



INFORMATIVO VIGILÂNCIA DO CÂNCER

n. 2 janeiro/abril 2012

PERFIL DA MORBIMORTALIDADE BRASILEIRA DO CÂNCER DA MAMA

Apresentação

Informações sobre a ocorrência do câncer e seu desfecho são fundamentais para a pesquisa, o planejamento e a avaliação de programas de controle da doença. A vigilância é um componente estratégico para o planejamento efetivo e eficiente desses programas e para o monitoramento e a avaliação de seu desempenho. Por meio da vigilância, é possível conhecer a magnitude e o impacto dos vários tipos de câncer, bem como suas tendências e seus fatores de risco, além do efeito das ações voltadas à atenção oncológica.

Nesse contexto, os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) são os componentes da vigilância que melhor subsidiam as iniciativas de controle da doença, organização da Rede de Atenção Oncológica e definição de prioridades baseadas no conhecimento do perfil de morbimortalidade.

Tendo em vista que o câncer da mama é o mais frequente em mulheres, excluindo-se os casos de câncer da pele não melanoma, e a principal causa de morte por neoplasias na população feminina no Brasil¹, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) divulgou recomendações para redução da mortalidade por câncer da mama². Ancorada nessas estratégias de vigilância, a partir das informações dos RCBP e RHC, bem como do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), esta publicação retrata a situação do câncer da mama feminina quanto à sua magnitude e à assistência prestada no Brasil.

Com base nessas recomendações, este informativo inclui análises relacionadas à faixa etária prioritária para o rastreamento e ao tempo entre diagnóstico e primeiro tratamento, o que permite a avaliação da atenção em nível nacional.

A presente publicação, além de manter o compromisso do INCA na disseminação das informações sobre câncer, contextualiza as informações de incidência, assistência hospitalar e mortalidade à luz das políticas e diretrizes nacionais para o enfretamento das neoplasias mamárias.

Metodologia e Fontes de Informação

Incidência

As informações de incidência foram provenientes de 20 RCBP com área de cobertura circunscrita às cidades. Desses, 18 localizam-se em capitais. Os RCBP incluídos e o período de informações consolidadas foram: Aracaju (1996-2006); Belém (2000-2001); Belo Horizonte (2001-2005); Campo Grande (2000-2003); Cuiabá (2001-2005); Curitiba (2002-2006); Distrito Federal (2000-2002); Florianópolis (2008); Fortaleza (1990-2006); Goiânia (1988-2008); Jaú (2005-2009); João Pessoa (2002-2006); Manaus (2001-2005); Natal (2000-2004); Palmas (2002-2006); Poços de Caldas (2007); Porto Alegre (1993-2005); Recife (2001-2005); Salvador (2000-2004) e São Paulo (1997-2008).

Para todos os 20 RCBP, foram emitidos relatórios em que constam informações sobre o número de casos novos por topografia e morfologia detalhadas, meio diagnóstico e taxas específicas por faixa etária, bem como as taxas brutas e ajustadas por idade.

O grau de cobertura e validade das informações dos RCBP é avaliado segundo as definições da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (*International Agency for Research on Cancer - IARC*)³. As informações sobre os indicadores de cada RCBP encontram-se disponíveis em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>.

Assistência Hospitalar

As informações apresentadas referem-se a 54.645 casos analíticos³ de neoplasia da mama feminina atendidos em 139 Unidades Hospitalares (UH) que enviaram bases de dados ao IntegradorRHC, com primeira consulta na UH

³ São definidos como analíticos os casos em que o plano terapêutico, o tratamento e o seguimento são realizados pela unidade responsável pelo atendimento dos pacientes.

entre 2000 e 2008 e que ainda não iniciaram o tratamento. Os estados brasileiros foram representados por, pelo menos, uma UH, exceto Amapá, Maranhão, Roraima, Goiás e São Paulo, que não enviaram bases referentes ao período de 2000 a 2008. A referência para o estudo foi o banco consultado em 27 de outubro de 2011.

A análise foi restrita aos casos de neoplasias malignas primárias confirmadas, sendo excluídos menos de 1% do total, correspondente às neoplasias benignas e às malignas consideradas ou presumidas como secundárias.

As análises sobre assistência hospitalar são apresentadas para as variáveis: meio diagnóstico, tempo entre diagnóstico e início de tratamento, estadiamento clínico do tumor, primeiro tratamento realizado, estado da doença ao final do primeiro tratamento.

As informações sobre assistência hospitalar registradas pelos RHC podem ser consultadas por meio do tabulador de dados do IntegradorRHC, disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>.

Codificação dos Casos nos RCBP e RHC

Nos Registros de Câncer, os casos são codificados por classificações padronizadas internacionalmente, de acordo com as datas de primeira consulta: até o ano de 1995, segundo a primeira edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O)⁴, restrito aos RCBP; de 1996 a 2004, segundo a 2ª edição da CID-O⁵; e, a partir de 2005, segundo a 3ª edição da CID-O⁶.

Para as informações das taxas de incidência, os códigos foram convertidos para a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)⁷ com propósitos comparativos.

Os RHC utilizam, para codificação dos casos com data da primeira consulta entre 1996 e 2004, a 5ª edição da Classificação de Tumores Malignos – TNM, da União Internacional Contra o Câncer (*Union for International Cancer Control* – UICC)⁸, e, a partir de 2005, a 6ª edição do TNM⁹.

Mortalidade

As informações sobre mortalidade foram obtidas no Atlas de Mortalidade por Câncer (<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>), por sexo feminino, faixa etária, Brasil, regiões, unidades da federação (local de residência), capitais e causa de morte (neoplasia maligna da mama segundo a CID). Os óbitos fornecidos pelo SIM, de 1979 a 1995, foram classificados pela CID-9 e, a partir de 1996, pela CID-10⁷. Para permitir a comparabilidade entre as informações apresentadas, foram utilizados critérios de conversão preconizados internacionalmente.

População

As estimativas populacionais, tanto censitárias (2000 e 2010) quanto intercensitárias (2001 a 2009), utilizadas

como denominadores para os cálculos das taxas, foram obtidas através do DATASUS e fornecidas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população feminina foi distribuída em faixas etárias de 0 a 39 anos, de 40 a 49 anos e de 50 anos ou mais. A população padrão mundial utilizada foi a proposta por Segi (1960), modificada por Doll et al. (1966)¹⁰, a mesma das publicações da série internacional da IARC, *Cancer Incidence in Five Continents* (Incidência de Câncer em Cinco Continentes).

Perfil de Incidência e Mortalidade

O câncer da mama é o segundo tipo mais frequente na população em geral e o mais incidente entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,4 milhão de casos novos dessa neoplasia foi esperado para o ano de 2008 em todo o mundo, o que representava 23% de todos os tipos de câncer¹¹.

Em 2012, para o Brasil, esperam-se 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil). Esse padrão permanece o mesmo quando a análise é por estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul apresentaram as maiores taxas (variando entre 50,4 e 94,93 por 100 mil), enquanto os estados da região Norte têm as menores (variando de 10,45 a 24,24 por 100 mil). Já na região Nordeste, observam-se padrões intermediários das taxas, que são, contudo, distintos entre os estados.

