliem, em âmbito nacional, o grau de implantação e os

resultados obtidos (SILVA *et al.*, 2014). Apesar da faixa etária de recomendações de realização da MMG, em mulheres entre 35 e 50 anos esta é uma importante ferramenta para localizar lesões até 2 cm e realizar o diagnóstico precoce do tumor, apesar das dificuldades em sua interpretação, devido à maior densidade do tecido mamário nas mulheres mais jovens (VICELLI e ZEFERINO, 2000).

Portanto, a mamografia é uma importante ferramenta diagnóstica para lesões iniciais não palpáveis. Os resultados do exame mamográfico são categorizados de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A indicação de avançar na investigação complementar depende da lesão encontrada no exame físico (lesões palpáveis e lesões não palpáveis) e/ou dos resultados radiológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A classificação BI-RADS encontra-se no QUADRO 1. Logo, o resultado do exame de imagem (mamografia ou ultrassonografia) interfere diretamente na conduta e evolução do caso, e quando o exame é realizado com condições técnicas inadequadas a qualidade e resultados podem comprometer a avaliação e condução do caso.

A sensibilidade da mamografia varia de 46% a 88% e depende de fatores, tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (INCA, 2014). Existem ainda os fatores dependentes da interpretação do exame como fadiga, desatenção e inexperiência, além da falta de exames prévios para comparação. Estudo realizado com médicos interpretadores do Sistema Público de Saúde do Estado do Rio de Janeiro mostrou um conhecimento insuficiente em relação ao diagnóstico precoce por imagem do CA da mama (KOCH e CASTRO, 2010).

A dupla-leitura das imagens é um recurso para reduzir o índice de falso-negativos na detecção das lesões suspeitas. Outra ferramenta em desenvolvimento é o Sistema CAD (computer-aided detection), que constitui um auxílio por computador na análise das imagens a fim de reduzir os erros de detecção e de interpretação das imagens. Sua indicação está principalmente na detecção de imagens menores de 3 cm, ou seja, auxílio no diagnóstico precoce do CA da mama, e seu emprego foi vantajoso em mamas densas ou não-densas. Tem seu uso indicado principalmente nas mamas densas, em que a MMG (mamografia) convencional possui limitações (CALAS *et al.*, 2012).

QUADRO 1. Sistema de classificação BI-RADS mamográfico, probabilidade de malignidade e conduta.

Sistema BI-RADS	Interpretação	Probabilidade de malignidade	Recomendação de conduta
0	Inconclusivo		Exame adicional (ultra-sonografia, magnificação ou compressão localizada)
1	Benigno	0,05%	Controle anual a partir dos 40 anos
2	Benigno	0,05%	Controle anual a partir dos 40 anos
3	Provavelmente benignos	Até 2%	Reavaliação radiológica em 6 meses (eventualmente biópsia)
4 (A, B, C)	Achados considerados suspeitos.	>20%	Biópsia
5	Provavelmente maligno	>75%	Biópsia
6	Lesão já biopsiada e diagnosticada como maligna mas não retirada ou tratada		

Fonte: Breast imaging reporting and data system: Bi-Rads. 4ª. Edition. Copyright 1992, 1993, 1995, 1998, 2003 American College of Radiology.

Monitorar os resultados das mamografias é uma das estratégias governamentais para garantir a qualidade dos exames (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para tanto, em 2012 foi instituído o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM), com vistas a garantir a qualidade da mamografia realizada pelo SUS no âmbito da detecção precoce do câncer de mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em 28 de novembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 2.898 que atualiza o PNQM e estabelece os indicadores que serão utilizados no monitoramento dos resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os resultados radiológicos são avaliados por meio de ações de rastreamento mamográfico em que são esperados padrões de distribuição de resultados que variam de acordo com alguns fatores, como a prevalência da doença na população, a periodicidade do rastreamento, a distribuição etária das mulheres, o tipo de equipamento utilizado, a qualidade

das imagens e a experiência do radiologista que interpreta os achados dos exames (AZEVEDO *et al*, 2005).

Outra estratégia utilizada como ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama é o Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA, que foi criado pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), instituído pela Portaria SAS nº 779, de 2008, em vigor desde junho de 2009. Os dados gerados pelo sistema permitem estimar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O sistema está implantado nas clínicas radiológicas e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames pelo Sistema Único de Saúde (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação).

A partir dos dados fornecidos pelo SISMAMA, os programas de rastreamento estabeleceram indicadores e metas para monitorar o desempenho das ações de controle do CA de mama. Contudo, indicadores importantes, como o valor preditivo positivo (VPP), que expressa a proporção de mulheres que realmente tem a doença entre as que tiveram resultado positivo na mamografia, ainda não pode ser calculado por meio dos dados registrados no SISMAMA. Espera-se a possibilidade de calculá-lo após a mudança para um novo Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Existem poucos estudos que avaliam a cobertura do rastreamento do câncer da mama na população-alvo. Silva *et al* em 2010 analisaram os dados do Sistema de Informações em Saúde e concluíram que a cobertura de mamografias entre a população alvo foi baixa (32%: 50-59 anos; 25%: 60-69 anos) e o número de cirurgias para câncer de mama foi maior do que o número de casos detectáveis pela mamografia (SILVA *et al*, 2014).

No estado de Minas Gerais, os dados encontrados apontam que 47,6% das mulheres com CA da mama foram diagnosticadas tardiamente (estágio III e IV), e o período entre a suspeita e confirmação diagnóstica foi superior a seis meses em 42,7% dos casos. Somente 41% destas mulheres faziam mamografia periodicamente (SOARES *et al*, 2012). No Estado de São Paulo existe também um predomínio do diagnóstico do CA de mama em estádios avançados, sendo estágio III ou IV em 51,2% (TIEZZI, 2013). Os resultados espelham o quadro da patologia no Brasil: falhas no rastreamento, diagnóstico tardio e necessidade de

atenção para modificações no sistema de rastreamento e monitoramento das ações preventivas e diagnósticas.

Diante da relevância da eficácia das ações de rastreamento e diagnóstico precoce para o controle do CA mama, é evidente que a falta de monitoramento dos resultados dos exames de imagem e de ações corretivas para melhoria de qualidade das mesmas podem promover uma redução da acurácia do sistema preventivo. Isso aumentará a probabilidade de mulheres com câncer de mama não serem identificadas nos exames de rastreamento (falso-negativos).

