

GABRIELLE LAURINDO MARIANO DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO TEMPO DECORRIDO ENTRE OS
PRIMEIROS SINAIS E/OU SINTOMAS DE CÂNCER DE
MAMA E INÍCIO DO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE
MASTOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA
CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

GABRIELLE LAURINDO MARIANO DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO TEMPO DECORRIDO ENTRE OS
PRIMEIROS SINAIS E/OU SINTOMAS DE CÂNCER DE
MAMA E INÍCIO DO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE
MASTOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA
CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Carlos Gilberto Crippa

Professor Co-orientador: Dr. Luciano Brasil Graziottin Rangel

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2007

Oliveira, Gabrielle Laurindo Mariano de.

Avaliação do tempo decorrido entre os primeiros sinais e/ou sintomas de câncer de mama e início do tratamento no Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina / Gabrielle Laurindo Mariano de Oliveira. Florianópolis, 2007.

46 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina.

1. Câncer de mama. 2. Diagnóstico. 3. Tratamento.

I. Tempo decorrido entre os primeiros sinais e/ou sintomas de câncer de mama e início do tratamento no Serviço de Mastologia da MCD.

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, por me permitirem sonhar.

À minha mãe, Maria das Graças Laurindo, presente e confiante de maneira incondicional em cada singelo passo que percorri na vida.

Ao meu noivo, Miguel Anzaldúa, pela força, cumplicidade e confiança nesses anos de convívio.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível pela participação e contribuição de inúmeras pessoas. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua elaboração.

Agradecimentos especiais:

Ao Prof. Dr. Carlos Gilberto Crippa, que com o domínio do assunto, associado à serenidade e prontidão frente às dúvidas, fez da execução deste projeto uma tarefa prazerosa.

Ao Prof. Dr. Luciano Brasil Rangel, co-orientador deste projeto, pelas valiosas sugestões, apoio e disponibilidade.

Aos funcionários da Maternidade Carmela Dutra, sobretudo à Eneli, do Centro de Estudos, e ao Ilmo, do Arquivo, pela disponibilidade e atenção.

Aos amigos pela convivência durante todo o curso. Especial agradecimento à sincera amizade de Thaís, Heyde e Jaqueline.

E por fim, às pacientes que contribuíram anonimamente com as verdades aqui contidas, tornando possível a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Câncer de mama é a patologia oncológica mais freqüente entre as mulheres. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, observam-se altas taxas de incidência e de mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardo no diagnóstico e na instituição da terapêutica adequada.

Objetivos: Avaliar o tempo decorrido desde o início dos sinais e/ou sintomas e o diagnóstico do câncer de mama até o tratamento no Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis/Santa Catarina.

Métodos: Estudo a partir do levantamento de dados dos prontuários de 68 mulheres, com câncer de mama, submetidas a tratamento cirúrgico no período de janeiro a julho de 2007.

Resultados: A média de idade das pacientes foi de 53,04 anos. A partir do primeiro sintoma, a média de tempo para o diagnóstico do câncer de mama foi de 9,88 meses. A média de tempo desde o diagnóstico até o tratamento cirúrgico foi de 3,85 meses.

Conclusão: O tempo médio desde a percepção do primeiro sintoma até o diagnóstico do câncer de mama e do diagnóstico até o tratamento cirúrgico foi de, respectivamente, 9,88 e 3,85 meses. É necessário diminuir o tempo para diagnosticar e tratar o câncer de mama no Serviço de Mastologia em Santa Catarina.

Palavras-Chave: Câncer de mama. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the most common neoplasm disease among women. In developing countries, like Brazil, incidence and mortality rates tend to be higher, that can be attributed, mainly, to delays in the diagnosis and appropriate treatment.

Objective: Evaluate the time passed since the beginning of the first abnormality and the diagnosis of breast cancer until the treatment in the Mastology Service of the Carmela Dutra Maternity in Florianópolis/Santa Catarina.

Method: Study from a data survey of medical records of 68 women, with breast cancer, submitted to surgical treatment from January to July of 2007.

Results: Average patient's age was 53.04 years. From the first symptom, the average time to the diagnosis of breast cancer was 9.88 months. The average from diagnosis until surgical treatment was 3.85 months.

Conclusions: The average time from the first symptom perception until the diagnosis of breast cancer and from diagnosis until surgical treatment was, respectively, 9.88 and 3.85 months. It's necessary to minimize the time to diagnose and to treat the breast cancer in the Mastology Service in Santa Catarina.