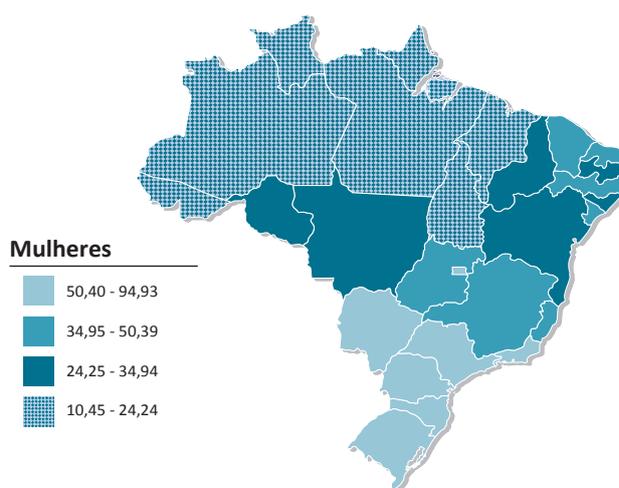


Figura 1 – Representação espacial das taxas brutas de incidência estimadas de câncer da mama, por 100 mil mulheres, nas Unidades da Federação, 2012

Fontes: MS/INCA/Estimativa de Câncer no Brasil, 2012

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

Para a mortalidade, as taxas são bem menores (aproximadamente de 6 a 19 por 100 mil) devido à possibilidade de cura em estágios iniciais da doença, mediante tratamento adequado. No mundo, o câncer da mama ocupa a quinta causa de morte por câncer (458 mil óbitos; 6,1% do total de óbitos). Em mulheres, ainda é a causa de morte por câncer mais frequente, tanto nas regiões em desenvolvimento como nas mais desenvolvidas¹¹. No Brasil, para o período entre 2005 e 2009, as taxas de mortalidade variaram de 4 a 17 por 100 mil mulheres, sendo que as maiores taxas ocorreram nas regiões Sul e Sudeste (Figura 2).

Na Figura 2, observa-se que o padrão da mortalidade é similar ao da incidência (Figura 1), pois as taxas apresentadas nos estados da região Sul são mais elevadas, sendo menores nos estados da região Norte (variando de 3,90 a 7,69 por 100 mil mulheres). Já na região Nordeste, mais uma vez, os estados apresentam padrão diferenciado.

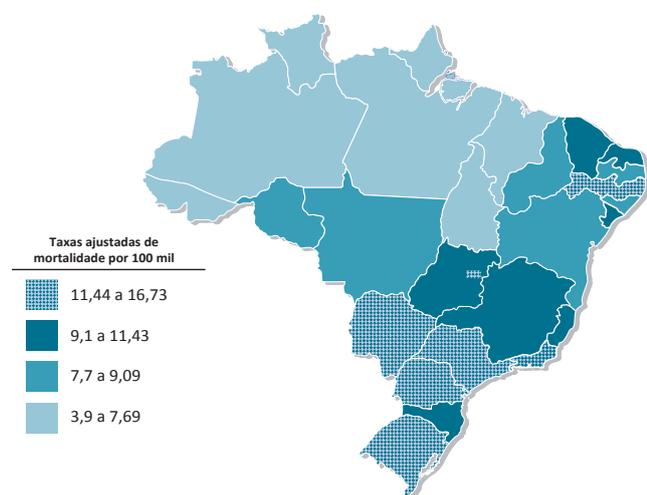


Figura 2 – Representação espacial das taxas de mortalidade por câncer da mama ajustadas por idade*, por 100 mil mulheres, nas Unidades da Federação, 2005 e 2009

* População padrão mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM MPOG/ IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

Taxas de Incidência

A ocorrência do câncer da mama feminina também se encontra relacionada ao processo da urbanização de uma população, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres que vivem nas grandes cidades. Esse perfil é observado no Brasil, onde as cidades mais desenvolvidas, como Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte, apresentam as maiores taxas de incidência.

Como a cobertura de 20 RCBP brasileiros limitou-se à capital e a algumas cidades, não foi possível obter uma taxa média para todo o país. A mediana das taxas de incidência ajustadas por idade foi escolhida como medida

de tendência central, a fim de obter-se uma avaliação global dessas taxas. A mediana observada foi de 58,16 por 100 mil mulheres. Os RCBP de Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia, Curitiba, João Pessoa, Recife, Poços de Caldas e Aracaju exibem taxas superiores à mediana. Em relação aos tumores *in situ*, observam-se taxas bem menores do que as dos tumores invasores (variando de 0,58 a 11,35 por 100 mil mulheres). As cidades que apresentam maior e menor taxas de incidência de carcinoma *in situ* são, respectivamente, Florianópolis (11,35 por 100 mil mulheres) e Manaus (0,58 por 100 mil mulheres) (Figura 3).

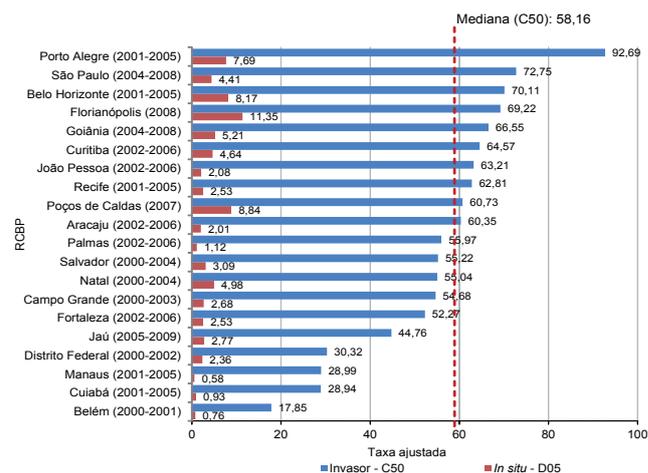


Figura 3 – Distribuição das taxas de incidência de câncer da mama feminina, ajustadas por idade*, por 100 mil mulheres, segundo RCBP e período de referência

*População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

Taxas de Incidência Específicas por Idade

A etiologia do câncer da mama é multifatorial, porém idade e fatores relacionados com a vida reprodutiva da mulher continuam sendo os mais importantes para o desenvolvimento desse tipo de câncer. A magnitude das taxas de incidência é relativamente baixa em mulheres até os 40 anos. A partir dessa faixa etária as taxas aumentam, ficando mais elevadas a partir dos 50 anos.

Esse mesmo perfil etário é observado nos RCBP das cinco regiões brasileiras, embora haja variação regional em relação à magnitude das taxas. Por exemplo, na região Sul, a cidade de Porto Alegre se destaca com altas taxas, principalmente na faixa etária de 50 anos ou mais, assim como a cidade de Palmas, para a região Norte (Figura 4).

Tipos Histológicos

Nos RCBP analisados, o grupo morfológico das neoplasias ductais, lobulares e medulares (850-854), quando comparado com o grupo de neoplasias, sem

