

CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: RECIDIVA E SOBREVIDA EM CINCO ANOS

Valéria Costa Peres¹, Danyelle Lorrane Carneiro Veloso², Raphaela Maioni Xavier³, Ana Karina Marques Salge⁴, Janaína Valadares Guimarães⁵

¹ Mestre em Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: bahperes@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dany_lorrane@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: raphinhaxis@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: anakarina@fen.ufg.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da FEN/UFG. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com

RESUMO: As mulheres que realizam tratamento de câncer de mama ainda apresentam riscos de recorrência da doença. Objetivou-se verificar a associação entre sobrevida e recidiva com o estadiamento do câncer de mama em mulheres atendidas em um hospital de referência em Goiânia-GO cinco anos após o diagnóstico em 2008. Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo, descritivo constituído de prontuários de 460 mulheres. A análise dos dados foi realizada pelo Teste Exato de Fisher e Curva de Kaplan Meier. Do total, a taxa de óbito, recidiva local/regional e metástase foi de 14,1%, 6,5% e 25,2%, respectivamente. Verificou-se uma melhora da sobrevida de mulheres com câncer de mama, porém ainda há um número considerável de mulheres sendo diagnosticadas em estádios avançados e que apresentam recidiva da doença, demonstrando a necessidade de melhora na detecção precoce do câncer em estádios iniciais e de casos de recidiva.

DESCRITORES: Neoplasias da mama. Recidiva. Sobrevida. Enfermagem oncológica.

BREAST CANCER IN WOMEN: RECURRENCE AND SURVIVAL AT FIVE YEARS

ABSTRACT: Women undergoing breast cancer treatment are still at risk of recurrence. This study investigated the association among survival and relapse with staging of breast cancer in women treated in an oncology reference hospital in Goiânia-GO, Brazil over a five-year period after diagnosis in 2008. This descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted with the medical records of 460 women. Data were analyzed using Fisher's Exact Test and the Kaplan Meier Curve. Overall, mortality, local/regional recurrence and metastasis were at 14.1%, 6.5% and 25.2%, respectively. There was an improvement in the survival of women with breast cancer at five years, but there is still a significant number of women diagnosed in advanced stages and experiencing recurrence, indicating there is a need to improve detection of the disease in its early stages and recurrences.

DESCRIPTORS: Breast neoplasms. Recurrence. Survivorship. Oncology nursing.

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES: RECURRENCIA Y SUPERVIVENCIA EN CINCO AÑOS

RESUMEN: Las mujeres que realizan tratamiento de cáncer de mama todavía presentan un riesgo de recurrencia de la enfermedad. Este estudio tiene como objetivo verificar a asociación entre sobrevivencia e recurrencia del cáncer de mama en las mujeres atendidas en un hospital de referencia en Goiânia-GO cinco años después de del diagnóstico en 2008. Este es un estudio de cohorte, retrospectivo, descriptivo constituído por los expedientes de 460 mujeres. Los datos fueron analizados utilizando la Prueba Exacta de Fisher y la Curva de Kaplan Meier. Del total, la tasa de mortalidad, recurrencia regional/local y metástasis fue de 14.1%, 6.5% y 25.2%, respectivamente. Hubo una mejoría en la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, pero todavía existe un número considerable de mujeres que son diagnosticadas en estadios avanzados y que presentan recurrencia de la enfermedad, demostrando la necesidad de la detección precoz del cáncer en estadios iniciais e de casos de recurrencia.