Key-Word: Breast cancer. Diagnosis. Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das pacientes segundo a motivação da consulta.	13
Figura 2 - Distribuição das pacientes segundo a procura de atendimento médico anterior.. .	14
Figura 3 - Distribuição das pacientes segundo a orientação médica recebida.....	14
Figura 4 - Distribuição das pacientes segundo classificação da menarca em precoce, normal ou tardia.	15
Figura 5 - Distribuição das pacientes segundo classificação da menopausa em precoce, normal ou tardia.	15
Figura 6 - Distribuição das pacientes segundo o número de filhos.....	16
Figura 7 - Distribuição das pacientes segundo a ocorrência ou não de amamentação.....	16
Figura 8 - Familiares com história de câncer de mama.....	17
Figura 9 - Classificação dos familiares com história de doença maligna de mama conforme o grau de parentesco.....	17
Figura 10 - Patologias mamárias pregressas.....	18
Figura 11 - Distribuição das pacientes segundo o uso de TRH..	18
Figura 12 - Distribuição das pacientes segundo o uso de anovulatórios.....	19
Figura 13 - Distribuição das pacientes segundo a realização de mamografia	19
Figura 14 - Causas de alteração do exame mamográfico.....	20
Figura 15 - Distribuição das pacientes segundo a realização de USG.....	20
Figura 16 - Distribuição das pacientes segundo o resultado da USG.....	21
Figura 17 - Distribuição das pacientes segundo a realização de ressonância magnética.....	21
Figura 18 - Distribuição das pacientes segundo o resultado da PAAF.....	22
Figura 19 - Distribuição das pacientes segundo o resultado da core biopsy.....	22
Figura 20 - Distribuição das pacientes segundo o tipo de cirurgia realizada.....	23
Figura 21 - Distribuição das pacientes segundo o tipo de reconstrução imediata realizada.....	23

Figura 22 - Distribuição das pacientes segundo a BLS.....	24
Figura 23 - Distribuição das pacientes segundo o exame anatomopatológico.....	24
Figura 24 - Distribuição das pacientes segundo o tamanho do tumor.....	25
Figura 25 - Distribuição das pacientes segundo o resultado da imuno-histoquímica.....	25
Figura 26 - Distribuição das pacientes segundo a indicação de tratamento adjuvante.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das pacientes.....	12
Tabela 2 - Intervalos de tempo entre as etapas do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis relativas às características das pacientes.....	8
Quadro 2 - Variáveis relativas à história clínica.....	9
Quadro 3 - Variáveis relativas à atenção médica/medicações.....	10
Quadro 4 - Variáveis relativas ao resultado do exame.....	10

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- American Cancer Society
AFBM	- Alteração funcional benigna da mama
BLS	- Biópsia do linfonodo sentinela
CBR	- Colégio Brasileiro de Radiologia
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
LAT	- Linfadenectomia axilar total
LS	- Linfonodo sentinela
MCD	- Maternidade Carmela Dutra
PAAF	- Punção aspirativa por agulha fina
RE	- Receptores de estrogênio
RM	- Ressonância magnética
RP	- Receptores de progesterona
SBM	- Sociedade Brasileira de Mastologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
TRH	- Terapia de reposição hormonal
USG	- Ultrassonografia

LISTA DE ANEXOS

NORMAS ADOTADAS.....	38
ANEXO 1 – Formulário Relato/Parecer do Projeto	39
ANEXO 2 - Questionário	41
ANEXO 3 – Consentimento informado	45
FICHA DE AVALIAÇÃO	46

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE QUADROS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
SUMÁRIO	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	6
3 MÉTODOS	7
3.1 Desenho do estudo.....	7
3.2 Tamanho da população.....	7
3.2.1 Critérios de inclusão.....	7
3.2.2 Critérios de exclusão	7
3.3 Operacionalidade.....	8
3.4 Variáveis estudadas	8
3.4.1 Características das pacientes.....	8
3.4.2 História clínica.....	9
3.4.3 Atenção médica/medicações.....	10
3.4.4 Resultado do exame.....	10
3.4.5 Datas.....	11
3.5 Avaliação dos dados	11
3.5.1 Armazenagem dos dados	11
3.5.2 Análise dos dados.....	11
4 RESULTADOS.....	12
5 DISCUSSÃO	27

6 CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS.....	35
NORMAS ADOTADAS.....	38
ANEXOS	39
FICHA DE AVALIAÇÃO	46

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro mais diagnosticado entre as mulheres (cerca de 1 milhão de novos casos por ano), representando nos países ocidentais uma das principais causa de morte em mulheres. Sua incidência vem aumentando nas últimas décadas e, baseado nas estimativas atuais, com média de aumento na incidência variando de 0,5% a 3% por ano, o número de novos casos projetados para serem diagnosticados em 2010, no mundo, será de 1,45 milhão, mostrando um aumento de 82% sobre a incidência de 1990 [1, 2].

No Brasil, desde 1980, o câncer de mama é o que mais causa morte entre as mulheres. Para 2006 foram esperados 48.930 novos casos, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres [3]. Nos Estados Unidos da América, segundo as estimativas para 2007, serão diagnosticados 178.480 novos casos de câncer de mama, com 40.460 mortes esperadas causadas por este câncer [4].

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, no ano de 2007 ocorreram 174 óbitos por câncer de mama, sendo 41 só na capital. Esta tendência estadual e nacional, especialmente na região sul, vem se mantendo ao longo dos anos e deverá ainda permanecer em destaque, a exemplo dos países ocidentais [3, 5].

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estudos apontam que no período 1975-2000 o número de casos novos, em mulheres idosas, deveria aumentar 15% em países desenvolvidos e 63% em países em desenvolvimento [6].