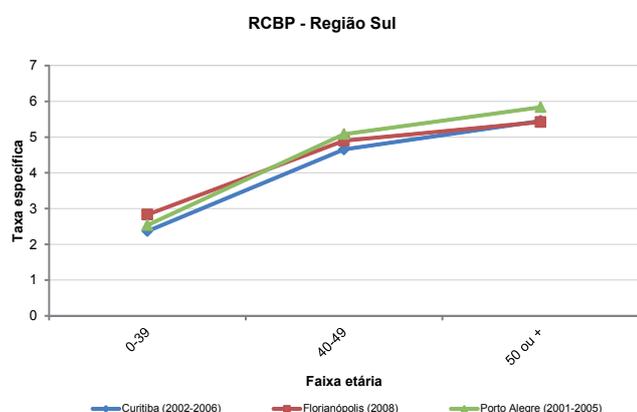
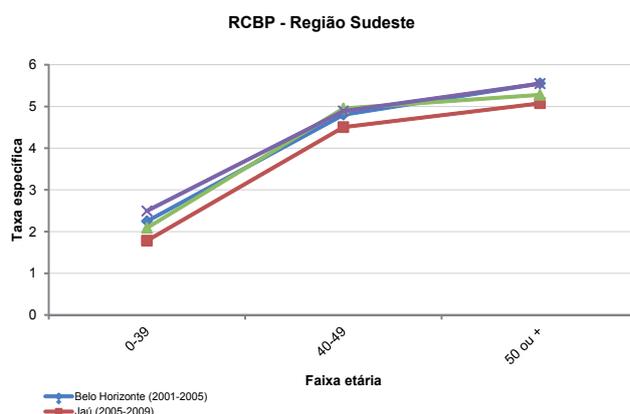
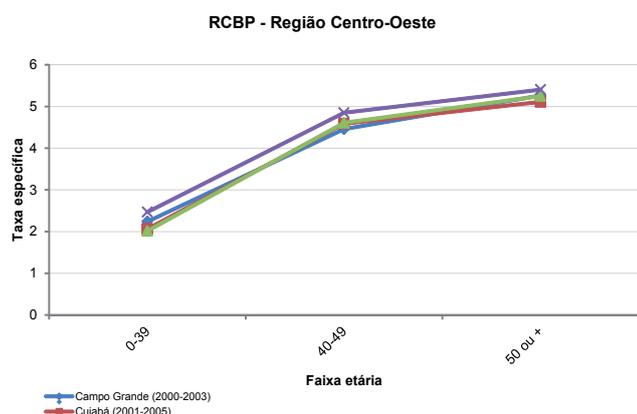
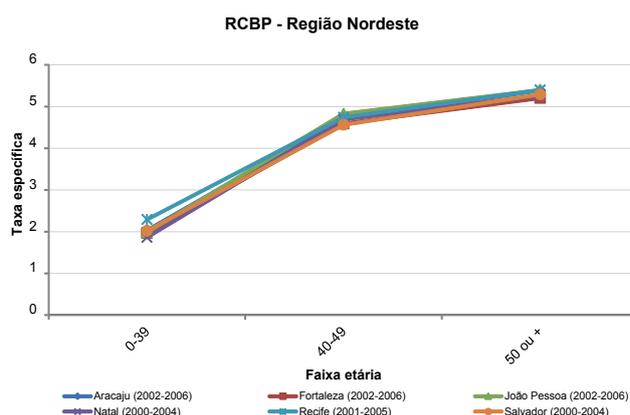
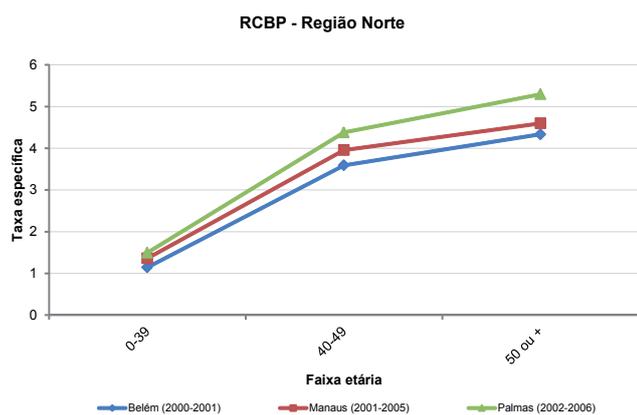


Figura 4 – Taxas específicas* de incidência de câncer da mama invasor por faixa etária, segundo RCBP e período de referência

*Valores por 100 mil mulheres

Fontes: Registros de Câncer da Base Populacional

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

outras especificações (SOE) (800) e de neoplasias epiteliais, SOE (801-804), ou outras morfologias, representa mais de 75% dos tipos histológicos registrados, com destaque para os RCBP de Aracaju, Goiânia e Poços de Caldas, onde esse grupo representa mais de 90% de todos os casos (Figura 5). Nele, observa-se que o tipo histológico carcinoma ductal infiltrante (8500/3) é o mais frequente, com um percentual mediano de 68%. Em seguida, aparecem o carcinoma lobular, SOE (8520/3) e os tumores não invasivos do tipo carcinoma intraductal não infiltrante, SOE (8500/2) e carcinoma lobular *in situ*, SOE (8520/2) (Figura 6).

O tipo histológico de câncer da mama mais frequente entre os RCBP brasileiros é o que se origina

no epitélio ductal (carcinomas ductais) (cerca de 80%), enquanto a minoria tem sua origem no epitélio lobular (carcinomas lobulares) (Figura 6). Proporções similares de carcinoma ductal têm sido observadas no mundo, onde sua ocorrência vem aumentando ao longo dos anos¹².

Com relação aos tumores *in situ*, quase todos são passíveis de cura, entretanto o carcinoma lobular *in situ* é considerado um fator de risco para o câncer invasivo da mama. Os tumores *in situ* são detectados pela mamografia, e o aumento na incidência dos carcinomas ductais *in situ* da mama está associado à capacidade da mamografia para detectar cânceres bem pequenos e sem evidência clínica¹³.

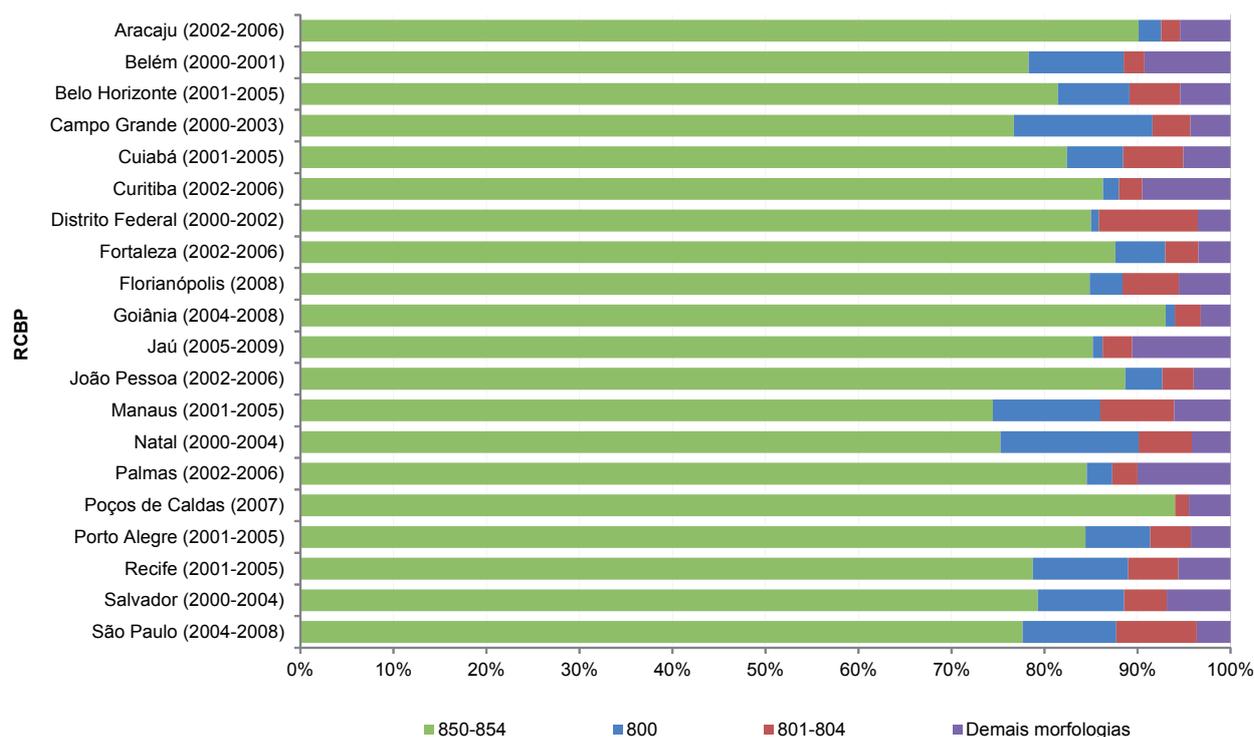


Figura 5 – Distribuição percentual da incidência de câncer da mama feminina, por morfologia*, segundo RCBP e período de referência
 *Neoplasias ductais, lobulares e medulares (850-854); neoplasias, SOE (800); neoplasias epiteliais, SOE (801-804)