2.3 Rastreamento e investigação do CA da mama no Município de Maringá

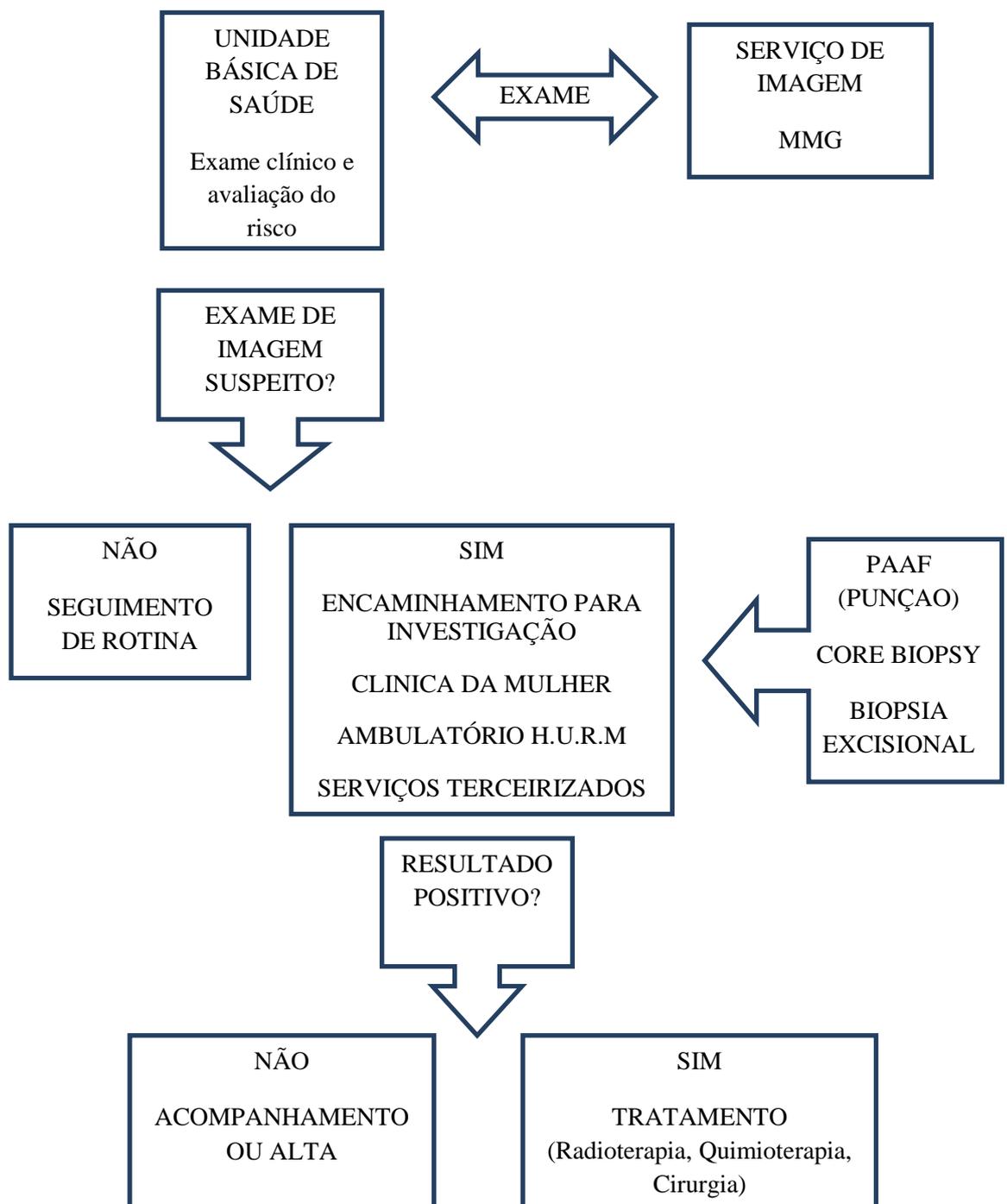
O Ministério da Saúde apresenta desde 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica, em busca do controle dos cânceres de colo de útero e de mama, sendo de obrigação dos planos municipais e estaduais de saúde. Em 2011, o Governo Federal lançou um plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, preconizando o fortalecimento da gestão regionalizada do programa nacional do controle de câncer para acompanhar suas ações. A cidade de Maringá não foge a esta regra, uma vez que a taxa de rastreamento mamográfico por faixa etária de risco está abaixo do preconizado pelo INCA (INCA, 2014). Dessa forma, estudos regionalizados podem promover dados relevantes ao fortalecimento dos programas de combate ao câncer, principalmente naquelas regiões onde as mulheres são diagnosticadas em períodos cada vez mais tardios e preocupantes da neoplasia.

No Município de Maringá ocorre o rastreamento oportunístico, no qual a população busca atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) é submetida ao exame clínico das mamas (ECM) realizado pela equipe de saúde (enfermeiro e/ou médico). Recebe então a solicitação do exame de imagem caso exista lesão suspeita ou faça parte da faixa etária para rastreamento por imagem, atualmente preconizada no SUS, entre 50 a 69 anos. Este é realizado em clínicas de imagem terceirizadas em diversos pontos da cidade. O resultado do exame é identificado com o nome da usuária e o número do exame, sem constar o número do prontuário do Sistema Gestor do Município ou o número do Cartão SUS. Essa identificação dificulta a visualização do exame pela equipe de saúde, a busca ativa das mulheres com exames alterados e a avaliação dos dados do município, visto a dissociação entre os registros da população com os resultados de exames de rastreamento, seguimento e tratamento. Nos casos de resultados suspeitos a cliente é encaminhada para os centros de investigação: Clínica

da Mulher, Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário de Maringá e clínicas terceirizadas. Nestes ocorre avaliação e biópsia se necessário para confirmação diagnóstica. Com o laudo da biópsia o especialista conclui a investigação e encaminha para o tratamento nos casos positivos.

A figura 1 mostra o fluxograma do rastreamento oportunístico, investigação e encaminhamento para tratamento das mulheres com CA da mama no Município de Maringá.

Figura 1. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NO SUS MUNICÍPIO DE MARINGÁ PARA RASTREAMENTO DO CA DA MAMA



Com base no fluxograma de investigação e diagnóstico no Município, a Clínica da Mulher foi o local escolhido para desenvolver o projeto, pois é um serviço de referência na investigação da patologia em Maringá, onde o profissional realiza as consultas de avaliação, biópsias e em alguns casos, o mesmo profissional realiza o tratamento cirúrgico em hospital de nível terciário, e o seguimento pós-operatório. Assim, pela concentração das etapas de investigação no mesmo local existe facilidade e confiabilidade para coleta dos dados.

Neste sentido, a análise dos dados provenientes de um centro de especialidade que atende as pacientes com suspeita de CA da mama pode permitir a avaliação de como é realizado o diagnóstico do câncer de mama no Município de Maringá. Também para sugerir alterações e aprimorar os sistemas de informação já existentes ou desenvolvimento de novos sistemas a fim de facilitar o monitoramento dos resultados referentes à qualidade dos exames mamográficos e ultrassonográficos, contribuindo assim para o gerenciamento das ações de redução da mortalidade associados ao CA da mama.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal, cujo objetivo foi estudar e descrever as características epidemiológicas, estadiamento e fatores de risco associadas à patologia nas mulheres diagnosticadas com CA da mama na Clínica da Mulher, Maringá – PR, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014.