Apesar de ser considerado um câncer de, relativamente, bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença seja ainda diagnosticada em estádios avançados. Este é um quadro que tende a se agravar em face ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e da conseqüente elevação do contingente feminino em idades mais avançadas. Em média, a mulher que morre por câncer de mama perde 19,4 anos de vida que poderia ter tido se não morresse desta doença [7,8].

A prevenção desta doença é bastante complexa e não existem medidas práticas específicas de prevenção primária do câncer de mama aplicáveis à população, embora estudos observacionais tenham sugerido que a prevenção do tabagismo, alcoolismo, obesidade e

sedentarismo reduzam o risco de câncer de mama. Assim, a prevenção secundária com programas de rastreamento para detecção precoce da doença, evitando sua progressão para estádios avançados, com garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno, é, nos dias atuais, a melhor maneira de combatê-la [9, 10]. É neste cenário que se encaixa a mamografia, única técnica que se revelou capaz de mudar o perfil da mortalidade por câncer de mama [11] e considerada como método mais sensível para detectar precocemente um câncer, ainda na fase de clinicamente oculto, ocasião em que o índice de cura tem alcançado até 95% [12].

Programas de rastreamento mamográfico para câncer de mama foram iniciados para mulheres com 40-74 anos de idade em 22 países no final dos anos 80 e início dos anos 90. Uma taxa de 20% de redução na mortalidade por câncer de mama foi observada entre as mulheres que vivem nestes países, comparadas às mulheres que vivem em países onde o rastreamento foi iniciado tardiamente. Embora essa redução se deva também a tratamentos mais eficazes para a doença, muito é consequência de sua detecção precoce com o rastreamento mamográfico [13].

A idade em que se deve começar o rastreamento mamográfico é baseada na evidência do câncer de mama por faixa etária: dos 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70-79 anos, a probabilidade de desenvolver câncer mamário invasivo é de 0,04; 0,4; 1,49; 2,54; 3,43 e 4,31, respectivamente, por cem mulheres. Assim, devido à baixa incidência da doença em mulheres com idade abaixo dos 40 anos, o rastreamento deve ser iniciado aos 40 anos, embora algumas mulheres consideradas de alto risco possam se beneficiar do rastreamento antes dessa idade [2].

O Brasil não possui um programa oficial de rastreamento de câncer de mama. O Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), juntamente com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), formaram uma comissão conjunta que tem procurado nortear o uso deste método diagnóstico no país. Esta comissão organizou a edição de um livro, “Mamografia atual”, escrito por autoridades brasileiras no assunto [14]. Nele encontra-se referendada a recomendação da American Cancer Society (ACS) quanto ao uso da mamografia de rastreamento:

1) mulheres entre 35 e 40 anos de idade – realização da mamografia de base, a qual servirá de comparação às próximas;

2) mulheres entre 40 e 49 anos de idade – a mamografia deverá ser realizada a intervalos de um ou dois anos, sendo esta frequência dependente dos fatores de risco individuais;

3) mulheres com 50 anos de idade ou mais – devem submeter-se a mamografias com intervalos de um ano;

4) mulheres com história pessoal ou familiar de câncer de mama – devem orientar-se junto ao seu médico, quanto à necessidade de iniciar o rastreamento antes dos 40 anos.

Os estudos sobre rastreamento mamográfico provam que o câncer de mama não é uma doença sistêmica em sua origem, mas sim, que é uma doença progressiva, em que o prognóstico pode ser significativamente alterado pelo diagnóstico e tratamento nos estágios iniciais [15]. Estudos randomizados demonstraram que a mamografia de rastreamento é capaz de diminuir o tamanho de tumores quando de sua detecção, assim como decrescer a incidência de metástases linfonodais em populações rastreadas [16].

Considerações clínicas demonstram claramente que as taxas de sobrevida seguidas de um diagnóstico e tratamento do câncer de mama em seu estágio inicial são muito melhores do que quando do diagnóstico de lesão localmente avançada ou metastática [17].

As taxas de morte por câncer de mama não podem ser reduzidas sem primeiro reduzir as taxas de câncer avançado. Portanto, o principal objetivo do rastreamento mamográfico é prevenir o crescimento de câncer de mama para um estágio letal. De fato, os testes de rastreamento que diminuíram as taxas de detecção de câncer avançado também diminuíram a mortalidade por câncer de mama [15].

O fator decisivo para uma evolução satisfatória da doença está relacionado principalmente pelo momento em que o tratamento é instituído, mais do que no tipo de tratamento escolhido. Isso porque cânceres de mama avançados estão associados à doença sistêmica no momento do diagnóstico e do tratamento. Consequentemente, a doença avançada está fortemente associada à morte por câncer de mama [15]. A mamografia é capaz de detectar tumores em estágios clinicamente indetectáveis, os quais têm um prognóstico muito favorável e muitos podem ser apropriadamente tratados [18]. Com a detecção precoce de pequenos tumores com melhores prognósticos, talvez os tratamentos agressivos do passado para os tumores detectados clinicamente não sejam mais necessários e os tratamentos individualizados e menos agressivos são o objetivo do futuro [19].