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/ Divisão de Informação e Análise de Situação

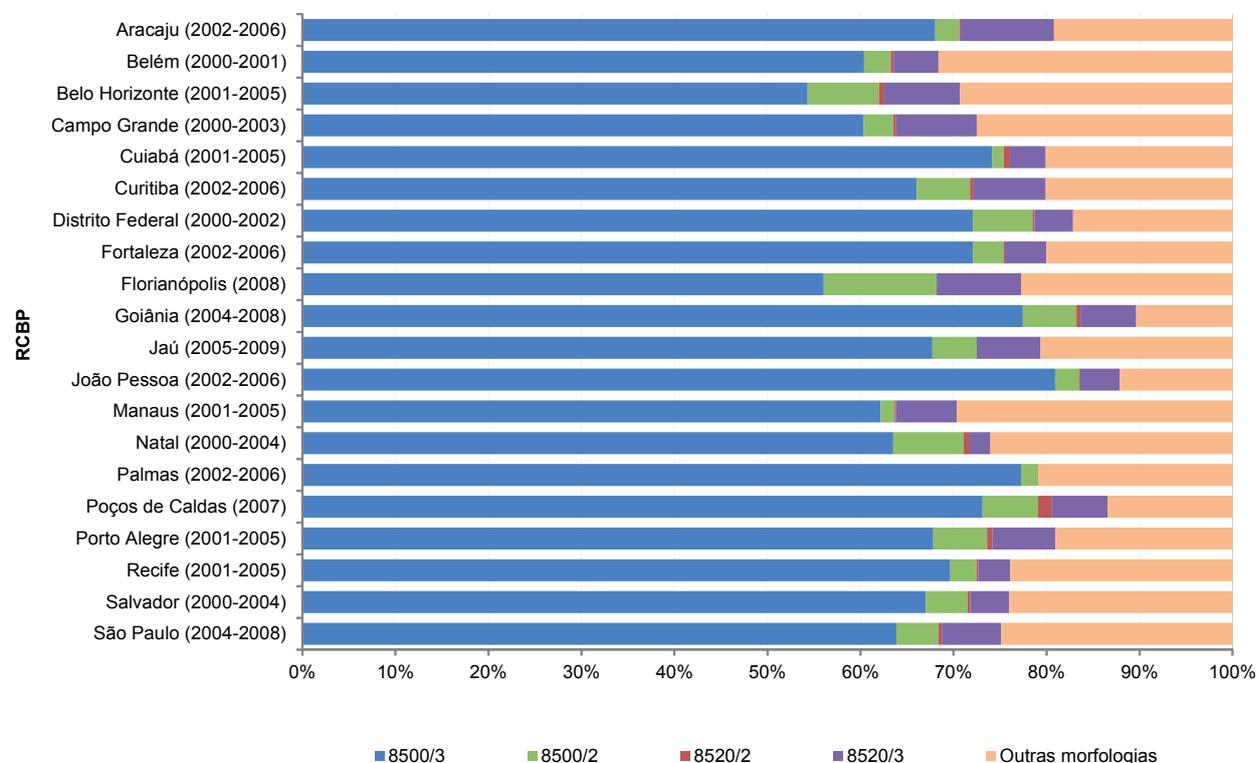


Figura 6 – Distribuição percentual da incidência de câncer da mama feminina, por morfologia*, segundo RCBP e período de referência
 *Carcinoma ductal infiltrante (8500/3); carcinoma intraductal não infiltrante, SOE (8500/2); carcinoma lobular, SOE (8520/3); e carcinoma lobular *in situ*, SOE (8520/2)

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/ Divisão de Informação e Análise de Situação

Distribuição da Incidência Segundo Sublocalizações

Quanto ao local de origem do tumor (sublocalização), um alto percentual de topografia mal definida da mama é observado, o que reflete a qualidade das informações (validade) coletadas pelos RCBP. Altos percentuais de casos com topografia classificada na categoria SOE indicam baixa qualidade da informação diagnosticada. Entre os RCBP avaliados, a maioria apresenta altos percentuais de casos classificados como mama, SOE (C50.9), com mediana de 87% do total de casos, exceto os RCBP de Belém, Jaú e Florianópolis, onde esse percentual está abaixo dos 40%. Entretanto, nessas três cidades, a sublocalização quadrante superior externo da mama (C50.4) é a que se apresenta com os maiores percentuais entre os RCBP: 37,6% para Jaú; 28,1% para Belém e 24,7% para Florianópolis. Já para Recife e Manaus, as taxas para essa sublocalização são menores (Figura 7).

Distribuição da Incidência Segundo Meio Diagnóstico

Quanto às informações sobre o meio de diagnóstico, observa-se que a confirmação do diagnóstico de câncer da mama por meio microscópico (histologia e citologia) está

acima de 85% dos casos na maioria dos RCBP, o que indica uma boa qualidade da informação por eles fornecida (Figura 8).

É necessário concentrar esforços a fim de sensibilizar os responsáveis pelo diagnóstico dos tumores no sentido de descrevê-los de forma mais completa e, ao mesmo tempo, alertar aos registradores de modo a buscar de maneira exaustiva a informação mais detalhada.

Tendência da Incidência e da Mortalidade

A fim de avaliar a tendência da incidência e da mortalidade por câncer da mama, foram selecionados os RCBP de Aracaju (1996-2006), Fortaleza (1990-2006), Goiânia (1988-2008), Porto Alegre (1993-2005) e São Paulo (1997-2008), uma vez que esses possuíam, no mínimo, dez anos de informações consolidadas. Foi calculada a Variação Percentual Anual Estimada (EAPC)^b para avaliar o comportamento da série histórica.

As taxas de incidência do câncer invasor da mama para as cidades de Aracaju, Goiânia e Porto Alegre apresentam um aumento ao longo dos anos. Por meio das informações do RCBP de Fortaleza, é possível observar um aumento até o ano de 1999 e, a partir desse, um pequeno decréscimo. Já as taxas de incidência para São Paulo apresentam um perfil decrescente (Figura 9).