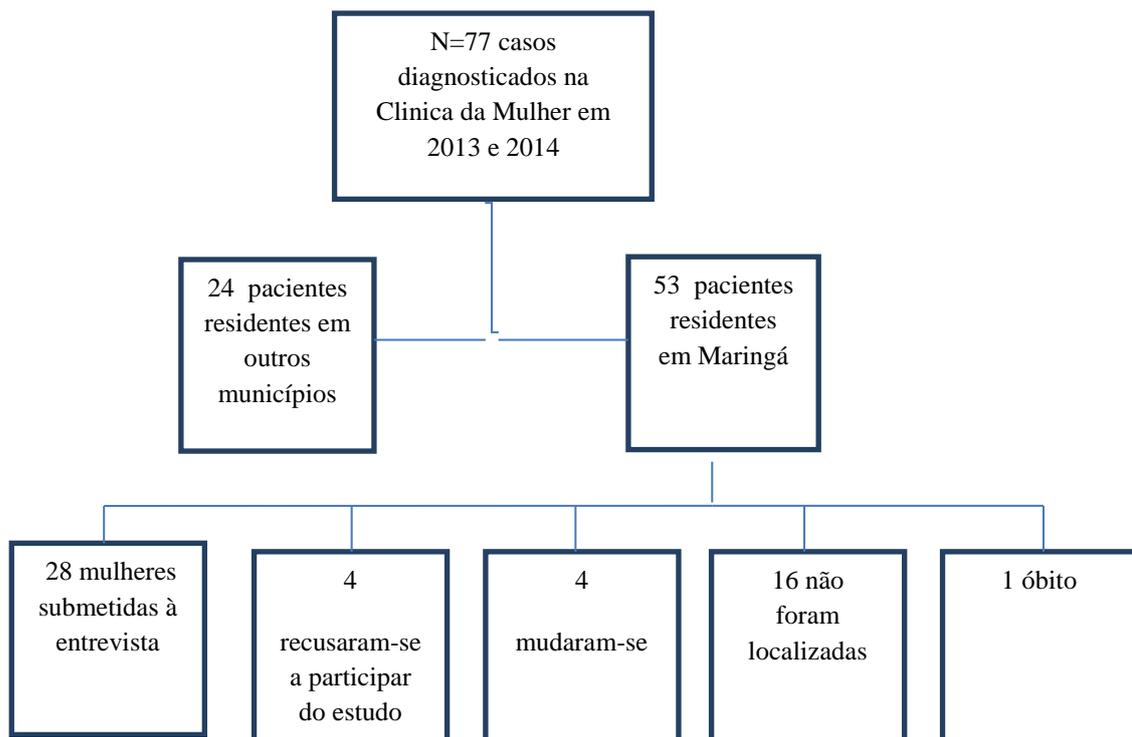
3.2 Obtenção e análise dos dados

Os dados foram obtidos por meio do prontuário eletrônico das pacientes, registrados no programa Gestor do Município de Maringá, cujo acesso é restrito aos profissionais do município e contém dados cadastrais e o registro dos atendimentos da mulher na unidade de saúde. A relação de pacientes foi obtida através do diagnóstico CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) nos arquivos digitais da Clínica da Mulher. Os CIDs relacionados foram: C50 (NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA); C50.0 (NEOPLASIA MALIGNA DA AREOLA E MAMILO); C50.9 (LESÃO INVASIVA DA MAMA); D05 (CARCINOMA DA MAMA IN SITU); D05.1 (CA INTRADUCTAL IN SITU). Após a elaboração desta lista,

foram coletados diretamente do prontuário eletrônico os dados referentes à identificação; data da primeira consulta com mastologista; exames alterados e a data de sua realização; data da biopsia; estadiamento e tratamento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Cesumar – Unicesumar (Protocolo número: 44403815.8.0000.5539).

O estadiamento do tumor foi realizado pelo mastologista responsável que atende na instituição, seguindo a Classificação TNM em estágios I, II, III e IV. Para caracterizar epidemiologicamente a população, complementamos os dados ausentes do prontuário eletrônico através de entrevista e aplicação de questionário semiestruturado, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) nas mulheres pertencentes ao estudo residentes em Maringá. Das 77 pacientes diagnosticadas, foram excluídas da entrevista as pacientes residentes em outros municípios, não localizadas, aquelas que evoluíram para óbito ou que se recusaram a participar do estudo (Figura 2). Participaram da entrevista 28 mulheres.

Figura 2 – Fluxograma dos casos diagnosticados com CA da mama na Clínica da Mulher em 2013 e 2014.



Para avaliar a rapidez no diagnóstico e a influência do tempo de investigação no estadiamento, verificamos as datas do exame de imagem alterado e da biópsia confirmatória. Esse período foi relacionado com o estagio do tumor e avaliado em duas situações:

- 1ª situação: realizamos a comparação entre dois grupos distintos: residentes no Município de Maringá e pacientes residentes em municípios vizinhos que foram referenciadas à Clínica da Mulher para investigação. Para verificar se existiu diferença da média de tempo entre o exame de imagem e a biópsia nos dois grupos, foi realizada investigação aplicando-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon*, também conhecido como *Mann-Whitney*, indicado em situações em que as suposições realizadas nos testes paramétricos não são verificadas.

Os resultados da aplicação do teste, assim como as demais análises foram obtidos com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*).

- 2ª situação: verificar se o período de investigação interferiu no estadiamento do tumor, ou seja, se atrasos na investigação foram relevantes para a sobrevida da paciente.

Nesta etapa, o tempo foi dividido em quatro categorias (abaixo de 30 dias; entre 30 e 90 dias; entre 90 e 120 dias e acima de 120 dias de investigação) e utilizou-se o teste exato de *Fisher*. O nível de significância fixado foi de 5%.

Para verificar a presença dos fatores de risco na população em estudo os dados socioculturais, econômicos, histórico médico e familiar das pacientes foram extraídos do questionário e entrevista.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da população diagnosticada e estadiamento do tumor

A figura 2 esquematiza o delineamento amostral do estudo, em que foram diagnosticadas 77 mulheres com CA da mama, sendo que 53 residiam em Maringá e 24 em outros municípios pertencentes à mesma regional de saúde.

Entre as participantes entrevistadas a maioria é branca (64,28%), estudou até o primeiro grau (50%), é casada (42,85%) e possui renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos (64,28%). Praticam atividade física 46,42%. Quanto às patologias associadas, 35,71% referem tratamento para diabetes mellitus (DM), 35,71% para hipertensão arterial sistêmica, 25% são obesas e 28,57% apresentam patologia psicológica em tratamento. Dessas mulheres, 32,13%

estavam fora da faixa etária de rastreamento através do exame mamográfico preconizado pelo Ministério da Saúde, atualmente recomendado de 50 a 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio-econômicas das mulheres entrevistadas.

Fatores	Freq.	%
Idade (anos)		
<35	2	7,1
35-49	3	10,7
50-69	19	67,9
>69	4	14,3
Cor		
Branca	18	64,3
Preta	7	25,0
Parda	3	10,7
Escolaridade		
3°.Grau	2	7,1
2°.Grau	11	39,3
1°.Grau	14	50,0
Não estudou	1	3,6
Renda Familiar		
>3 salários	4	14,3
2-3 salários	18	64,3
Até 1 salário	5	17,9
Sem renda	1	3,6

Fatores	Freq.	%
Atividade física		
Não	15	53,6
Sim	13	46,4
Patologia Psicológica		
Não	17	60,7
Sim	8	28,6
Não sabem	3	10,7
Obesidade		
Sim	7	25,0
Não	19	67,9
Indeterminado	2	7,1
Diabetes Mellitus		
Sim	9	32,1
Não	19	67,9
Total	28	100,0

Fatores	Freq.	%
Hipertensão Arterial		
Sim	10	35,7
Não	18	64,3

Na tabela 2, que representa a distribuição de frequências das mamografias conforme a classificação BI-RADS, nota-se que mais de 40% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama que participaram da pesquisa apresentaram classificação 4 no sistema BI-RADS.