Em países desenvolvidos têm-se observado um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia de rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardo no diagnóstico e na instituição da terapêutica adequada [9].

Pacientes com total atraso de 3-6 meses possuem pior sobrevida, quando comparadas àquelas com atrasos de menos de 3 meses. O tempo entre o primeiro sintoma e o tratamento é maior do que 3 meses em pelo menos um terço de todas as pacientes e, em cerca de 25%, o tempo é maior do que 6 meses [20]. Há consenso de que um atraso de mais de 6 meses está associado a pior sobrevida, com influências negativas no prognóstico, e que este atraso causa ansiedade na paciente, afetando os resultados clínicos [21, 22].

Caplan et al mostraram que cerca de 40% das mulheres com câncer de mama relataram atraso no diagnóstico de 4 semanas ou mais, desde suas apresentações iniciais a um serviço de saúde, e que cerca de 25% relatam atrasos de mais de 8 semanas [23]. Ainda mais, em uma revisão, concluiu-se que atrasos de 3-6 meses entre o início dos sintomas e o tratamento estiveram claramente associados a baixas taxas de sobrevida [24].

Para mulheres com câncer de mama detectado pelo rastreamento, uma demora no diagnóstico maior do que 6 meses está associado a um aumento no risco de maiores tumores e a metástases para linfonodos, comparados com casos diagnosticados com menos de 1 mês após um rastreamento anormal. A tendência dos médicos em, rapidamente, encaminharem as pacientes com mamografias altamente suspeitas é um importante fator a ser levado em conta na análise dos efeitos do atraso diagnóstico nos fatores prognósticos para o câncer de mama [25].

Informações de registros hospitalares do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2000 a 2001 comprovam que 50% dos tumores de mama são diagnosticados nos estádios 3 e 4 [26]. A extensão da doença, assim como seu estágio de detecção, é aceita como fator de melhor prognóstico em pacientes acometidas por esse tumor. Para fornecer às mulheres melhores oportunidades de sobrevida no câncer de mama, é importante minimizar ao máximo qualquer demora no diagnóstico e no tratamento desse câncer [23]. E as pacientes, com sintomas que podem ser devido ao câncer de mama, devem ser encorajadas a procurarem atendimento

médico precocemente e devem ser encaminhadas, sem atrasos, para uma avaliação especializada [24].

Sendo assim, propõe-se avaliar, no Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra (MCD), que é centro de referência estadual em saúde da mulher, o tempo de espera das pacientes com diagnóstico de câncer de mama até o tratamento definitivo, bem como avaliar o período decorrido até a procura do atendimento médico a partir das primeiras queixas. Além disso, propõe-se delinear o perfil das pacientes que se submetem a tratamento cirúrgico para doença maligna da mama, analisando os aspectos epidemiológicos e clínicos.

2 OBJETIVOS

Identificar, em mulheres com câncer de mama, o tempo decorrido desde a percepção dos sinais/sintomas até o diagnóstico e o tratamento cirúrgico da doença.

Analisar os aspectos epidemiológicos e clínicos da apresentação do câncer de mama nas mulheres atendidas no Serviço de Mastologia da MCD.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Este foi um estudo descritivo retrospectivo realizado com mulheres que se submeteram a tratamento cirúrgico para neoplasia maligna da mama na Maternidade Carmela Dutra da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina no período de 01 de janeiro a 31 de julho de 2007. Estudo este realizado sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra (Anexo 1).

A estas mulheres foi aplicado um questionário com dados demográficos e com perguntas correlacionadas a patologias mamárias, assim como os métodos diagnósticos e o tratamento indicado, incluindo o tempo decorrido entre cada fase da investigação médica (Anexo 2).

3.2 Tamanho da população

A população estudada foi formada pelas mulheres que preencheram os critérios para a seleção dos sujeitos no período do estudo totalizando 68 entrevistas.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Mulheres que se submeteram a tratamento cirúrgico para neoplasia maligna da mama na MCD.
- Sintomáticas ou não.
- Favorável à participação no estudo e assinatura do Consentimento Informado (Anexo 3).

3.2.2 Critérios de exclusão

- Dificuldades de comunicação
- A não assinatura do Consentimento Informado.

3.3 Operacionalidade

O preenchimento do questionário padrão foi realizado pela pesquisadora principal através da busca ativa nos prontuários médicos das pacientes estudadas.