DESCRIPTORES: Neoplasias de la mama. Recurrencia. Sobrevida. Enfermería oncológica.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos mais diagnosticados entre as mulheres, sendo a principal causa de morte por câncer nesse grupo, incluindo os países em desenvolvimento. A sobrevivência do câncer nos países em desenvolvimento tem sido menor devido, provavelmente, ao diagnóstico tardio e acesso limitado ao tratamento adequado em algumas regiões.¹

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), ao desconsiderar as neoplasias de pele não melanomas, o câncer de mama se configura como o de maior incidência entre mulheres, com exceção da região Norte onde a maior incidência ocorre em colo uterino.² As estimativas para o ano de 2012 previram 53 mil novos casos de câncer de mama feminina no país, 1.320 novos casos no estado de Goiás e 450 novos casos na cidade de Goiânia.³

Aproximadamente 6,0% dos cânceres de mama são metastáticos ao diagnóstico, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de 21,0%. A prevalência dos casos de metástase é alta, pois diversas mulheres vivem com a doença durante muitos anos. Dependendo do prognóstico, pode haver uma recorrência de até 30,0% nos casos com linfonodo negativo e de aproximadamente 70,0% dos casos com linfonodo positivo.⁴

Estudo realizado em uma população de 20.027 mulheres americanas mostrou uma taxa de recidiva de câncer de mama em dez anos de 36,8%, sendo que a maior parte ocorreu nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (81,9%) e se relacionou ao estágio avançado, neoplasias com grau histológico pouco diferenciado e com receptor hormonal negativo.⁵

Estudos referentes a pacientes atendidos no INCA evidenciaram para as neoplasias de mama uma taxa de sobrevida geral em cinco anos de 52,0%. Ao relacionar estadiamento com sobrevida do câncer de mama, demonstra-se no estágio *in situ* e IIa uma taxa de sobrevida de 80,0%, no estágio IIb de 70,0%, no estágio IIIa de 50,0%, no estágio IIIb de 32,0% e no estágio IV de 5,0%. Essas informações corroboram a afirmação que considera que a sobrevida é fortemente influenciada pela extensão da doença no momento do diagnóstico, sendo que esta pode ser avaliada pelo estadiamento do tumor.⁶

Torna-se importante a descrição de padrões de recidiva de câncer de mama em grupos espe-

cíficos para identificar o risco nesses pacientes a fim de melhorar os resultados de sobrevida mediante abordagens terapêuticas adequadas e específicas para cada grupo.⁷ Assim, a descrição periódica de dados referentes ao câncer de mama é fundamental para avaliar o perfil das mulheres acometidas por essa neoplasia e que estão em tratamento, assim como para avaliar a eficácia das estratégias que estão sendo aplicadas referentes à detecção precoce, ao tratamento e à redução de mortalidade pelo câncer de mama para que sejam adaptadas ou mantidas as condutas necessárias para impacto positivo na saúde da mulher. Dessa forma, torna-se importante investigar sobre o panorama atual dos casos de recidiva e sobrevida de câncer de mama.

Com base no exposto acima, este estudo teve como objetivo verificar a associação entre sobrevida, recidiva e estadiamento do câncer de mama em mulheres atendidas em um hospital de referência em oncologia em Goiânia, capital do Estado de Goiás. A escolha da capital goiana para realização da pesquisa que originou este estudo se baseou na identificação de um número pequeno de pesquisas recentes referentes às variáveis estudadas nessa região.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de coorte, transversal, retrospectivo, descritivo nos prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 2008 e atendidas no Hospital Araújo Jorge, referência em oncologia, na cidade de Goiânia-GO.

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2013, por meio de um roteiro semiestruturado e mediante análise dos prontuários de mulheres atendidas em 2008. A seleção dos prontuários foi obtida por meio de análise do Registro de Base de Dados da instituição em que foi realizada a pesquisa, sendo que estes eram separados pelo tipo de câncer e pelo ano em que foi realizado o diagnóstico. Os prontuários elegíveis se referiam a pacientes com diagnóstico de câncer de mama primário no ano de 2008, atendidas no referido hospital, independente do seu convênio de saúde. Foram encontrados 470 prontuários; destes, foram excluídos dez, que não estavam disponíveis para consulta na instituição após três tentativas. Portanto, foram analisados 460 prontuários.