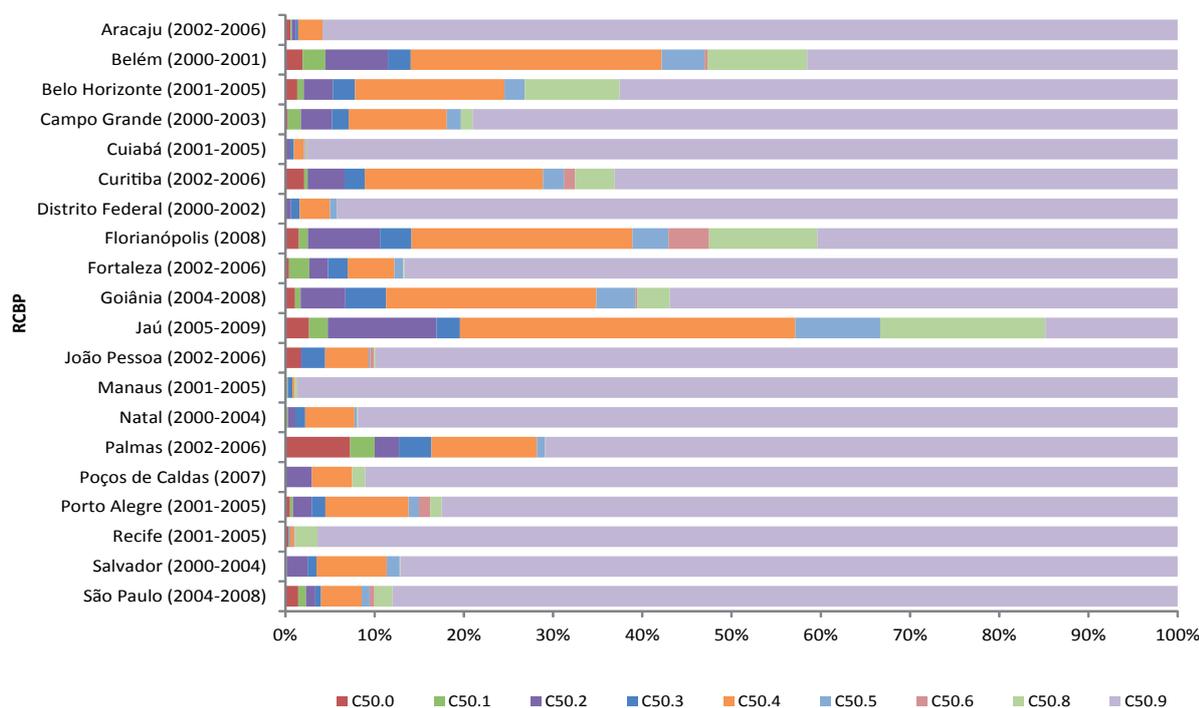


Figura 7 – Distribuição percentual da incidência de câncer da mama feminina, por topografia detalhada*, segundo RCBP e período de referência
 * C50.0, mamilo e aréola; C50.1, porção central da mama; C50.2, quadrante superior interno da mama; C50.3, quadrante inferior interno da mama; C50.4, quadrante superior externo da mama; C50.5, quadrante inferior externo da mama; C50.6, porção axilar da mama; C50.8, lesão sobreposta da mama; C50.9, mama, SOE

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/ Divisão de Informação e Análise de Situação

^bInformações sobre conceito e aplicação da EAPC estão disponíveis em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/arquivos/Variacao_Percentual_Anuual_Estimada.pdf>.

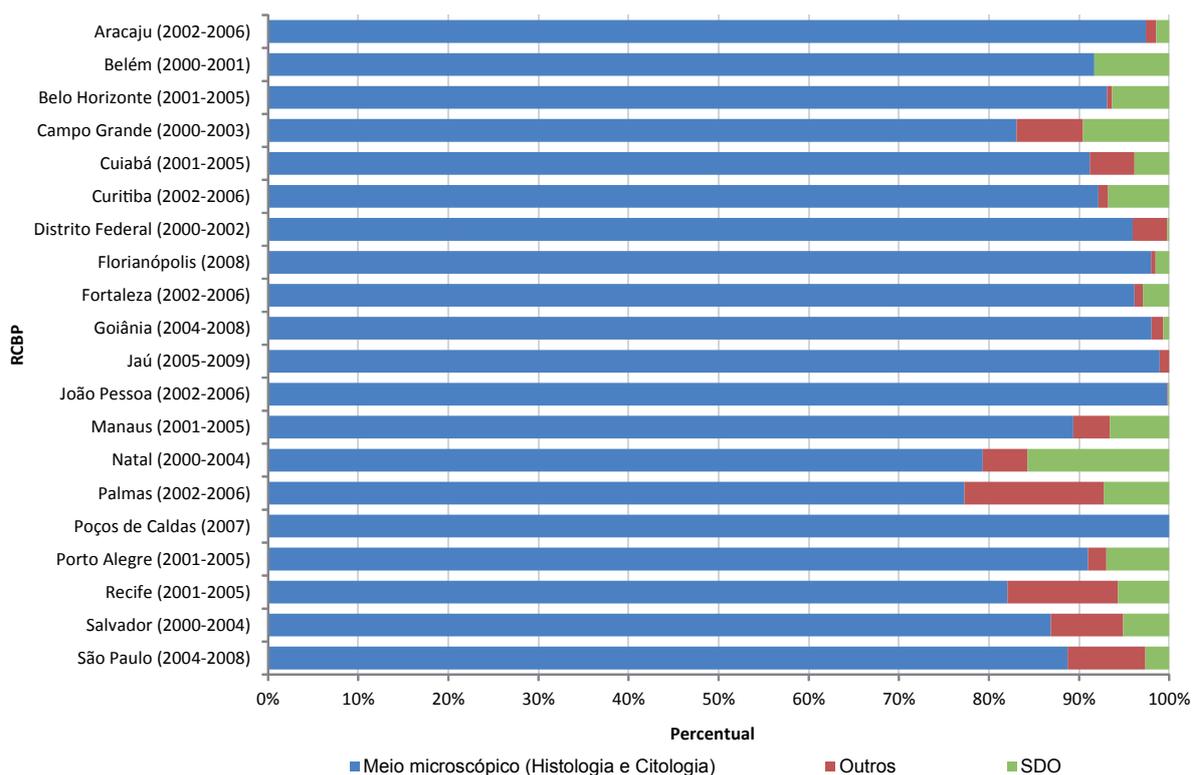


Figura 8 – Distribuição percentual da incidência do câncer da mama feminina por meio de diagnóstico*, segundo RCBP e período de referência

* “Outros” inclui diagnóstico clínico, pesquisa clínica, marcadores tumorais, desconhecido. SDO, somente por Declaração de Óbito.

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/ Divisão de Informação e Análise de Situação