3.4 Variáveis estudadas

3.4.1 Características das pacientes

As características das pacientes referem-se a aspectos sócio-econômicos e demográficos pesquisados no questionário padrão, com a categorização das variáveis como segue no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis relativas às características das pacientes.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Idade		Variável numérica em anos completos de vida
Cidade de origem	Grande Florianópolis, interior ou litoral do estado	Variável qualitativa
Atividade remunerada	Se a paciente exerce alguma atividade laboral remunerada	Variável qualitativa
Raça	Branca, negra ou amarela	Variável qualitativa
Estado civil	Solteira, convive ou não com o parceiro ou viúva	Variável qualitativa
Escolaridade	Alfabetizada ou não e, tendo sido alfabetizada, quais os níveis concluídos	Variável qualitativa

3.4.2 História clínica

As variáveis foram categorizadas como segue no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis relativas à história clínica.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Motivo da consulta	Nódulo, alterações de forma ou retrações, derrame papilar, retração de pele ou mamilo, processo inflamatório ou assintomática.	Variável qualitativa
Tempo em que apresenta a queixa		Variável numérica em meses
Procura de atendimento médico anterior	Atendimento médico antes da primeira consulta na MCD	Variável qualitativa
Orientação médica recebida	Tipo de orientação recebida na consulta anterior (medicação sintomática, encaminhamento para serviço de referência ou realização de biópsia)	Variável qualitativa
História familiar	Presença de familiar com câncer de mama (1º grau: mãe, irmã ou filha; 2º grau: avó ou tia e 3º grau: prima ou sobrinha) Positiva ou negativa	Variável qualitativa
Menarca	Precoce: antes dos 11 anos; Normal: dos 11 aos 15 anos e Tardia: após os 16 anos	Variável qualitativa
Menopausa	Precoce: antes dos 45 anos; Normal: dos 45 aos 55 anos e Tardia: após os 55 anos	Variável qualitativa
Números de filhos	Informação designada à determinação indireta e prática do número de gestações	Variável numérica
Amamentação	História de amamentação (independente do período) Positiva ou negativa	Variável qualitativa
Patologias mamárias pregressas	AFBM, punção de cisto, cirurgias ou biópsias de lesões benignas, traumatismos, câncer de mama oposto, câncer na mesma mama, mastite puerperal, mastite não-puerperal, mamoplastias ou silicone	Variável qualitativa

3.4.3 Atenção médica/medicações

As variáveis foram categorizadas como segue no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis relativas à atenção médica/medicações.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Terapia de reposição hormonal	Nunca usou, uso atualmente ou uso no passado	Variável qualitativa
Anovulatórios	Nunca usou, uso atualmente ou uso no passado	Variável qualitativa
Cirurgia	Tipo de cirurgia realizada para tratamento da neoplasia mamária	Variável qualitativa
Cirurgia de reconstrução	Tipo de reconstrução realizada no mesmo ato operatório	Variável qualitativa
Tratamento adjuvante/neoadjuvante	Indicação ou não para o tratamento complementar	Variável qualitativa

3.4.4 Resultado do exame

As variáveis foram categorizadas como segue no Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis relativas ao resultado do exame.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Mamografia	Realizada ou não, alterada ou não, densidade mamária assimétrica, nódulo, distorção arquitetural, microcalcificações ou mamas heterogêneas	Variável qualitativa
Ultra-sonografia	Realizada ou não, alterada ou não, nódulo benigno ou nódulo suspeito	Variável qualitativa
Ressonância magnética	Realizada ou não, alterada ou não, nódulo benigno ou nódulo suspeito	Variável qualitativa
PAAF	Realizada ou não, positiva ou negativa	Variável qualitativa
Core Biopsy	Realizada ou não, positiva ou negativa	Variável qualitativa
Exame transoperatório	BLS, identificação e resultado do LS	Variável qualitativa
Laudo anatomopatológico	Tipo histológico e tamanho do tumor	Variável qualitativa
Imuno-histoquímica	Realizada ou não e os resultados para RE, RP, HER-2 e Ki-67	Variável qualitativa

3.4.5 Datas

- Data do início dos sintomas.
- Data da primeira consulta em serviço de referência.
- Data da cirurgia.

3.5 Avaliação dos dados

3.5.1 Armazenagem dos dados

Os dados foram coletados no programa Microsoft Excel 2003, através de um formulário, viabilizando o acesso para posterior análise dos mesmos.

3.5.2 Análise dos dados

A análise estatística pertinente foi realizada utilizando-se o programa EpiInfo, versão 3.4.2, de 2007.

A apresentação gráfica dos resultados foi realizada com o programa Microsoft Excel 2003.

4 RESULTADOS

As pacientes que preencheram os critérios para a participação do presente estudo totalizaram 68 mulheres, com idade entre 34 e 81 anos; em média, tinham 53,04 anos.

Quanto à cidade de origem, a maioria das pacientes (64,7%) foi proveniente da grande Florianópolis, seguidas daquelas provenientes do interior do estado e do litoral. Das pacientes estudadas, 57,4% exerciam alguma atividade remunerada e 42,6% não.

Há um predomínio de mulheres brancas (75%), e somente 4,4% são negras. A maioria, 55,9%, é casada, 13,2% são viúvas, 5,9% são separadas e 2,9% são solteiras. Dessas pacientes, 64,7% possuem o 1º grau, completo ou incompleto; 14,7%, o 2º grau; 13,2%, o 3º grau; e 7,4% são analfabetas.

As características das pacientes podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características das pacientes.