Após cada coleta de dados nos prontuários, foi realizado o preenchimento de um roteiro eletrô-

nico previamente elaborado, sendo que os dados obtidos eram convertidos automaticamente em uma planilha eletrônica gerando o banco de dados final. Após tratamento dos dados e transferência automática em software excel, os dados foram analisados em *Statistical Package for Social Science* (SPSS 19.0).

Quanto aos resultados, as variáveis categóricas foram apresentadas como valor absoluto (f) e valor percentual (%), e as variáveis contínuas foram apresentadas como média±desvio padrão. O teste Exato de Fisher foi usado para verificar a associação entre as variáveis recidiva, óbito e estadiamento. A Curva de Kaplan Meier foi utilizada a fim de identificar a sobrevida das mulheres em um período de cinco anos. Para todos os testes, foi considerado nível de 95% de confiança, ou seja, considerado significativo $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Araújo Jorge - Associação de Combate ao Câncer em Goiás, sob protocolo n. 001/2013 e atende às recomendações da Resolução n. 466/012.

RESULTADOS

Foram pesquisados 460 prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 2008 atendidas na instituição estudada, sendo que a maior parte das mulheres (34,1%) foi diagnosticada no estágio III. Quanto ao local de residência, 95,4% das usuárias atendidas nessa instituição residiam em cidades do interior do estado de Goiás e 41,3% do total residiam em Goiânia no momento do diagnóstico.

A faixa etária predominante das mulheres atendidas foi de 50-69 anos (47,8%), com exceção dos casos diagnosticados no estágio IV, em que houve predominância de 33,3% de mulheres nesse estágio na faixa etária entre 35-49 anos. A idade das mulheres estudadas variou entre 24 e 91 anos, com média de $54,2 \pm 13,2$ anos.

Referente à população total, houve predomínio de mulheres casadas (54,3%) e que se autodenominaram brancas (63,3%). A caracterização geral da amostra estudada está representada na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento em Hospital de Referência. Goiânia-GO, 2008-2013

Variáveis	Número de casos (n=460)	
	f	%
Estado civil		
Sem companheiro	195	42,4
Com companheiro	265	57,6
Cor da pele		
Branca	291	63,3
Outra	169	36,7
Local de residência		
Goiânia	190	41,3
Outros	270	58,7
Aposentada		
Não	320	69,4
Sim	134	29,1
Sem informação	6	1,3
Ocupação		
Do lar	260	56,5
Outras	194	42,2
Sem informação	6	1,3
Convênio		
SUS	300	65,2
Outros	154	33,5
Sem informação	6	1,3
Recidiva		
Sim	132	28,7
Não	213	46,3
Sem informação	115	25,0
Perda de seguimento		
Sim	121	26,3
Não	339	73,7
Estadiamento		
0, I E II	242	52,6
III E IV	184	40,0
Sem informação	34	7,4
Óbito		
Sim	65	14,1
Não	212	46,1
Sem informação	183	39,8

Ao avaliar a população total do estudo, foram identificados trinta casos de recidiva local/regional e 116 casos de metástase à distância, resultando em uma taxa de incidência no período de cinco anos de 6,5% e 25,2%, respectivamente. Deste total, catorze (3,0%) mulheres apresentaram

tanto recidiva local/regional como metástase no período de cinco anos. Foi identificado que 65,5% das mulheres apresentaram metástase em uma localidade. Os locais em que mais ocorreu metástase foram nos ossos (35,5%) e pulmões (25,3%). Mais da metade (62,6%) dos casos de metástase ocorreram nos dois primeiros anos após o diagnóstico.

Das mulheres que apresentaram metástase, 51 (43,9%) foram a óbito e, das que apresentaram recidiva local, oito (26,6%) tiveram óbito como desfecho. Ao relacionar a cor da pele ($p=0,334$), o estado marital ($p=0,439$) e a idade ($p=0,386$) com os casos de óbito, não foram encontrados resultados significativos.

A tabela 2 representa a relação entre recidiva com as variáveis óbito e estadiamento. Ao cruzar as variáveis recidiva *versus* óbito, 252 (54,8%) do total dos prontuários estudados exibiam informações quanto às duas variáveis simultaneamente.