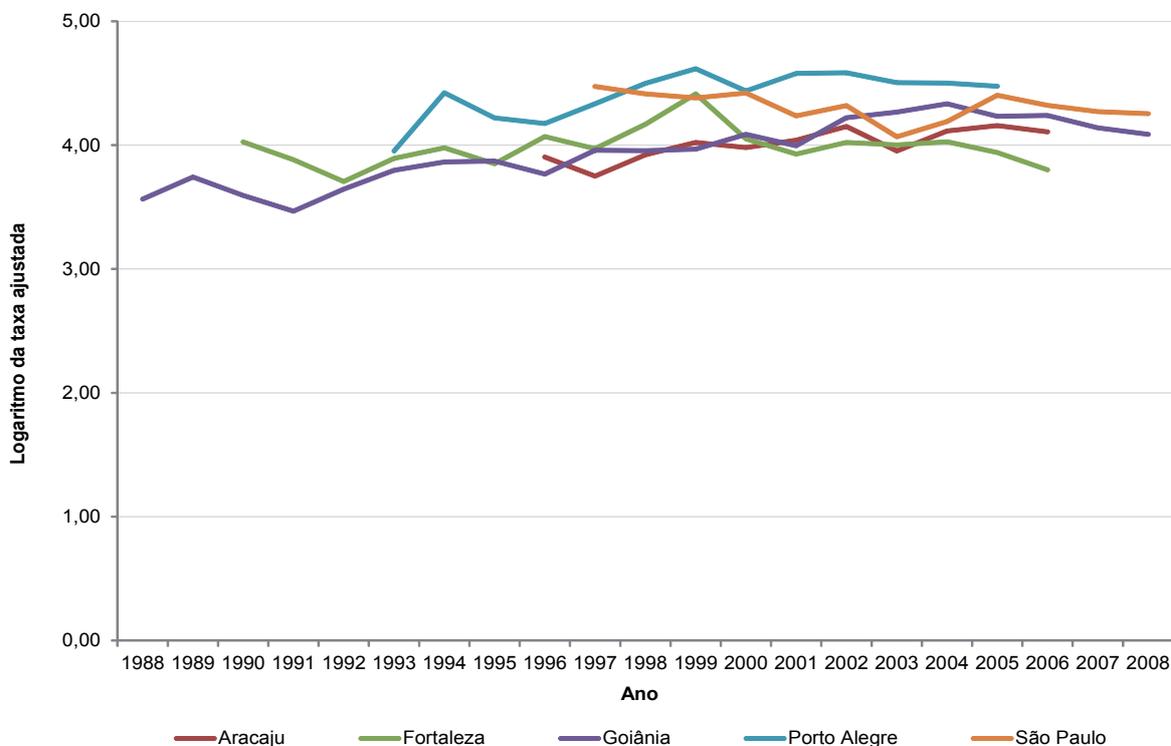


Figura 9 – Logaritmo das taxas de incidência por câncer invasor da mama feminina, ajustadas por idade*, por 100 mil mulheres, segundo RCBP e período de referências

*População padrão mundial, modificação por Doll et al. (1966)

Fontes: Registros de Câncer de Base Populacional

MS/INCA/Conprev/ Divisão de Informação e Análise de Situação

Em Aracaju, para o período de 1996 a 2006, nota-se um acréscimo nas taxas de aproximadamente 3% ao ano tanto para a incidência quanto para a mortalidade, porém esse último não significativo. Para Fortaleza (1990-2006), observa-se um acréscimo não significativo para as taxas de incidência e mortalidade. Para Goiânia (1988-2008) e Porto Alegre (1993-2005), a taxa de incidência apresentou um aumento significativo de 3,5% ao ano.

Já para a mortalidade, em Goiânia percebe-se um acréscimo não significativo, enquanto para Porto Alegre as taxas decresceram de forma significativa de 1,5% ao

ano. Em São Paulo, há um decréscimo significativo de aproximadamente 2% ao ano tanto para incidência quanto para a mortalidade (Figura 10).

Na análise da série histórica (1979 a 2009), observa-se que houve acréscimo significativo nas taxas de mortalidade para o Brasil de cerca de 1% ao ano.

Tendência semelhante também é observada para as regiões geográficas. O menor crescimento ocorre nas regiões Sul e Sudeste (Figura 11), o que pode indicar os primeiros efeitos dos esforços para a detecção precoce e a ampliação do acesso à assistência.

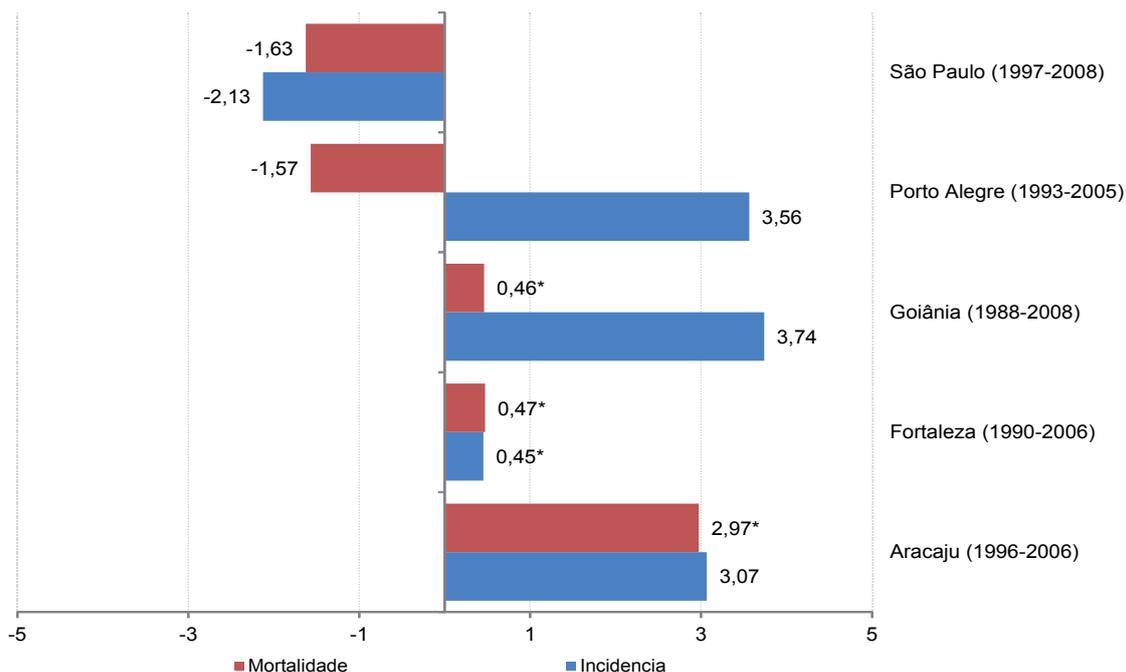


Figura 10 – Variação Percentual Anual Estimada (EAPC)*, por câncer da mama feminina, para incidência e mortalidade, segundo RCBP e período de referência

* EAPC não significativo, $p > 0,05$

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MPOG/ IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação

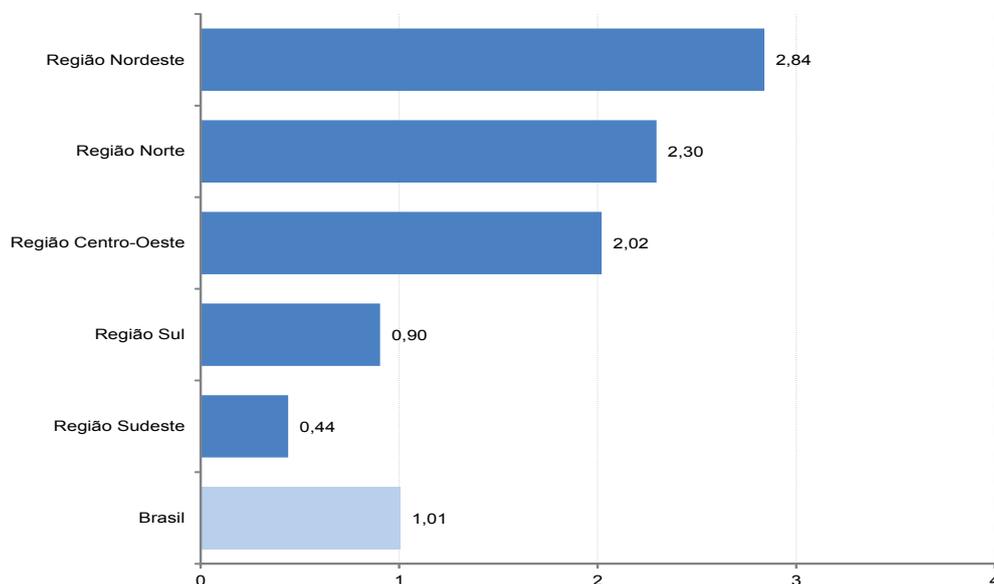


Figura 11 – Variação Percentual Anual Estimada (EAPC), por câncer da mama feminina, para mortalidade, Brasil e regiões, 1979 e 2009

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/
Sistema de Informação sobre
Mortalidade - SIM

MPOG/ IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão
de Informação e Análise de
Situação

Assistência Hospitalar

O câncer da mama feminina é a neoplasia mais frequente no contexto da assistência oncológica, correspondendo a 54.617 casos registrados na base analisada. O comportamento biológico desse câncer foi classificado como maligno em 95,9% dos casos, *in situ* em 4% e menos de 1% foi considerado como comportamento incerto ou desconhecido.