VARIÁVEIS	N (%)
IDADE EM ANOS	
< 40	6 (8,8%)
40-50	30 (44,1%)
> 50	32 (47,1%)
CIDADE DE ORIGEM	
Grande Florianópolis	44 (64,7%)
Litoral	3 (4,4%)
Interior	21 (30,9%)
ATIVIDADE REMUNERADA	
Sim	39 (57,4%)
Não	29 (42,6%)
RAÇA	
Branca	51 (75%)
Negra	3 (4,4%)
Ign	14 (20,6%)
ESTADO CIVIL	
Solteira	2 (2,9%)
Casada	38 (55,9%)
Separada	4 (5,9%)
Viúva	9 (13,2%)
Ign	15 (22,1%)

ESCOLARIDADE	
Analfabeta	5 (7,4%)
1 grau	44 (64,7%)
2 grau	10 (14,7%)
3 grau	9 (13,2%)

Sobre a motivação da consulta, 75% procuraram atendimento médico com queixa de nódulo mamário e somente 16,2% eram assintomáticas; os demais motivos da consulta encontram-se na figura 1. A média em que essas pacientes apresentavam a queixa foi de 9,62 meses. Dessas, 58% procuraram recurso médico anterior e, das que procuraram recurso médico, 84,6% foram encaminhadas para serviço de referência (Figuras 2 e 3).

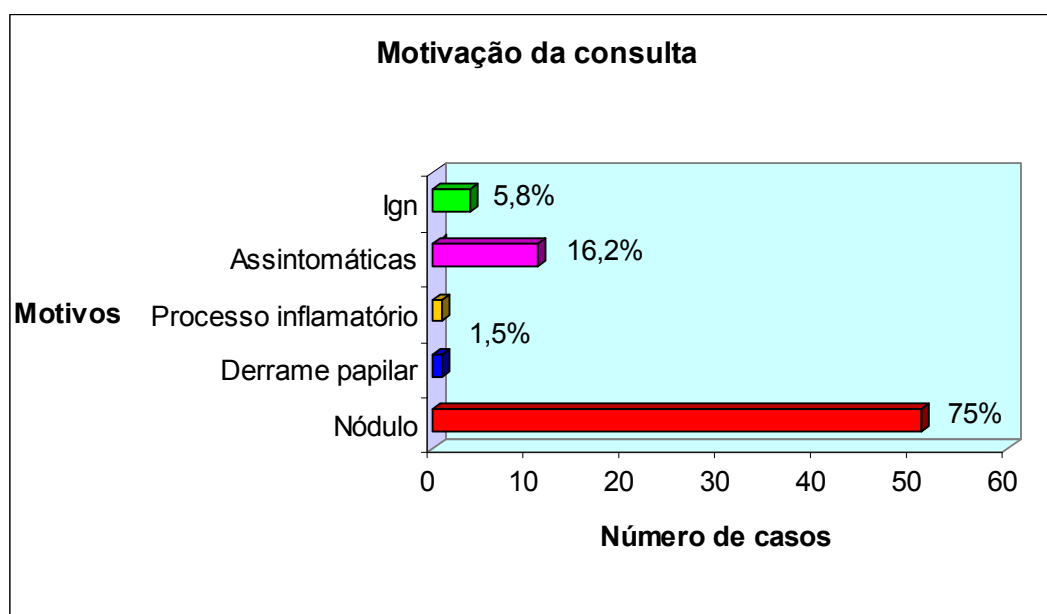


Figura 1 – Distribuição das pacientes segundo a motivação da consulta.

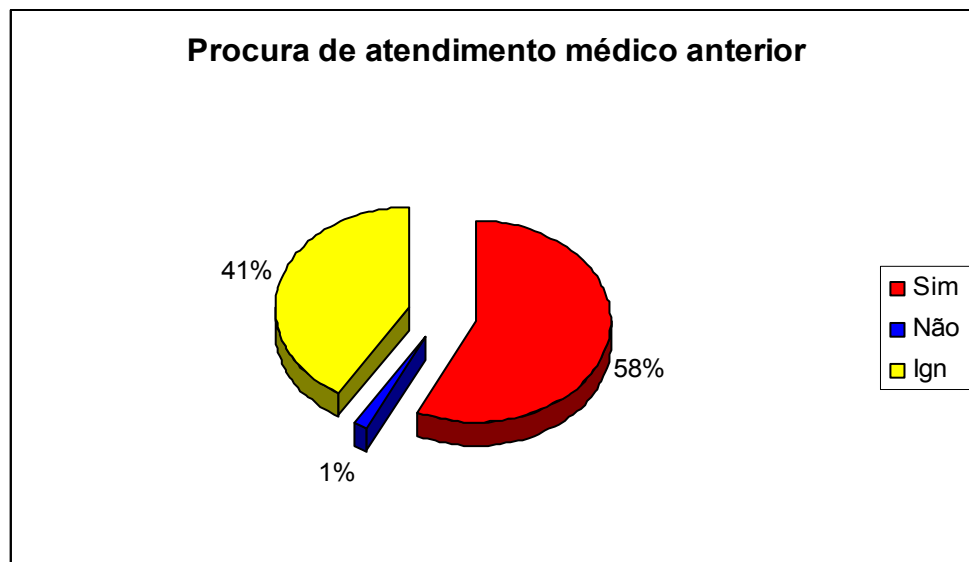


Figura 2 – Distribuição das pacientes segundo a procura de atendimento médico anterior.