Tabela 2 - Relação da recidiva quanto ao óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013

Variáveis	Recidiva				p
	Não		Sim		
	f	%	f	%	
Óbito					
Não	157	80,9	37	19,1	
Sim	4	6,9	54	93,1	< 0,001*
Total	161	63,9	91	36,1	
Estadiamento					
0, I e II	134	76,6	41	23,4	
III e IV	67	45,0	82	55,0	< 0,001
Total	201	62,0	123	38,0	

*Teste Exato de Fisher

Dos 460 prontuários estudados, 14,1% tiveram óbito confirmado neste período desde o diagnóstico. Destes, 34 (52,3%) mulheres foram a óbito nos primeiros dois anos após o diagnóstico. A figura 1 exibe a curva de sobrevida no período de cinco anos referente à população estudada.

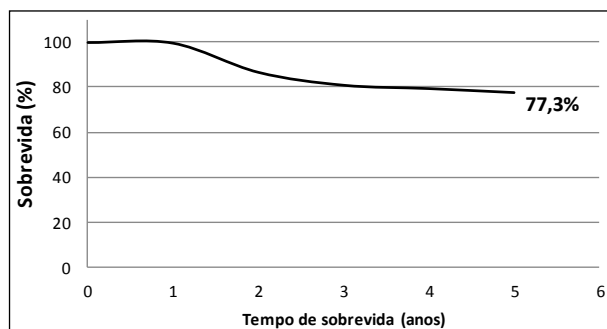


Figura 1 - Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier

Para Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier foram levadas em consideração a data do diagnóstico e a data do óbito. De 460 prontuários, 183 (39,8%) não possuíam informações relativas ao óbito, três prontuários não exibiam a data do diagnóstico. Portanto, a Curva foi realizada com 274 prontuários, sendo que 62 (22,7%) foram a óbito e 212 (77,3%) sobreviveram.

A maior ocorrência de metástase - 53 (45,6%) mulheres - foi percebida no estágio III, assim como foi observada maior ocorrência de óbito - 33 (50,7%) mulheres - neste estágio. Foi significativa a associação entre estágios avançados no momento do diagnóstico e a ocorrência de metástase no período de cinco anos ($p<0,05$). Houve significância ao relacionar estadiamento avançado com óbito em cinco anos, conforme exibe a tabela 3.

Tabela 3 - Relação entre óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013

Variáveis	Óbito		P	
	Não	Sim		
Estadiamento				
0, I e II	122	87,8	17	12,2
III e IV	80	65,0	43	35,0
Total	202	77,1	60	22,9

*Teste Exato de Fisher

Ao relacionar as variáveis óbito *versus* estadiamento, 262 (56,9%) prontuários exibiram informações referentes às duas variáveis, simultaneamente; no entanto, 198 (43,0%) prontuários foram considerados parcelas perdidas nessa análise por faltarem informações em alguma ou ambas variáveis (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo se assemelharam com outros estudos realizados em que houve predomínio do diagnóstico de câncer de mama em mulheres brancas.⁸⁻¹⁰ No presente estudo, foi identificada uma porcentagem de 63,3% de mulheres brancas, resultado que se aproxima ao do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que 47,7% da população estudada se classificou como branca.¹¹

De acordo com estatística de câncer de mama feminino realizada pela Sociedade Americana de Câncer nos Estados Unidos, foi possível verificar taxas de incidência diversas de acordo com a raça/etnia. A incidência média anual por câncer

de mama feminina apresentou taxa mais elevada em mulheres brancas não hispânicas (125.4 casos por 100.000 mulheres).¹² Ainda nos Estados Unidos, um estudo multicêntrico que avaliou 15.204 mulheres com câncer de mama em todo o país encontrou uma frequência de 82,0% de mulheres brancas não hispânicas.¹³

As taxas de mortalidade também variam por etnia, sendo que a taxa anual foi maior nas afro-americanas (32,4 óbitos por 100.000 mulheres). As diferenças de sobrevivência por raça/etnia refletem ainda o acesso ao diagnóstico precoce, biologia do tumor e acesso ao tratamento adequado.¹² As disparidades de acesso ao serviço de saúde podem estar relacionadas a fatores socioeconômicos de raça/etnia distintas, o que pode refletir em variações no estadiamento ao diagnóstico e prognóstico entre mulheres de diferentes raças/etnias.

O presente estudo identificou uma predominância de diagnósticos de câncer de mama na faixa etária entre 50-69 anos (47,8%). Da mesma forma, pesquisa realizada em Florianópolis-SC com 1.008 mulheres com câncer de mama demonstrou uma predominância na faixa etária entre 50-69 anos (28,8%) e uma maior taxa de sobrevida na faixa etária entre 40-49 anos.⁹ Os resultados semelhantes quanto à faixa etária em estudos distintos¹⁰ são condizentes com a faixa etária proposta pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama.³

No entanto, foi identificado nesse estudo que, no estágio IV ao diagnóstico, houve domínio de mulheres na faixa etária entre 35-49 anos (33,3%), o que não corresponde à proposta de rastreamento do Ministério da Saúde, em que é preconizada mamografia bienal na faixa etária entre 50-69 anos.⁶ Mesmo que o rastreamento por meio do exame clínico das mamas a partir dos 40 anos de idade seja orientado pelo Ministério da Saúde, há uma parcela dessa amostra (<40 anos) que não será rastreada rotineiramente, exceto em casos de risco elevado para desenvolver o câncer de mama, e que poderá ser diagnosticada em estágio avançado e, conseqüentemente, terá pior prognóstico. Além disso, há que se considerar que o início da formação do câncer de mama até sua descoberta ocorre em um longo período até que atinja 1cm de diâmetro, tornando-se palpável.⁶ Caso o câncer não seja tratado nesse período, ocorre maior chance de metástase e óbito⁶ às mulheres na faixa etária em questão.

No presente estudo, no ato do cadastro na instituição, foram detectadas 265 (57,6%) mulhe-

res que referiram possuir companheiro. Estudos demonstraram uma maior ocorrência de casos de câncer de mama em mulheres casadas, com taxas de 64,9%⁹ e 67,0%.¹⁴ Estudo europeu realizado entre 1997-2010 identificou que o estado marital influencia tanto a ocorrência de casos de recidiva quanto a expectativa de vida das mulheres com câncer de mama, visto que fatores psicossociais afetam o desenvolvimento de metástases e, conseqüentemente, a sobrevida da paciente. As mulheres que nunca se casaram e as viúvas na idade entre 40-50 anos se mostraram como o grupo mais vulnerável e a influência positiva máxima foi percebida entre mulheres que tinham um companheiro e comunicação constante entre os membros da família.¹⁵

O atual estudo evidenciou um número majoritário de mulheres atendidas na referida unidade de saúde proveniente de todo o estado de Goiás, porém, menos da metade (41,3%) dos atendimentos se referia à capital do Estado, mostrando que essa unidade é referência para diversas localidades. O hospital estudado é referência no tratamento de câncer no Centro-Oeste, atendendo também mulheres de outras regiões brasileiras (4,5%), conforme resultados deste estudo.

É importante que as instituições de saúde acompanhem o ritmo acelerado de surgimento de casos novos, desenvolvendo recursos suficientes necessários ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento.³ A efetividade do tratamento do câncer é muito influenciada pelo acesso à melhor terapêutica disponível, sendo que o SUS tem trabalhado para melhoria do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, além de propor serviços integrados para adequada assistência.¹⁶

Em relação ao estadiamento no diagnóstico, este estudo demonstrou-se equivalente a outros já realizados em outras localidades do país, revelando um número elevado (40,0%) de diagnósticos em estádios avançados. Em estudo realizado no Norte de Minas Gerais, em 288 prontuários avaliados entre 2006 e 2009, verificou-se que 47,6% das mulheres foram diagnosticadas em estádios avançados (III e IV).¹⁷ Semelhantemente, no interior paulista 51,9% de mulheres com câncer de mama foram diagnosticadas em estádios avançados.¹⁸ Da mesma forma, no Rio de Janeiro, esse percentual foi de 51,0%. Estes resultados mostraram a necessidade de melhoria dos resultados que evidenciam altas taxas de diagnóstico em estádios avançados, mediante redução do tempo na confirmação diagnóstica, acesso ao rastreamento e tratamento oportuno.⁸

Quanto à sobrevida, no atual estudo, demonstrou-se uma sobrevida em cinco anos de 77,3% da população. Pesquisa realizada na Paraíba com 438 pacientes apresentou sobrevida em cinco anos de 79,1% da população.¹⁹ Dado semelhante foi descrito em outro estudo realizado em Florianópolis, em que 1.002 mulheres com câncer de mama apresentaram uma taxa de sobrevida geral em cinco anos correspondendo a 76,0% do grupo.²⁰

Ao considerar a porcentagem total de sobrevida nesse estudo, observa-se que houve maior sobrevida em mulheres diagnosticadas em estádios iniciais (57,0%) quando comparadas com as de estádios mais avançados (37,7%). Um estudo realizado com dados de Registros Hospitalares de Câncer de Santa Catarina evidenciou que mulheres diagnosticadas em estágio I tiveram maior sobrevida global em cinco anos (93,6%), enquanto o estágio IV apresentou menor sobrevida global em cinco anos (27,3%). O risco de óbito apresentado pelas mulheres diagnosticadas em estágio III foi 7,18 vezes maior e, no estágio IV, 19,49 vezes maior, ambos comparados ao estágio I.²⁰

Neste estudo, foi evidenciada uma sobrevida de 46,7% no estágio III e de 25,9% no estágio IV. Uma pesquisa realizada na Paraíba com 438 casos de mulheres com câncer de mama identificou a ocorrência de 36,7% de diagnósticos em estágio avançado (III e IV) e referiu o estadiamento como determinante no prognóstico da paciente, com sobrevida de 65,7% no estágio III e 52,6% no estágio IV.¹⁹ Ao compararmos nossos resultados com esses estudos, podemos observar que há uma discrepância de dados entre eles, pois, no presente estudo, foram desconsiderados os casos de perda de seguimento em que o óbito não foi confirmado em prontuário.

Semelhante aos resultados deste estudo, em que 27 mulheres (23,2%) que desenvolveram metástase do câncer de mama sobreviveram em cinco anos, foi estimado em estudo americano uma sobrevida em cinco anos de 26,0%, sendo que cerca de 20-50% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama podem vir a desenvolver metástase. Assim, segundo os autores, o câncer de mama metastático ainda apresenta um prognóstico ruim.²¹

No presente estudo, em relação às taxas de metástase e recidiva locorregional, verificou-se um resultado de 25,2% e 6,5%, respectivamente. Após o seguimento por seis anos de 2.534 mulheres

com câncer de mama na Polônia, foi evidenciado que 35,0% apresentaram doença metastática, 14,0% recidiva locorregional e 39,0% óbito.²² Essa diferença se deve ao fato das mulheres seguidas apresentarem câncer de mama triplo negativo, que exibe pior prognóstico ao ser comparado ao não triplo negativo, com altas taxas de recorrência.²³ Neste estudo, as taxas de metástase e recidiva não foram categorizadas de acordo com os receptores hormonais.

Nossos resultados demonstraram recorrência em 62,6% das mulheres nos dois primeiros anos após o tratamento. Após período de acompanhamento médio de 17 meses, pesquisa realizada no Líbano encontrou frequência de 25,3% de recidiva, sendo que os locais mais comuns de metástase foram o cérebro (19,0%), pulmão (19,0%) e os ossos (12,0%). O risco de recorrência atingiu um pico de 1,5 ano e tornou-se quase nula após três anos.²⁴ Período de maior risco para recorrência nos primeiros três anos após o tratamento primário foi identificado por outros pesquisadores, que descreveram o cérebro e pulmões (15,0% e 14,0%, respectivamente) como os sítios mais comuns de metástase.²² Diferentemente, verificamos que os ossos e os pulmões (35,5% e 25,3%, respectivamente), representaram os sítios mais comuns de recorrência deste estudo.

No presente estudo, obteve-se uma taxa de sobrevida de 29,62%, tanto em metástase pulmonar quanto em óssea. Ao acompanhar 557 mulheres com diagnóstico de metástase de câncer de mama em Pittsburgh (Estados Unidos), durante os anos de 1999 a 2010, os pesquisadores encontraram uma frequência de sobrevida de 27,7% no final do período de acompanhamento.²⁵ De acordo com pesquisa realizada com pacientes atendidos no Centro de Câncer e Instituto de Oncologia em Varsóvia (Polônia), a sobrevida foi diferente de acordo com o local da metástase, sendo que a menor sobrevida foi encontrada em casos de metástase hepática (3,5 meses) e a maior em casos de metástase pulmonar (9,8 meses) e recidiva local (nove meses).²²

Na cidade de Goiânia-GO, de acordo com este estudo, a maior ocorrência de metástase (25,2%) em cinco anos foi verificada no período de 2008-2013, comparando com a taxa de 10,20% de metástase a distância na mesma cidade no período de 1989-2003.²⁶ Esse aumento pode ser devido aos avanços tecnológicos para identificar recorrência de câncer de mama com o passar dos anos.²⁷

CONCLUSÕES

A pesquisa evidenciou uma maior incidência do câncer de mama entre as mulheres brancas e na faixa etária entre 50-69 anos, o que condiz com a cobertura de programas de rastreamento propostos no Brasil e em alguns países. Em contrapartida, foi exibido um resultado preocupante de elevada taxa de mulheres entre 35 e 49 anos diagnosticadas em estágio avançado, evidenciando a necessidade de se melhorar o diagnóstico precoce nessa faixa etária para diminuição da taxa de mortalidade. O estado marital não mostrou relação com o diagnóstico da doença, porém pode influenciar positivamente no melhor enfrentamento à doença.

Apresentou-se uma porcentagem elevada da sobrevida de pacientes com câncer de mama em cinco anos e reafirmou-se a sobrevida superior entre mulheres diagnosticadas em estádios iniciais e uma importante redução da sobrevida entre mulheres que apresentaram metástase. Isso mostra o quanto os métodos de detecção precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo para detecção de casos de recidiva devem ser constantemente avaliados e valorizados para se traçarem estratégias e se adotarem ações que atuem na redução da mortalidade pelo câncer de mama e melhoria da qualidade de vida de mulheres acometidas pela doença.

O presente estudo dispõe de informações relevantes que permitem avaliar o perfil das mulheres atendidas na região e, conseqüentemente, permite verificar a eficácia de estratégias que estão sendo aplicadas referentes à detecção precoce, ao tratamento e à sobrevida do câncer de mama para que sejam adaptadas ou mantidas as condutas necessárias para impacto positivo na saúde da mulher.

A incidência do câncer de mama vem aumentando com o passar dos anos, provavelmente devido ao maior número de diagnósticos, à maior abrangência da população e a melhores tecnologias disponíveis, aos novos hábitos de vida e ao envelhecimento da população. Portanto, é essencial que os serviços de saúde estejam à frente da luta contra o câncer de mama, propondo constantemente novas tecnologias, melhores formas de tratamento e diagnóstico e, principalmente, eliminando as disparidades regionais de atendimento e de acesso às instituições de saúde. Além disso, é importante que se esclareça a população sobre qual o fluxograma de atendimento e quais as instituições de saúde de referência a que a comunidade deve recorrer para rastreamento e detecção precoce da doença.