Tendo em vista a magnitude da ocorrência e da mortalidade pela doença, torna-se fundamental conhecer o perfil da assistência prestada às pacientes como base para avaliação das ações voltadas ao controle do câncer, na perspectiva de serem identificados pontos críticos para implementação de estratégias adequadas, buscando melhorar o cenário de morbimortalidade observado.

Como primeira abordagem, cabe ressaltar que a verificação histológica é fundamental no diagnóstico de malignidade. Sua realização confere validade ao diagnóstico, propicia uma programação adequada do tratamento antineoplásico e, conseqüentemente, evita a realização de cirurgias para o diagnóstico de patologia benigna.

Na amostra analisada, 94,6% dos casos tiveram a histologia do tumor primário como base mais importante do diagnóstico, o que indica uma boa qualidade na identificação do câncer da mama¹⁴. Vale destacar que a proporção de casos sem informação nessa variável foi mínima, correspondendo a 0,5% dos casos, o que qualifica essa informação.

Tempo entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento tem sido apontado como indicador de qualidade do cuidado às pacientes com câncer da mama.

A mediana do intervalo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento foi 43 dias. Foi constatado que 75% dos casos iniciaram o tratamento até três meses após o diagnóstico (Figura 12), evidenciando que a maioria atinge a recomendação do INCA para reduzir a mortalidade por câncer da mama no Brasil: "toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado inicie seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de três meses"².

O tempo entre diagnóstico e início do tratamento indica que uma elevada proporção dos casos está sendo tratada oportunamente nas unidades hospitalares, uma vez que o atraso superior a três meses pode comprometer a sobrevivência da mulher². Considerando que, em 25% dos casos, o acesso ao tratamento não atinge o intervalo recomendado, é essencial a implementação das políticas de controle de câncer da mama no Brasil para garantir a

universalidade do acesso precoce ao tratamento desse tumor.

Tempo entre diagnóstico e 1º tratamento

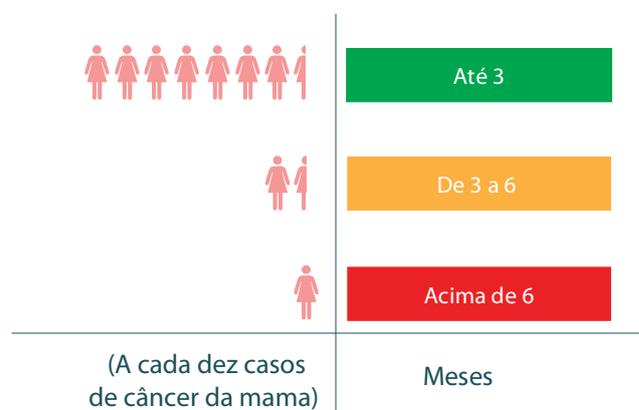


Figura 12 – Proporção de casos de câncer da mama feminina, segundo intervalo de tempo entre diagnóstico e início do tratamento, 2000 a 2008*

*Excluídos: 669 (1,2%) casos sem informação para data de diagnóstico; 500 (0,9%) casos sem informação para data de início do tratamento e 727 (1,3%) casos em que o tratamento não foi realizado

Fonte: Registros Hospitalares de Câncer

Extensão do Tumor

O estadiamento clínico é um elemento importante no planejamento das condutas terapêuticas que a doença requer, além de se constituir como um dos principais indicadores de prognóstico. Excluídos os casos não estadiados ou sem informação para essa variável (N= 11.836; 21,7%), predominaram os tumores avançados nos estádios III e IV, em conjunto, correspondendo a 40,4%, no mínimo, e 46,2% dos casos, no máximo. Isoladamente, a doença no estágio II foi mais frequente (Figura 13), sendo o percentual mediano do período igual a 40,5%.

Os casos de doença não invasiva e tumores restritos à mama (tumores de até 2 cm, sem comprometimento linfonodal) mantiveram-se estáveis até 2005, aumentando de 12,6% em 2006 para 18,7% em 2008, principalmente em consequência do aumento dos tumores localizados (estádio I).

Procedimentos Terapêuticos

Entre as modalidades de tratamento realizadas, a cirurgia associada a outros procedimentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia foi o esquema terapêutico mais frequente, adotado em 61,3% dos casos. A associação de quimioterapia e radioterapia foi menos comum, sendo realizada em 4,3% dos casos. Isoladamente, a cirurgia e a quimioterapia foram os procedimentos indicados para tratamento de 15,7% e 12,2% dos casos, respectivamente.

Para a avaliação do tratamento adotado segundo o estágio da doença, o esquema terapêutico foi classificado

como local – casos tratados com cirurgia e/ou radioterapia –; sistêmico – casos tratados com quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia –; e terapia combinada local e sistêmica – ambas as modalidades terapêuticas foram adotadas.

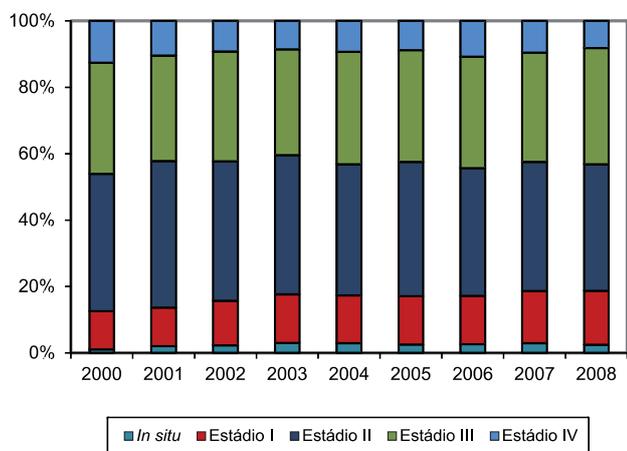


Figura 13 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo estadiamento clínico do tumor, 2000 a 2008*
*Excluídos: 9.022 (16,5%) casos sem informação para estadiamento; 2.811 (5,2%) casos não estadiáveis e 3 (menor que 0,1%) com outro estadiamento

Fonte: Registros Hospitalares de Câncer

O tratamento local foi predominante nos casos de tumores não invasivos, já o tratamento combinado local e sistêmico apresenta crescimento diretamente relacionado ao estágio do tumor, sendo adotado com maior frequência nos tumores com estádios II e III (72,2% e 69%, respectivamente). O tratamento sistêmico foi o mais adotado para os tumores mais avançados (estádio IV), que já apresentavam metástase a distância (Figura 14).

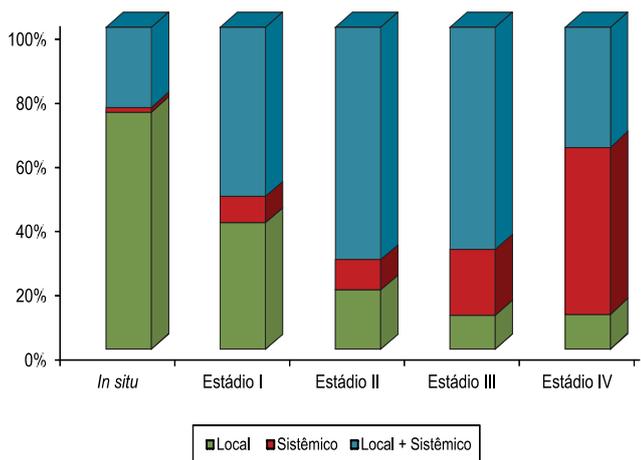


Figura 14 – Distribuição percentual do tipo de tratamento realizado nos casos de câncer da mama feminina, segundo estadiamento clínico do tumor, 2000 a 2008*

*Excluídos: 9.022 (16,5%) casos sem informação para estadiamento; 2.811 (5,2%) casos não estadiáveis; 3 (menor que 0,1%) com outro estadiamento; 822 (1,5%) casos que não realizaram tratamento e 129 (0,2%) sem informação para tipo de tratamento

Fonte: Registros Hospitalares de Câncer

Óbitos ao Final do Primeiro Tratamento

Observa-se que 2.264 (4,1%) casos de câncer da mama evoluíram para o óbito ao final do primeiro tratamento.