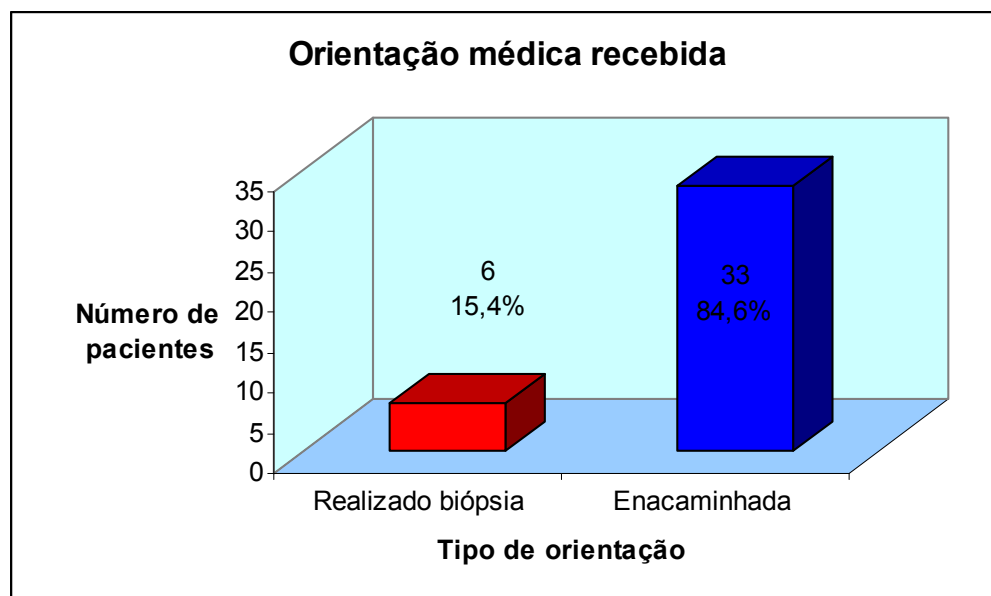


Figura 3 – Distribuição das pacientes segundo a orientação médica recebida.

Em relação à história menstrual das pacientes, sobretudo ao tempo de exposição aos estrógenos, apresentaram menarca variando entre 10 e 17 anos, com média de 12,67 anos (Figura 4); menopausa em média aos 47,84 anos, sendo que duas pacientes apresentaram menopausa tardia, após os 55 anos (Figura 5).

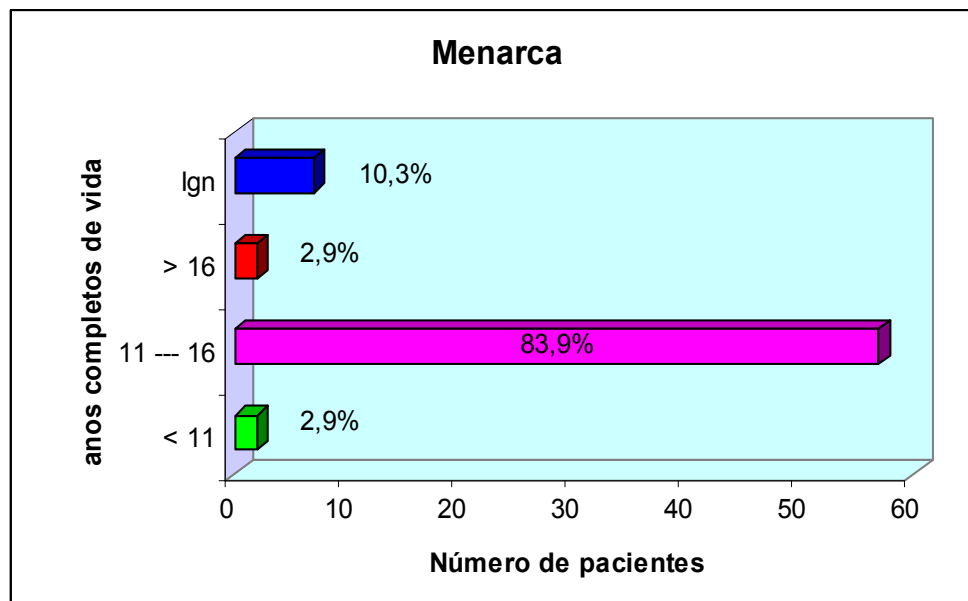


Figura 4 - Distribuição das pacientes segundo classificação da menarca em precoce, normal ou tardia.