Também é possível observar que, em cerca de um quarto dos prontuários examinados, a informação sobre a classificação BI-RADS estava ausente e o número somado de mamografia categorias 1 e 2, cuja possibilidade de malignidade próxima a zero, foi superior à de categoria 5, correspondente às lesões altamente suspeitas de malignidade.

Tabela 2– Distribuição de frequências da classificação BI-RADS nas mamografias realiadas pelas pacientes com CA da mama

Classificação BI_RADS	N	%
0	7	9,1
1	5	6,5
2	6	7,8
3	3	3,9
4	31	40,2
5	6	7,8
Ausente no prontuário	19	24,7
	77	100

A tabela 3 relaciona os dados sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Somente 28,57% das pacientes foram diagnosticadas precocemente (Estágio I), 32,14% necessitaram de cirurgia radical (mastectomia), 71,42% realizaram quimioterapia/radioterapia e 39,28% fizeram ou fazem hormonioterapia. Acompanham periodicamente com mastologista ou oncologista 78,57% e 17,85% estavam em tratamento com radioterapia, com doença recidivada ou metástases na ocasião da entrevista.

Tabela 3: Características clínicas das mulheres entrevistadas.

Fatores	Freq.	%
Estadiamento		
Estágio I	8	28,6
Estágio II	10	35,7
Estágio III e IV	9	32,1
Indeterminado	1	3,57
Tratamento cirúrgico		
Mastectomia	9	32,1
Cirurgia conservadora	13	46,4
Não cirúrgico/indet.	6	21,4
Tratamento complementar		
Radioterapia	2	7,14
Quimioterapia	5	17,9
Quimioterapia e radioterapia	20	71,4
Não realizaram	1	3,57
Realização de hormonioterapia		
Sim	11	39,3

Não	14	50
Indeterminado	3	10,7
Estado de saúde atual		
Seguimento ambulatorial	22	78,6
Recidiva	2	7,14
Metástase	1	3,57
Em radioterapia	2	7,14
Em quimioterapia	0	0
Desconhecido	1	3,57
Total	28	100,0

5. TEMPO DE INVESTIGAÇÃO E ESTADIAMENTO DO TUMOR

5.1 Comparação do tempo de investigação das mulheres residentes em Maringá e municípios vizinhos

Considerando as 77 pacientes diagnosticadas no período do estudo se verificou que, para todos os estágios de tumor, as maiores frequências observadas para o tempo entre o exame de imagem e a realização da biópsia são referentes ao intervalo de 30 a 90 dias. Ainda, é possível verificar que mais de 40% das pacientes que foram pesquisadas estavam no estágio II na ocasião do diagnóstico e que a maioria (14,27%) dos casos de estágio I, ou seja, doença precoce, foram biopsiados pelo mastologista em até 90 dias após a realização do exame de imagem que indicou a alteração suspeita (Tabela 4).

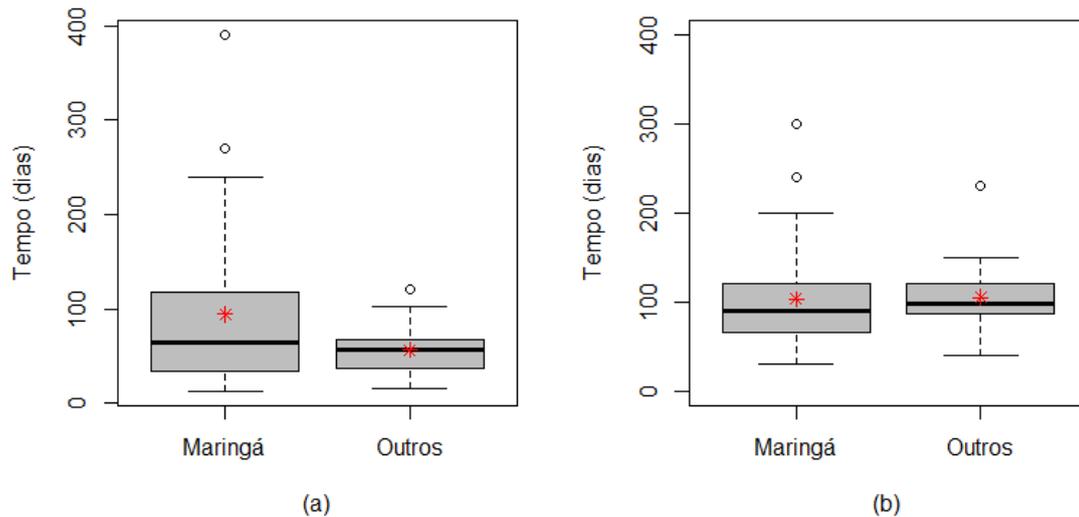
Tabela 4 – Distribuição de frequências entre o tempo exame de imagem alterado e a realização de biópsia de acordo com o estadiamento do tumor.

Tempo	Estadiamento				
	I	II	III	IV	Indeterminado
≤ 30 dias	3 (19%)	6 (18%)	3 (25%)	1 (33%)	3 (25%)
30 a 90 dias	8 (50%)	16 (47%)	5 (42%)	1 (33%)	4 (33%)
90 a 120 dias	2 (13%)	3 (9%)	2 (17%)	0 (0%)	1 (8%)
> 120 dias	0 (0%)	5 (15%)	0 (0%)	1 (33%)	3 (25%)
Indeterminado	3 (19%)	4 (12%)	2 (17%)	0 (0%)	1 (8%)
Total	16 (100%)	34 (100%)	12 (100%)	3 (100%)	12 (100%)

Verificamos que o tempo decorrido entre o exame de imagem alterado e a confirmação diagnóstica por biópsia foi em média 94,1 dias nas mulheres que residiam em Maringá e 56,4

dias nas pacientes residentes nos municípios vizinhos, encaminhadas para investigação (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição do tempo, em dias, entre (a) exame de imagem e realização da biópsia e (b) biópsia e realização da cirurgia, de acordo com o município do paciente.



A figura 3 mostra que a mediana dos tempos entre o exame de imagem e a realização da biópsia para os pacientes de Maringá e dos demais municípios foi semelhante (65 e 57 dias, respectivamente). Entretanto, observa-se uma maior variabilidade desta mesma variável no município de Maringá, apresentando inclusive alguns valores discrepantes, o que influencia a média, que é relativamente maior que a média dos outros municípios (94,1 e 56,4 dias, respectivamente). Ao nível de 5% de significância, não houve evidências suficientes para afirmar que há diferenças significativas entre os tempos dos pacientes de Maringá e dos outros municípios.

Em relação ao tempo entre a biópsia e a realização da cirurgia, nota-se que tanto a média quanto a mediana dos tempos para os indivíduos residentes em Maringá e nos outros municípios são próximas (médias de 103,4 e 105,2 dias e medianas de 90 e 98 dias, respectivamente). De acordo com o teste de *Wilcoxon*, não há indícios de que a distribuição do tempo entre a biópsia e a realização da cirurgia difere significativamente para os pacientes de Maringá e dos outros municípios, ao nível de 5% de significância.

5.2 Avaliação da influência entre o tempo de investigação e o estadiamento do tumor

Pela Tabela 5, observa-se que não há evidências suficientes que apontam a associação entre o tempo até a realização de a biópsia ser menor ou maior que 90 dias e o estágio do tumor ser igual ou superior ao primeiro, considerando um nível de 5% de significância.

Tabela 5 – Distribuição de frequências e resultado do teste exato de *Fisher* para a associação entre o tempo exame de imagem alterado e a realização de biópsia de acordo com o estadiamento do tumor.

Tempo	Estadiamento		Teste exato de <i>Fisher</i> Valor p
	I	≥ II	
≤ 90 dias	11	32	0,7123
> 90 dias	2	11	

5.3 Fatores de risco para CA da mama na população entrevistada

Considerando o histórico ginecológico, a maioria das pacientes nunca realizou terapia de reposição hormonal (96,42%), não apresentou menarca precoce (96,42%) ou menopausa tardia (78,57%) e gestaram 2 ou mais vezes (75%). Com relação aos familiares, apenas 25% possuem casos de CA de mama em parentes de primeiro grau e 92,30% das filhas e 83,34% das irmãs com idade acima de 40 anos realizam exames de rotina para diagnóstico de CA de mama. (Tabela 6).

Tabela 6 – Histórico ginecológico das mulheres entrevistadas

Fator	N	%
Terapia Hormonal		
Sim	1	3,6
Não	27	96,4
Idade 1ª. MMG		
Até 35 anos	6	21,4
36-49 anos	11	39,3
50-69 anos	6	21,4
>69 anos	3	10,7
Indeterminado	2	7,1

Menarca precoce		
Não	27	96,4
Sim	1	3,6
Menopausa tardia		
Sim	1	3,6
Não	22	78,6
Indet. /cirúrgica	5	17,9
Gestações		
Nenhuma	2	7,1
Uma	5	17,9
Duas ou mais	21	75,0
Histórico Familiar +		
Sim	7	25,0
Não	21	75,0
Investigação das filhas		
Sim	12	42,9
Não	1	3,6
Não se enquadra	15	53,6
Investigação das irmãs		
Sim	20	71,4
Não	2	7,1
Não se enquadra	4	14,3
Desconhece	2	7,1
Total	28	100,0

6. DISCUSSÃO

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer de mama aumentou nos últimos anos, principalmente pelo diagnóstico tardio, pois a patologia é considerada curável se diagnosticada e tratada precocemente. A população-alvo do estudo não foge à regra, com diagnóstico tardio e necessidade de instituição de tratamento agressivo. Nosso estudo mostrou que a investigação na clínica da mulher foi realizada em um curto período quando comparado aos trabalhos semelhantes realizados em outros serviços, e que o tempo de investigação não afetou o estadiamento. Porém, como na maioria dos casos, o diagnóstico foi realizado tardiamente, esses dados sugerem que há uma necessidade de aprimorar as etapas de rastreamento em nível primário, ou seja, aumentar o número de mulheres na faixa etária recomendada para a investigação que são submetidas às consultas e mamografias.

A grande relevância em realizar o diagnóstico precoce encontra-se na possibilidade de cura, pois quando o tratamento é estabelecido em estágio inicial (lesão menor que 2 cm de diâmetro) determina o prognóstico favorável e a cura pode chegar a 100% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estima-se que a taxa de sobrevivência global em cinco anos é 98% para mulheres diagnosticadas em estágio I, 90% a 82% estágio II, 60% estágio III e de 30% para estágio IV (TIEZZI, 2013). Considerando a importância do diagnóstico precoce, o período médio entre o exame de imagem alterado e a consulta com o mastologista foi 38,77 dias acima nas mulheres residentes em Maringá quando comparado ao das pacientes residentes em outros municípios encaminhadas para investigação. Sabendo que a partir da consulta com o especialista na Clínica da Mulher as biópsias ocorriam em média 10 dias, e que a instituição do tratamento cirúrgico foi semelhante nos dois grupos, supõe-se que o encaminhamento das mulheres com mamografia ou ultrassom alterado da UBS para o especialista ocorreu de modo efetivo nos pequenos municípios, quando comparado ao mesmo procedimento no município de Maringá.

A diferença entre o tempo de encaminhamento para o especialista não se mostrou estatisticamente significativa. Um dos motivos pode ser o baixo número de pacientes incluídas no estudo, porém aponta uma lacuna entre a realização dos exames e a captação das mulheres sob suspeita de CA da mama, quando comparamos Maringá com outros municípios. Esse período prolonga-se possivelmente pelas dificuldades institucionais e falta de ferramentas a fim de localizar as mulheres com exames alterados, visto que existe dissociação entre os prontuários do Sistema Gestor e os laudos radiológicos e biópsias.

Em estudo realizado em um centro de referência para investigação e diagnóstico do CA da mama no Rio de Janeiro (RJ), que avaliou 104 mulheres que buscaram o serviço para investigação, existe semelhança no tempo entre a suspeita da doença e o diagnóstico. No trabalho do Rio de Janeiro, o intervalo entre a consulta e a confirmação diagnóstica foi 6,5 meses, seus autores concluíram que o intervalo entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica foi fator significativo para o retardo na obtenção do diagnóstico de lesões suspeitas e um atraso de três meses na instituição do tratamento é importante fator para a mortalidade. O atraso na confirmação diagnóstica foi atribuído pelos autores a dificuldade em agendamentos de exames e avaliações com mastologista (REZENDE *et al*, 2009). Já em nosso trabalho não foram encontradas evidências amostrais suficientes para afirmar que o tempo entre o exame e biópsia superior a 90 dias interferiu no estadiamento do tumor.

Comparando ao trabalho de Soares *et al* (2012), observamos que o tempo entre a

suspeita e o diagnóstico no trabalho realizado em Minas Gerais foi acima de seis meses em 42,7%, e em nosso estudo esse tempo foi acima de quatro meses em 25,92%. Porém, essa diferença não aumentou o percentual de diagnóstico precoce encontrado em Maringá que foi 28,57% e em Minas Gerais 24%.

Possivelmente a falta de informação, medo e temor das consequências do tratamento são fatores que interferem na procura das pacientes pelas unidades de saúde, contudo somente 25% dos casos de atraso no diagnóstico pode ser atribuído à própria mulher (CAPLAN *et al*, 1996), portanto, a responsabilidade do diagnóstico tardio cabe aos serviços de saúde, seja na orientação da população para a procura pelos recursos preventivos e diagnósticos, quanto na facilitação ao acesso da população e busca pelos indivíduos que necessitam dos serviços. Uma possível causa para o elevado índice de diagnóstico tardio encontrado em nosso trabalho está relacionado às dificuldades no acesso e cobertura inapropriada do rastreamento mamográfico, visto que entre 2005 e 2007 o SUS realizou em média 2,6 milhões de mamografias a cada ano, correspondente à 11% do número de mulheres entre 40 e 69 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A exemplo dos EUA, ações para redução do tempo em todas as etapas da investigação e detecção precoce do CA da mama mostrou resultados significativos, em que segundo dados do Surveillance Epidemiology, a Results (SEER) do National Cancer Institute, 50,3% dos casos registrados são diagnosticados em estágio I e 5,6% no estágio III (TIEZZI, 2013).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), os resultados epidemiológicos foram semelhantes aos nossos, sendo a maioria das mulheres com CA da mama brancas (48,1%), casadas (63,5%), com baixo grau de escolaridade (60,6%) e diagnosticadas tardiamente (51%). A maioria dos casos observados em nosso estudo são classificados como CA de mama esporádico, ou seja, sem associação com fatores hereditários. Segundo Tiezzi (2009), o CA esporádico é encontrado em mais de 90% dos diagnósticos de CA da mama. Também na maioria das pacientes não encontramos fatores de risco como nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia ou uso de terapia de reposição hormonal. E 32,1% dos casos estavam fora da faixa etária recomendada para rastreamento, atualmente recomendado pelo INCA, entre 50 e 69 anos. Sabendo da importância do rastreamento mamográfico para lesões iniciais não-palpáveis, os resultados nos levam a uma reflexão sobre a atual recomendação de investigação, da qualidade das mamografias e a necessidade de avaliação médica periódica universal, mesmo em mulheres aparentemente sem fatores de risco para desenvolver CA da mama.

Em detrimento das ações de confirmação diagnóstica e início de tratamento considerados abaixo do tempo realizado em outros serviços, os casos diagnosticados na Clínica da Mulher são tardios na maioria dos casos (Tabela 3). Como as unidades de atendimento primário e secundário atendem às recomendações do SUS e encontramos diversas semelhanças com outros trabalhos, acreditamos que os resultados podem ser extrapolados para outras instituições e que reforcem reflexões futuras quanto à necessidade de ampliar os esforços, a exemplo de países desenvolvidos como EUA, Canadá, Japão e alguns países da Europa ocidental, que instituíram o uso ampliado de mamografia para diagnóstico e tratamento precoce da doença naqueles países (COLEMAN *et al*, 2007).

Para tanto, acreditamos que modificações na estrutura do serviço, como inclusão do número do prontuário do Sistema Gestor do Município ao laudo das mamografias, podem facilitar a localização e o contato com as clientes, facilitando o rastreamento e identificação dos exames na UBS, contando com as unidades de PSF já estruturadas para a busca ativa desta população. Além disso, estabelecer parcerias entre as instituições de pesquisa e de saúde pública municipal, estadual e federal, a fim de desenvolver estratégias para abordagem da população-alvo das campanhas para CA da mama, é outra possibilidade para aumentar o diagnóstico precoce. Esta é uma tarefa complexa, pois existem barreiras institucionais e poucas ferramentas aplicáveis para realizar busca ativa das mulheres em questão.

6. CONCLUSÃO

O serviço onde realizamos o trabalho (Clínica da Mulher) mostrou-se eficaz tanto na realização da biópsia e indicação do tratamento, de acordo com o protocolo de investigação do Ministério da Saúde. Porém, o tempo entre o encaminhamento da mulher com suspeita e o diagnóstico no Município de Maringá pode ser reduzido. A morosidade na captação das mulheres com lesões suspeitas e, principalmente, na busca das mulheres para o rastreamento possivelmente constitui um importante fator para que os índices de diagnóstico tardio fossem elevados.

As altas taxas de diagnóstico em estágios avançados sugerem a necessidade de que os gestores busquem medidas que favoreçam a conscientização da população-alvo para buscar atendimento nas unidades de saúde e no desenvolvimento ou aprimoramento dos sistemas de informação já existentes, para possibilitar a busca ativa das mulheres em faixa etária recomendada para rastreamento. A otimização da utilização da estrutura já existente

nas UBSs para orientar, buscar e facilitar o encaminhamento de pacientes com suspeita clínica às unidades de diagnóstico torna-se etapa fundamental para aumentar o diagnóstico precoce da patologia e reduzir a morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. Breast imaging reporting and data system: Bi-Rads. 4ª. Edition. Copyright 1992, 1993, 1995, 1998, 2003.
- AZEVEDO, A. C.; KOSH, H.A.; CANELLA, E. O; Auditoria em Centro de Diagnóstico Mamário para Detecção Precoce de Câncer de Mama. Radiol. Bras. 2005; 38(6): 431-4.
- BRAY F, McCARRON P, PARKIN DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. Breast Cancer Res. 2004;6(6):229-39.
- CALAS M. J. G. *et al.* CAD e mamografia: por que usar essa ferramenta? Radiol Bras. Jan/Fev.; 45(1):46-52 2012.
- CAPLAN L.S *et al.* Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Prev Med. 1996;25(2):218-24.
- CIBIERA G. H. e GUARAGNA R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. Rev. Nutr., Campinas, 19(1): 65-75, jan./fev., 2006.
- COLEMAN M. P *et al.* CONCORD Working Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol 2007
- GREENGLEE *et al.* Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin. 2000;50(1):7-33.
- HARVIE M *et al.* Association of gain and loss of weight before and after menopause with risk of postmenopausal breast cancer in the Iowa women's study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005;14(3):656-61.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa do Câncer em 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 21 de mar. de 2014.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer. 2015. Disponível em: <http://www2.inc.gov.br/wps/wcm/connet/tiposdecancer> . Acesso em 04 de dezembro de 2015.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento Organizado do Câncer da Mama. 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br> . Acesso em 04 de dezembro de 2015.
- KOCH H.A e CASTRO M. V. K. Qualidade da interpretação no diagnóstico mamográfico. Radiol Bras. 2010;43(2):97-101
- MELO, W.; SOUZA, L.; ZURITA, R.; CARVALHO, M. Fatores Associados na Mortalidade por Câncer de Mama no Noroeste Paranaense. Gestão e Saúde, 01 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/437>>. Acesso em: 05 mai. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografia: da prática ao controle. Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>. Acesso em: 03 de mai. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer; 2009. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/beb/textocompleto/009471>. Acesso em: 17 de abril de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 531, de 26 de março de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Brasília, DF: Diário Oficial da União, Nº 60, Página 91. Seção 1, de 27 de março de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer, 2013. Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao precoce_especial_2013.pdf. Acesso em: 01 de mai. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.898, de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Brasília, DF: Diário Oficial da União, Nº 232, Página 119. Seção 1, de 29 de novembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível na íntegra em: www.saude.gov.br/bvs

OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 21 de mar. de 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2014. Disponível em http://www.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/ Acesso em: 04 de dez. de 2015.

REZENDE M. C. R. *et al*, Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 31(2):75-81 2009.

SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para seu enfrentamento. Cad. Saúde Pública, 2012; 28 (1): 04-06.

SILVA *et al*. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad. Saúde Pública vol.30 n.7 Rio de Janeiro Jul. 2014.

SOARES P. B. M *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. Rev bras. Epidemiol.; 15(3);595-604; 2012-09.

TIEZZI, D.M. Epidemiologia do câncer de mama. Rev. Bras. Ginec. Obst. 2009; 31(5):213-5.

TIEZZI, D.M. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. Rev Bras. Ginecol. Obstet. Vol 35 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013.

VICELLI J.T. e ZEFERINO L. C. Desempenho da Mamografia no Diagnóstico do Câncer da Mama em Mulheres de 35 a 50 anos. Rev. Bras. Ginec. Obstet 22(3):182-183, 2000.

ANEXOS

ANEXO A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

OFICIO Nº 982/2015/SAÚDE

Maringá, 20 de maio de 2015.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa **“Câncer de Mama: Estudo Epidemiológico das pacientes investigadas por lesões suspeitas na Clínica da Mulher, Maringá-Pr-Brazil no período de 2013 a 2014 ”** a ser realizada na Clínica da Mulher, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor solicitado.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.
Prof. Joaquim Martins Junior
DD. Coordenador do CEP
Centro Universitário de Maringá
Maringá – Pr.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

CÂNCER DE MAMAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO PACIENTES INVESTIGADAS POR LESÕES SUSPEITAS NA CLÍNICA DA MULHER, MARINGÁ – PR NO PERÍODO DE 2013 A 2015.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores responsáveis Marcelo Picinin Bernuci e Cristiana A. Soares Manzotti em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado CÂNCER DE MAMAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO PACIENTES INVESTIGADAS POR LESÕES SUSPEITAS NA CLÍNICA DA MULHER, MARINGÁ – PR NO PERÍODO DE 2013 A 2015, cujo objetivo é estudar o perfil epidemiológico das pacientes investigadas por suspeita de câncer de mamas a fim de avaliar a efetividade dos programas de diagnóstico do Câncer de Mamas pelo Sistema Único de Saúde no Município de Maringá.

Para a elaboração deste projeto foi realizado um levantamento bibliográfico cujos artigos científicos foram obtidos de sites de bases de dados como Scielo e de bibliotecas universitárias. O levantamento bibliográfico será realizado até a elaboração final do artigo ou monografia. Os sujeitos foram as mulheres submetidas à investigação de lesões suspeitas de câncer de mamas na Clínica da Mulher do Município de Maringá, Pr. O projeto em questão foi submetido à análise dos orientadores do programa de Mestrado Lato Sensu em Promoção de Saúde da UNICESUMAR, comitê de ética em pesquisa do CESUMAR (COpec) e Secretaria de Saúde do Município de Maringá. Mediante o parecer favorável de ambos será iniciada a coleta dos dados. Para obtenção dos resultados serão coletados dados presentes no prontuário eletrônico das pacientes. Porém, dados ignorados ou ausentes serão coletados através de entrevista direta com a mesma, exceto as pacientes que foram a óbito. Tais informações são referentes a 1) identificação do paciente, contendo: as iniciais do nome, idade, cor da pele, estado civil e diagnóstico; 2) Identificação da classificação radiológica BI-RADS dos exames de ultrassom e/ou mamografia realizados pelo paciente. 3) Resultado de Biópsias e/ou histopatológicos. 4) Encaminhamentos e seguimentos. 5) Estado de saúde atual.

O local definido para coleta dos dados foi a residência de cada paciente, a unidade básica de saúde ao qual o mesmo pertence ou a Clínica da Mulher, conforme disponibilidade e facilidade para o entrevistado. Os resultados da pesquisa serão demonstrados através da descrição e discussão dos mesmos junto à literatura.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja preservado o sigilo das informações relacionadas à minha privacidade, bem como a garantia do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores.

É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Maringá,

Assinatura do pesquisado

Eu,, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

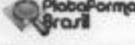
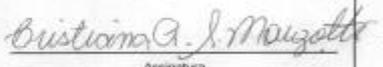
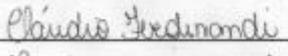
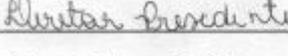
Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome:	CRISTIANA A. SOARES MANZOTTI		
Endereço:	AV Gerdner		
Bairro:	Jd Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	PR
Fones:	302-63180	e-mail:	crisdoc.soarres@hotmail.com
<hr/>			
Nome	MARCELO PICININ BERNUCI		
Endereço:	AV Gerdner		
Bairro:	Jd Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	PR
Fones:	302-63180	e-mail:	crisdoc.soarres@hotmail.com

Nome JULIA WOSCH BROCHONSKI
Endereço: AV Gerdner
Bairro: Jd Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: 302-63180 e-mail: crisdoc.soarres@hotmail.com

Nome SABRINA DE ALMEIDA RODRIGUES
Endereço: AV Gerdner
Bairro: Jd Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: 3026-3180 e-mail: crisdoc.soarres@hotmail.com

ANEXO C

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Câncer de Mama - Estudo Epidemiológico de pacientes investigadas por lesões suspeitas de malignidade na Clínica da Mulher, Maringá, PR, Brasil.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 150	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: CRISTIANA APARECIDA SOARES MANZOTTI			
6. CPF: 016.776.429-20		7. Endereço (Rua, n.º): 13 DE JUNHO JARDIM ALAMAR 018 MARINGÁ PARANÁ 87014390	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (44) 3224-5948	10. Outro Telefone:
		11. E-mail: criladoc.soares@hotmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 20, 04, 2015		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Iccel - Instituto Cearense de Ensino de Ciência, Tecnologia e Informação		14. CNPJ: 03.958.027/0001-26	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (44) 3027-6300		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: 		CPF: 006.438.889-87	
Cargo/Função: 		 Assinatura	
Data: 20, 04, 2015		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

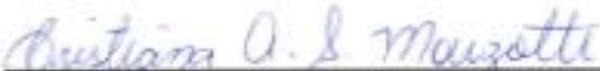
Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos da CLÍNICA DA MULHER – vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Maringá, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado "CÂNCER DE MAMA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES INVESTIGADAS POR LESÕES SUSPEITAS NA CLÍNICA DA MULHER, MARINGÁ-PR-BRASIL, NO PERÍODO DE 2013 A 2014, de autoria de CRISTIANA APARECIDA SOARES MANZOTTI, discente do curso de mestrado em Promoção de Saúde da Unicesumar, e seu orientador, Prof. Dr. Marcelo P. Bernuci, será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Maringá / PR, 03 / junho / 2015.


 Prof. Dr. Marcelo Picinn Bernuci
 Orientador


 CRISTIANA A. SOARES MANZOTTI

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)
 Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR
 Bloco 10
 Av. Guedner, 1610
 CEP 87.050-900
 Maringá – Paraná

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA DE COLETA DE DADOS DIRETAMENTE DO PRONTUÁRIO NA CLÍNICA DA MULHER

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

ENDEREÇO

TELEFONE DE CONTATO

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

IDADE

COR DA PELE

BRANCA PRETA PARDA

ESTADO MARITAL

SOLTEIRA CASADA VIÚVA SEPARADA

3. CLASSIFICAÇÃO BI-RADS

ULTRASONOGRAFICO

Serviço radiológico:

Público:

Privado:

MAMOGRAFICO

Serviço radiológico:

Público:

Privado:

4. PROCEDIMENTO INDICADO
PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (PAAF)

BIOPSIA INCISIONAL OU CORE BIOPSI

BIOPSIA EXCISIONAL

5. RESULTADO HISTOLOGICO
NEGATIVO

POSITIVO

TIPO HISTOLOGICO

PRESENÇA DE RECEPTORES

SERVIÇO QUE REALIZOU A ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA:

Público:

Privado:

6. DADOS DO TRATAMENTO
A) TIPO DE TRATAMENTO
CIRURGIA

RADIOTERAPIA

QUIMIOTERAPIA

HORMONIOTERAPIA

COMBINAÇÃO DE MODALIDADES

7. ESTADIAMENTO

T N M

Serviço (hospital) de realização do estadiamento

8. RESPOSTA AO TRATAMENTO

ALTA

CONTROLE

RECIDIVA

ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO

NÃO LOCALIZADA/ SEM ACOMPANHAMENTO

9. ESTADO DE SAÚDE ATUAL
EM SEGUIMENTO

QUIMIOTERAPIA

RADIOTERAPIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO

NÃO LOCALIZADA

10. CRONOLOGIA DO ACOMPANHAMENTO
DATA DE NASCIMENTO

PRIMEIRO EXAME DE IMAGEM

PRIMEIRA CONSULTA COM ESPECIALISTA

DATA DA BIOPSIA

INÍCIO DO TRATAMENTO

MATRÍCULA DA PACIENTE/REGISTRO

ÚLTIMA CONSULTA

ÓBITO

APÊNDICE B

ROTEIRO DE PESQUISA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DATOS EM ENTREVISTA COM PACIENTES PORTADORAS DO CA DE MAMA.

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

ENDEREÇO

TELEFONE DE CONTATO

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

IDADE

35 a 49 anos	50 a 65 anos
66 anos ou mais	

PESO

ALTURA

IMC

COR DA PELE

Branca	Preta	Parda
--------	-------	-------

ESTADO MARITAL

Casada	Solteira	Viúva	Separada
--------	----------	-------	----------

PROFISSÃO

ESCOLARIDADE

3º Grau	2º Grau incompleto	1º Grau incompleto
2º Grau completo	1º Grau completo	Não estudou

RENDA FAMILIAR

Acima de 3 salários mínimos	Até 1 salário mínimo
2 a 3 salários mínimos	Não possui renda

3.HISTORICO FAMILIAR

Ca útero	Ca mamas
Ca intestinal	Desconhece
Ca ovariano	

4.USO DE HORMONIOS

Terapia hormonal	Contraceptivo oral
------------------	--------------------

5.COMORBIDADES

Dislipidemia	Diabetes	Hipertensão
Obesidade	Outros tumores	outros

6.HISTÓRIA REPRODUTIVA

PARIDADE

MENARCA

MENOPAUSA

7. CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA

TIPO HISTOLOGICO

ESTADIAMENTO

I		II	
III		IV	
T	N	M	

8.DADOS DO TRATAMENTO

A)TIPO DE TRATAMENTO

Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
Hormonioterapia	Combinação	

B)RESPOSTA AO TRATAMENTO

Alta	Controle
Recidiva	Óbito

C)ESTADO DE SAÚDE ATUAL EM SEGUIMENTO

Quimioterapia	Radioterapia	Acompanhamento
Óbito	Não localizada	

9.DATAS

NASCIMENTO:

MAMOGRAFIA ALTERADA EM:

CATEGORIA BI-RADS

SERVIÇO ONDE FOI REALIZADA A MAMOGRAFIA:

FOI PELO SUS?

FOI PARTICULAR OU CONVÊNIO?

PRIMEIRA CONSULTA COM MASTOLOGISTA:

LAUDO HISTOPATOLOGICO DO DIAGNÓSTICO– DATA:

PAAF	
CORE BIOPSY	
BIÓPSIA CIRÚRGICA	

MATRÍCULA DA PACIENTE

INÍCIO DO TRATAMENTO

ÚLTIMA CONSULTA

ÓBITO

ALTA

QUESTIONÁRIO – DADOS PESSOAIS Data de preenchimento:
____/____/____

Nome: _____

Sexo: _____ Raça: _____

RG.: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

• **DIAGNÓSTICO DO CÂNCER**

1. Porque procurou ajuda médica? _____

2. Procurou um mastologista ou um ginecologista? _____

3. Quando você fez sua primeira mamografia?

4. Quando foi diagnosticada com câncer de mama? _____

5. Qual estágio se encontrava o câncer quando diagnosticado?

- () Estágio 0 (carcinoma in situ)
() Estágio I - O tumor é de 2 centímetros ou menos. O câncer não se espalhou pelos gânglios linfáticos próximos.
() Estágio II - O tumor é de até 2 centímetros mas com envolvimento de gânglios linfáticos ou o tumor primário é de até 5 centímetros sem metástases.
() Estágio III - O tumor tem mais de 5 centímetros e há envolvimento dos gânglios linfáticos da axila do lado da mama afetada.
() Estágio IV - Quando existem metástases distantes.
() Não sei

• **FATORES DE RISCO**

6. Faz reposição hormonal? () SIM () NÃO

Se sim, há quanto tempo? _____

7. Tem diabetes?

()SIM ()NÃO

8. Tem hipertensão arterial?

()SIM ()NÃO

9. Tem depressão ou algum transtorno psicológico?

()SIM ()NÃO

10. Status civil

()Casada ()divorciada ()solteira

11.1. Pratica atividade física?

()SIM ()NÃO

11.2. Com que frequência na semana?

()1 x ()2x ()3x ()4 x ()5x ou mais

12.1. Tem histórico familiar de câncer de mama? ()SIM ()NÃO

12.2 Se SIM, quantos anos seu familiar(seus familiares) foi(foram) diagnosticado(s)?

• **BUSCA ATIVA DOS FAMILIARES PRÓXIMOS**

13.1 Possui filhas?

()SIM ()NÃO

13.2 Idade das filhas:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

4ª _____

Outras _____

13.3 Possui filhas entre 35 e 49 anos? Quantas e qual idade?

()SIM ()NÃO

13.4 Quantas e qual idade?

13.5 Já realizaram a Mamografia nos últimos 2 anos?

()SIM ()NÃO ()Não sei

13.6 Tiveram diagnóstico de câncer de mama?

()SIM ()NÃO ()Não sei

14.1 Possui irmãs?

()SIM ()NÃO

14.2 Idade das

irmãs: _____

14.3 Já realizaram a Mamografia nos últimos 2 anos?

()SIM ()NÃO ()Não sei

14.4 Tiveram diagnóstico de câncer de mama?

()SIM ()NÃO ()Não sei

14.5 Se SIM, com qual idade?

14.6 Realizaram tratamento?

()SIM ()NÃO ()Não sei

15.1 Qual a idade da sua mãe? _____

15.2 Ela costuma realizar a Mamografia anualmente ou nos últimos 2 anos?

()SIM ()NÃO ()Não sei

15.3 Ela teve diagnóstico de Cancêr de Mama?

()SIM ()NÃO ()Não sei

15.4 Com qual idade? _____

15.5 Realizou tratamento?

()SIM ()NÃO ()Não sei

16.1 Tem histórico familiar de outros tipos de câncer?

()SIM ()NÃO ()Não sei

16.2 quem foi diagnosticado? Com qual idade? Qual tipo de câncer?