Foram encontradas dificuldades ao se realizar pesquisa em prontuários devido à deficiência de dados relevantes, registros incompletos e conteúdos ilegíveis presentes nas fontes de dados. Esses fatores demonstram a necessidade de se conscientizar e estimular a equipe de saúde a realizar o preenchimento criterioso dos prontuários e a inclusão de dados significativos referente à doença a fim de subsidiar pesquisas futuras que beneficiem a instituição, a saúde da mulher e a comunidade geral.

REFERÊNCIAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011 Mar-Abr; 61(2):69-90.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
4. Cardoso F, Senkus-Konefka E, Fallowfield L, Costa A, Castiglione M. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010 Mai; 21(5):15-9.
5. Cheng L, Swartz MD, Zhao H, Kapadia AS, Lai D, Rowan PJ, et al. Hazard of recurrence among women after primary breast cancer treatment – a 10-year follow-up using data from SEER-Medicare. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012 Mai; 21(5):800-9.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008
7. Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, Viale G, Renne G, Canello G, et al. Breast cancer subtypes and outcome after local and regional relapse. *Ann Oncol.* 2012Feb; 23(2):324-31.
8. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. 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.* 2009 Fev; 31(2):75-81.
9. Schneider IJC, D’Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009 Jun; 25(6):1285-96.
10. Huguet PR, Morais SS, Osís MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online]. 2009 Fev [acesso 2014

- Jan 08]; 31(2):61-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000200003&lng=en
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
 12. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin*. 2011 Nov-Dec;61(6):409-18.
 13. Lin NU, Vanderplas A, Hughes ME, Theriault RL, Borda SB, Wong YN, et al. Clinicopathological features, patterns of recurrence, and survival among women with triple-negative breast cancer in the National Comprehensive Cancer Network. *Cancer*. 2012 Nov; 118(22):5463-72.
 14. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):940-6.
 15. Kuznecova G, Kuznecovs I, Kuznecovs S. Marital status of women renders an essential influence on occurrence of the relapses of disease and life expectancy of women with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2012 Mar; 48(Sup11):s51.
 16. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012.
 17. Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP, Gonçalves RCR, Martelli DB, Silveira MF et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [online]. 2012 Set [acesso 2014 jan 07]; 15(3):595-604. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&lng=en
 18. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(4):431-41.
 19. Basílio RLS. Sobrevida de mulheres portadoras de câncer de mama e fatores associados [dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2011.
 20. Schneider IJC. Estudo de sobrevida em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
 21. Lu J, Steeg PS, Price JE, Krishnamurthy S, Mani SA, Reuben J, et al. Breast cancer metastasis: challenges and opportunities. *Cancer Res*. 2009 Jun; 69(12):4951-3.
 22. Pogoda K, Niwińska A, Murawska M, Pieńkowski T. Analysis of pattern, time and risk factors influencing recurrence in triple-negative breast cancer patients. *Med Oncol*. 2013 Mar; 30(1):388.
 23. Yagata H, Kajiura Y, Yamauchi H. Current strategy for triple-negative breast cancer: appropriate combination of surgery, radiation, and chemotherapy. *Breast Cancer*. 2011 Jul; 18(3):165-73.
 24. Ghosn M, Hajj C, Kattan J, Farhat F, El Karak F, Nasr F, et al. Triple-Negative Breast cancer in Lebanon: a case series. *Oncologist*. 2011;16(11):1552-6.
 25. Jung SY, Rosenzweig M, Sereika SM, Linkov F, Brufsky A, Weissfeld JL. Factors associated with mortality after breast cancer metastasis. *Cancer Causes Control*. 2012 Jan; 23(1):103-12.
 26. Nunes RD, Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC. Estudo descritivo dos casos de câncer de mama em Goiânia, entre 1989 e 2003. *Rev Col Bras Cir* [online]. 2011 Ago [acesso 2014 Jan 10]; 38(4):212-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000400002&lng=en
 27. Shulman LN, Willett W, Sievers A, Knaul FM. Breast cancer in developing countries: opportunities for improved survival. *J Oncol*. 2010;2010:595167.