Entre os casos de câncer da mama com informação sobre estadiamento do tumor (N= 42.781; 78,3%), nota-se que, quanto mais avançado o estadiamento do tumor, maior é o percentual de óbitos ao final do primeiro tratamento. Aproximadamente 21% dos casos com estágio IV evoluem para óbito após a terapêutica inicial (Figura 15). Esses resultados apontam o estadiamento como importante fator prognóstico da doença, reforçando a necessidade de implementação das ações de detecção precoce capazes de identificar tumores em estádios iniciais.

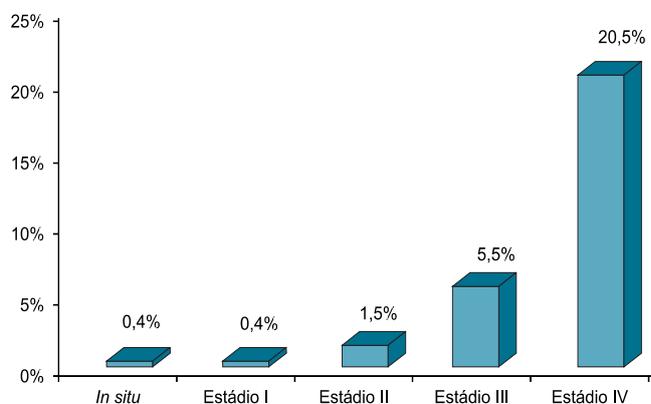


Figura 15 – Distribuição percentual de casos de câncer da mama feminina que evoluíram para óbito ao final do primeiro tratamento, segundo estadiamento clínico do tumor, 2000 a 2008*

*Excluídos: 9.022 (16,5%) casos sem informação para estadiamento; 2.811 (5,2%) casos não estadiáveis; 3 (menor que 0,1%) casos com outro estadiamento; 13.212 (24,2%) casos sem informação para estado da doença ao final do primeiro tratamento e 2.222 (4,1%) casos que não concluíram o primeiro tratamento

Fonte: Registros Hospitalares de Câncer

Destaca-se o fato de que 28 (0,5%) casos com estádios iniciais (*in situ* e I) evoluíram para óbito logo ao término do primeiro tratamento, entre os quais 85,7% com estágio I. A análise das causas de óbito mostrou que 17% foram associadas ao câncer da mama. Nesse grupo, a causa predominante foi desconhecida.

Comentários Finais

Torna-se essencial conhecer o perfil da assistência prestada às pacientes com câncer da mama, a magnitude e as tendências de incidência e mortalidade da doença no Brasil para a implementação de estratégias voltadas ao controle desse câncer.

Nesse contexto é importante considerar, conforme apresentado nas análises, que o padrão de ocorrência da

doença é geograficamente diferenciado. As maiores taxas de incidência são observadas na Região Sul, com maior taxa em Porto Alegre, e as menores na Região Norte, com menor taxa em Manaus, padrão que se reproduz na distribuição espacial da mortalidade. No Nordeste, os estados apresentam padrão diferenciado, com taxas de incidência e mortalidade altas e baixas.

Quanto ao perfil etário, as taxas de incidência foram mais elevadas na faixa etária a partir de 50 anos, o que confere a importância da indicação do rastreamento mamográfico nesse grupo.

O diagnóstico feito nos hospitais é, em 95% dos casos, com base na histologia do tumor, o que confere qualidade ao diagnóstico dos casos de câncer da mama assistidos nas UH, propiciando uma programação adequada do tratamento e, conseqüentemente, evitando a realização de cirurgias para os casos de patologia benigna.

Para a informação populacional, a verificação histológica também foi favorável à qualidade da informação, mesmo com a captação de casos a partir da declaração de óbito, em que o meio diagnóstico não é referido.

O carcinoma ductal infiltrante se confirma como a morfologia predominante nas mulheres assistidas na rede hospitalar dos RHC, sendo compatível com elevada proporção desse tipo histológico entre os casos incidentes.

Durante o período analisado, predominaram os tumores avançados nos estádios III e IV, evidenciando a necessidade de intensificar as ações para a detecção precoce do câncer da mama feminina nas três esferas do SUS.

O tempo para iniciar o tratamento tem sido apontado como indicador de qualidade do cuidado às pacientes com câncer da mama. Considerando a recomendação nacional, observa-se que 75% dos casos de câncer da mama feminina estão sendo tratados oportunamente nas unidades hospitalares. Entretanto, ainda é necessário garantir a universalidade do acesso precoce ao tratamento desse tumor, visto que um quarto dos casos ultrapassa os três meses para iniciar o tratamento antineoplásico.

Em relação às modalidades de tratamento adotadas, o esquema terapêutico mais frequente foi a combinação de cirurgia com quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia nos estádios I, II e III. Entre os casos de tumores não invasivos, o tratamento local predominou, já o tratamento combinado local e sistêmico apresenta crescimento diretamente relacionado ao estágio do tumor, sendo adotados com maior frequência nos tumores com estágio II e III (72,2% e 69%, respectivamente). O tratamento sistêmico foi o mais adotado para os tumores mais avançados que já apresentam metástase a distância (estádio IV).

Espera-se que os resultados apresentados possam contribuir para que as políticas públicas de saúde sejam bem direcionadas, de modo a possibilitar a definição de prioridades, resultando em uma alocação adequada de recursos e esforços com o propósito de melhorar as condições de saúde da população brasileira.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil [folder]. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH, Whelan SL. Comparability and quality control in cancer registration. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1994. (IARC Technical Report; 19).
4. Organização Mundial da Saúde. CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. Washington: OMS; c1978.
5. Percy C, van Holten V, Munir C, editores. CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 2a ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
6. Percy C, van Holten V, Munir C, editores. CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 3a ed. São Paulo: EDUSP; 2005.
7. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Décima Revisão. 2a ed. São Paulo: Edusp; 1997. v.3.
8. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: Classificação de Tumores Malignos. 5a ed. Rio de Janeiro: INCA; 1998.
9. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: Classificação de Tumores Malignos. 6a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
10. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Registros de câncer: princípios e métodos. Rio de Janeiro: INCA; 1995. (Publicações da IARC; n.95). Tradução do original: Cancer registration: principles and methods.
11. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 [cited 2011 Sep 30]. (IARC CancerBase; n. 10). Available from: <http://globocan.iarc.fr>
12. Boyle P, Levin B, editors. World cancer report 2008. Lyon: IARC Press; 2008.
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
14. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

© 2012 INCA/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidos sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES
DA SILVA (INCA)
Coordenação-Geral de Ações Estratégicas
Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)
Divisão de Informação e Análise de Situação
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
(21) 3207-5500
<http://www.inca.gov.br>

Edição

COORDENAÇÃO-GERAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial: Letícia Casado. **Edição e Produção Editorial:** Taís Facina. **Copidesque e revisão:** Rita Machado. **Capa, Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá.