

Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce

Breast cancer: primary care and early detection

Elza I.C. Fogaça¹, Letícia F. Garrote²

¹ Professora Adjunta, Departamento de Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; ² Professora Doutora, Escuela Nacional de Salud Publica, Havana, Cuba.

Resumo Apesar do considerável avanço no diagnóstico e tratamento, o câncer de mama representa ainda permanente desafio, pois é a principal causa de óbito feminino por câncer em países desenvolvidos e a segunda em países em desenvolvimento. Mesmo com todo investimento realizado pelos governos, sociedades e organizações não governamentais, essa neoplasia constitui um grave problema de saúde pública no mundo, mostrando a precariedade das ações preventivas. Devido à falta de métodos para sua prevenção, atualmente vem sendo dada atenção especial para a detecção precoce. Os métodos disponíveis para detecção precoce incluem auto-exame mamário, exame clínico da mama, ultra-sonografia, mamografia, ressonância magnética, espectroscopia por ressonância magnética, punção aspirativa por agulha fina e *core biopsy*. Programas de detecção precoce desempenham importante papel na redução da mortalidade. Para isso torna-se imprescindível a capacitação dos médicos de família visando conscientizar a população feminina sobre a atenção especial que deve ser dada às mamas, mesmo sabendo-se que a baixa adesão das mulheres assintomáticas aos programas ambulatoriais é devida ao medo e preconceitos com relação a essa doença. Seria relevante propor cursos de capacitação para esses profissionais, pois o atendimento primário poderia ser realizado com maior segurança. Além disso, deveriam ser incentivadas campanhas sobre a importância da participação de mulheres assintomáticas em programas específicos para doenças das mamas.

Palavras-chave Câncer de mama, Atenção Primária, Detecção precoce.

Abstract Despite considerable advance in diagnosis and treatment, breast cancer still represents a permanent challenge since it is considered the main cause of female deaths among all cancers in developed countries, and second, in developing countries. This carcinoma is a serious problem of public health worldwide in spite of government investments, societies and non-governmental organizations, indicating the precariousness of the preventive actions. Currently, due to the lack of methods for its prevention, the early detection has been well investigated. Available methods for early detection include breast self-examination, clinical examination, ultrasonography, mammography, magnetic resonance imaging, magnetic resonance spectroscopy, fine-needle aspiration biopsy, and core biopsy. Early detection programs play an important role in mortality reduction. The training of the primary care physicians aiming to guide female population about particular attention to the breast is essential, even though, there is low adhesion of asymptomatic women to the outpatient programs. This can be associated with some fear and prejudice inherent to the disease. It would be relevant to propose training courses for these professionals because primary care could be performed with safety. Campaigns in relation to the importance of the participation of asymptomatic women in specific programs for breast diseases must be encouraged.

Keywords Breast cancer, Primary care, Early detection.

Atualmente, o câncer de mama é uma das doenças de maior impacto devido à elevada e preocupante incidência, enormes custos sociais, desastrosas conseqüências físicas e psíquicas e altas taxas de mortalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que por ano ocorram mais de 1.050.000 casos novos de carcinoma mamário em todo mundo, o que torna essa doença a mais comum entre as mulheres¹. A taxa de incidência

no Brasil é similar à dos países desenvolvidos, sendo estimada em 65,5 casos novos/100 mil mulheres/ano².

Estudos recentes realizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), Rio de Janeiro, mostram que, apesar do expressivo avanço no diagnóstico e tratamento, o câncer de mama representa ainda importante e permanente desafio. Apresenta-se como a principal causa de óbito feminino por câncer em países desen-

volvidos e a segunda em países em desenvolvimento¹.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil apresentou, em termos proporcionais, a maior incidência de câncer de mama do mundo, com variada distribuição entre as regiões. Assim, a região Sudeste ocupa o primeiro lugar com uma estimativa de 28.350 novos casos para 2003; em segundo a Nordeste com 5.270 casos; em terceiro a Sul com 5.220; em quarto a Centro-Oeste com 2.260 e em quinto a região Norte com 510 novos casos³. A incidência é 50% maior nas áreas urbanas do que nas rurais, independente se a região apresenta alto ou baixo risco³. No Estado de São Paulo, a incidência estimada para 2003 é de 78,7 casos novos/100 mil mulheres⁴. Em São José do Rio Preto foram registrados no Hospital de Base 123 casos novos em 2003⁴.

Na detecção precoce do câncer mamário o equipamento mais utilizado é o mamógrafo. No Brasil existem na rede hospitalar pública 7,5 desses aparelhos para cada 100 mil mulheres com idade a partir de 35 anos⁵. Apesar disso, há enorme desequilíbrio na distribuição, pois a quantidade de áreas desprovidas de mamógrafos é elevada especialmente na região Norte, ao contrário das regiões Sul e Sudeste⁵.

Com base em dados disponíveis em registros hospitalares, 60% dos tumores mamários em média são diagnosticados em fases avançadas. Investimentos tecnológicos e em recursos humanos no âmbito de programas estruturados para detecção precoce dessa neoplasia e a implantação do sistema nacional de informações constituem estratégias importantes no sentido de reverter esse quadro³.

Devido ao aumento do número de diagnósticos e com a melhoria da informação nos atestados de óbito, observou-se aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres brasileiras, de 1979 a 1999, passando de 5,77 a 9,75 a cada 100 mil casos, correspondendo a uma variação percentual de +80,3%⁶. No Estado de São Paulo, a taxa de mortalidade foi 17,1% no biênio 1999-2000⁴.

Apesar de ser considerado como carcinoma de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por neoplasia mamária continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados.

O conhecimento sobre a doença mostra que a taxa de mortalidade aumenta progressivamente com a idade, constituindo a neoplasia maligna mais freqüente em mulheres a partir dos 50 anos³. Entretanto, segundo Kothari & Fentiman⁷ cerca de 5% dos casos de carcinoma mamário ocorrem em mulheres com menos de 35 anos.

A análise epidemiológica do câncer de mama é extensa, tendo-se encontrado fatores associados com o maior risco, incluindo-se menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade ou primiparidade em idade avançada, obesidade, exposição a alta dose de radiação, não amamentação, história de doença mamária benigna ou maligna, consumo de álcool, dieta rica em gorduras animais e história familiar de câncer mamário em um ou mais parentes de primeiro grau⁸. Porém, exceto história familiar, nenhum outro fator isolado ou combinado apresenta maior importância. Além disso, resultados de análises epidemiológicas são capazes de explicar o aparecimento de carcinomas mamários em somente 21 a 29% dos casos, mesmo considerando uma mulher com múltiplos fatores de risco combinados⁸.

Apesar de todo investimento realizado pelos governos, sociedades e organizações não governamentais, essa neoplasia constitui um grave problema de saúde pública no mundo, mostrando a precariedade das ações preventivas. Devido à falta de méto-

dos para sua prevenção, atualmente vem sendo dada atenção especial para a detecção precoce, objetivando atingir maior sobrevida^{9,10}. Muitos fatores como idade, menopausa, presença de receptor hormonal, histologia tumoral e cinética da célula, influenciam diretamente na sobrevida, mas o tamanho e estágio loco-regional da doença são, ainda, os fatores prognósticos mais importantes. O que se pode constatar de concreto com relação a essa enfermidade é que o diagnóstico precoce da neoplasia diminui a mortalidade e aumenta a chance de melhor condição de vida¹¹.

Os métodos disponíveis para detecção precoce incluem auto-exame mamário, exame clínico da mama realizado por profissional habilitado, ultra-sonografia, mamografia, ressonância magnética, espectroscopia por ressonância magnética, punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e *core biopsy*¹²⁻¹⁵. Segundo especialistas, o exame físico é importante para a identificação de nódulos palpáveis, cuja incidência é bastante elevada¹⁶.

A literatura consultada refere que até o momento não se identificou nenhuma população feminina isenta do risco de desenvolver o câncer mamário, e esse fato deve ser considerado em programas de rastreamento. Até que métodos de prevenção não sejam estabelecidos, o rastreamento deve ser oferecido a todas as mulheres de acordo com os protocolos para cada faixa etária, pois embora o tumor mamário seja relativamente raro antes dos 35 anos⁸, sua incidência começa a crescer rapidamente depois dessa idade, continuando com taxas altas de incidência e mortalidade até idades mais avançadas.

De acordo com os estudos do *Breast Cancer Detection Demonstration Project* (BCDDP), 9% de todos os cânceres visualizados pela mamografia foram identificados no exame clínico¹⁷. Nesse tipo de exame, um profissional de saúde realiza exame sistematizado das mamas, objetivando a detecção de qualquer anormalidade. Esse exame apresenta vantagens como sensibilidade, inocuidade e aceitação por parte da mulher, especialmente se o profissional for do mesmo sexo⁷.

O auto-exame das mamas é útil e sua prática não tem qualquer efeito colateral adverso. As mulheres que o exercitam tendem a procurar ajuda médica mais prontamente. A sobrevida em 5 anos tem sido de 75% entre praticantes desse tipo de exame contra 57% entre as não praticantes¹⁸. As desvantagens desse método incluem a possibilidade de falsos negativos (que dão à mulher uma falsa segurança) e falsos positivos (que produzem ansiedade e levam a métodos invasivos). Esses erros dependem da destreza adquirida pela mulher para praticar o auto-exame¹⁸. A aprendizagem por sua vez depende da maneira como esse exame é ensinado e das condições que envolvem o processo ensino-aprendizagem.

Atividades educativas para a população e para os médicos são necessárias, especialmente para aqueles que trabalham diretamente no atendimento primário. Programas para capacitação do médico de família são importantes, pois o mesmo tem mais acesso à população assintomática.

O câncer é uma enfermidade considerada tabu. Apesar dos avanços médicos com relação à taxa de cura, existem ainda falhas na divulgação de informações sobre detecção precoce, pois as campanhas não alertam sobre a agressividade, tempo de evolução e as possibilidades de cura da neoplasia mamária conforme o estágio de desenvolvimento. A população necessita estar melhor informada e ter maior influência sobre seu sistema de saúde. O cidadão tem o direito a uma maior participação em sua atenção médica individual e a um maior controle sobre ela, o que lhe dará maior responsabilidade sobre sua própria saúde¹⁹.

Assim, cursos de capacitação para médicos de família são necessários visando promover a atenção quanto aos cuidados para a detecção da doença no estágio primário, que muitas vezes é assintomática.

A recomendação do Programa de Promoção da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é que na América Latina o auto-exame mamário seja feito antes dos 35 anos^{8,20} e, por isso, os esforços devem dirigir-se à educação comunitária²¹. Os médicos devem estar capacitados para realizar o exame clínico das mamas e as mulheres precisam aprender a realizar corretamente o auto-exame. Essas medidas são fundamentais, pois programas comunitários de rastreamento podem auxiliar na educação desses indivíduos para lidar com as questões relacionadas com a enfermidade.

Programas de detecção precoce desempenham importante papel na redução da mortalidade. Para isso torna-se imprescindível à capacitação dos médicos de família visando conscientizar a população feminina sobre a atenção especial que deve ser dada às mamas, mesmo sabendo-se que a baixa adesão das mulheres assintomáticas aos programas ambulatoriais é devida ao medo e preconceitos com relação a essa doença. Seria relevante propor cursos de capacitação para esses profissionais, pois o atendimento primário poderia ser realizado com maior segurança. Além disso, campanhas visando estimular mulheres assintomáticas a participarem de programas específicos para doenças das mamas deveriam ser incentivadas.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Pró-Onco. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
2. Gurgel MSC, Shinzato JY, Arena JFP. Influência da história familiar na evolução do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia* 1997;7:51-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Pró-Onco. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Registro hospitalar de câncer. Distribuição de topografia segundo morfologias. 2003. [1 jul. 2003]. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/epid_bas.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde no Brasil. Introdução: recursos físicos. 2001. [8 jul. 2003]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>
6. Sociedade Brasileira de Mastologia. III Semana Nacional de Incentivo à Saúde Mamária. 2003. [1 jun. 2003]. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/medico/sem_nac.htm.
7. Kothari AS, Fentiman IS. Breast cancer in young women. *Int J Clin Pract* 2002;56(3):184-7.
8. Lopes ER, Rebelo MS, Abib AR, Abreu E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. *Rev Bras Cancerol* 1996;42(2):105-16.
9. McCoy CB, Pereyra M, Metsch LR, Collado-Mesa F, Messiah SE, Sears S. A community-based breast cancer screening program for medically underserved women: its effect on disease stage at diagnosis and on hazard of death. *Rev Panam Salud Publica* 2004;15(3):160-7.
10. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, Bower JE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(5):376-87.
11. Educacion Publica y Formacion Oncologica Continuada (FEFOC). Lo que necesita saber sobre câncer de mama. 2001. [7 out. 2001]. Disponível em: http://www.fefoc.org/educacion/publicaciones_fefoc/pdfs/loque.pdf
12. Sorensen J, Hertz A. Cost-effectiveness of a systematic training programme in breast self-examination. *Eur J Cancer Prev* 2003;12(4):289-94.
13. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, Carter WB, Bhargavan M,

Lewis RS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology* 2004;233(3):830-49. [13 out. 2004]. Disponível em: <http://radiology.rsna.org/cgi/content/full/2333031484v1>.

14. McEvoy SP, Ingram DM, Byrne MJ, Joseph DJ, Dewar J, Trotter J, et al. Breast cancer in Western Australia: clinical practice and clinical guidelines. *Med J Aust* 2004; 181(6):305-9.
15. Belkic K. Current dilemmas and future perspectives for breast cancer screening with a focus on optimization of magnetic resonance spectroscopic imaging by advances in signal processing. *Isr Med Assoc J* 2004;6(10):610-8.
16. Warwick DJ, Smallwood JA, Guyer PB, Dewbury KC, Taylor I. Ultrasound mammography in the management of breast cancer. *Br J Surg* 1988;75(3):243-5.
17. Baker LH. Breast cancer detection demonstration project: five-year summary report. *CA Cancer J Clin* 1982;32(4):194-225.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A detecção do câncer de mama. Rio de Janeiro: Pró-Onco; 1995.
19. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; a experiência de Cotia (SP). Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva].
20. Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(3):178-85.
21. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB, et al. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9 Supl 2:S51-9.

Correspondência:

Elza Iara Cherubini Fogaça
Rua Coronel Spínola de Castro, 3.700 ap. 72
15015-500 – São José do Rio Preto – SP
Fone: (17) 233-9916
e-mail: ic.fogaça@terra.com.br