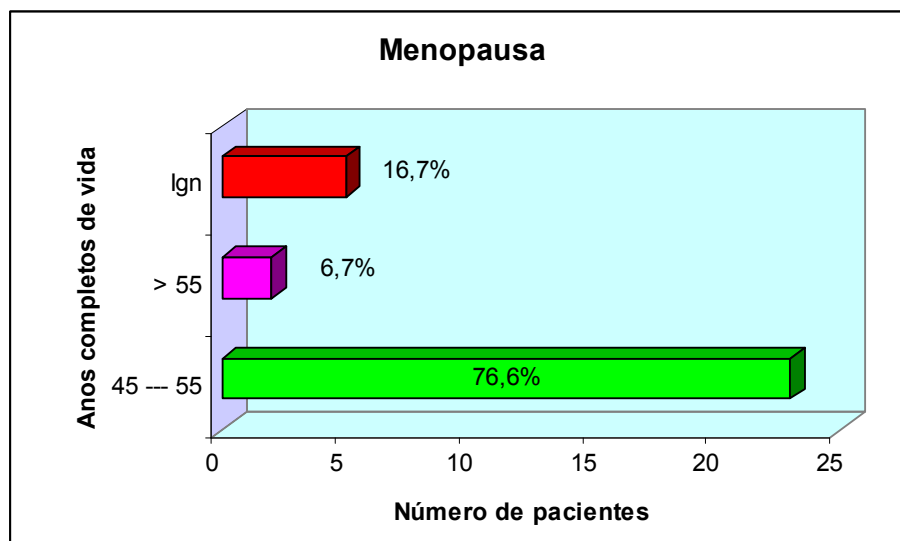


Figura 5 - Distribuição das pacientes segundo classificação da menopausa em precoce, normal ou tardia.

Houve ampla variação no número de filhos referido por cada paciente. Mais de 97% tiveram, pelo menos, uma gestação, com média de 3,22 filhos (Figura 6). Um total de 40 pacientes (59%) relatou ter amamentado por algum período de tempo (Figura 7).

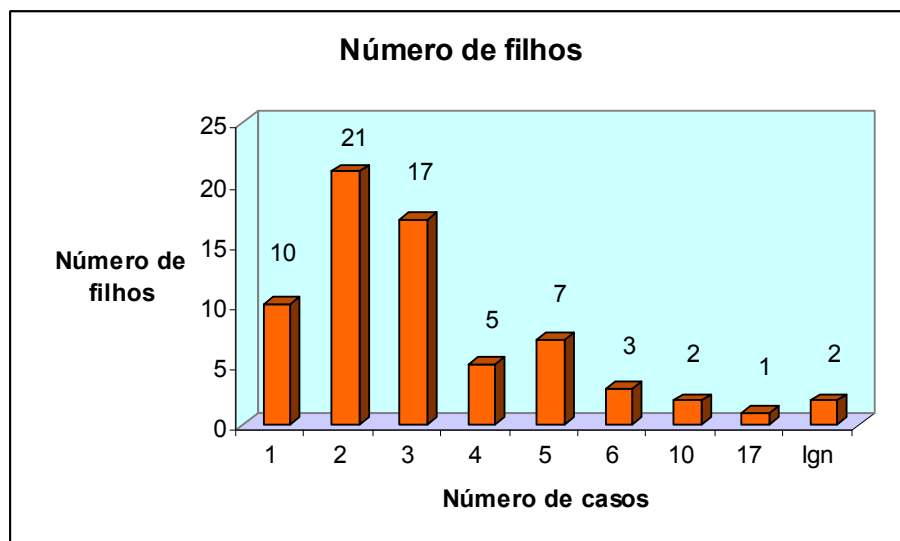


Figura 6 - Distribuição das pacientes segundo o número de filhos.

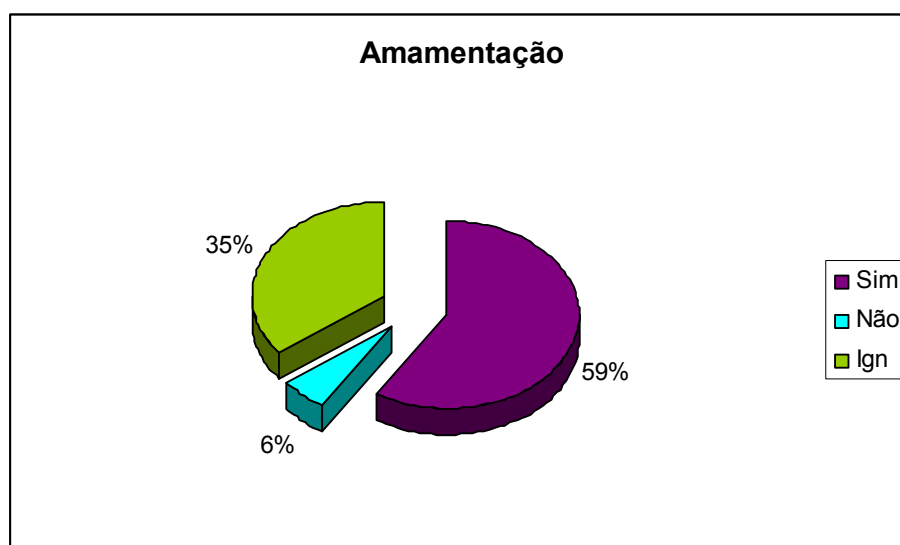


Figura 7 – Distribuição das pacientes segundo a ocorrência ou não de amamentação.

Cerca de vinte e oito por cento das pacientes tiveram história de parentes com câncer de mama; sete pacientes citaram ocorrência de câncer de mama em mãe, uma em irmã, seis em tia materna e cinco em primas de 1º grau (Figura 8).

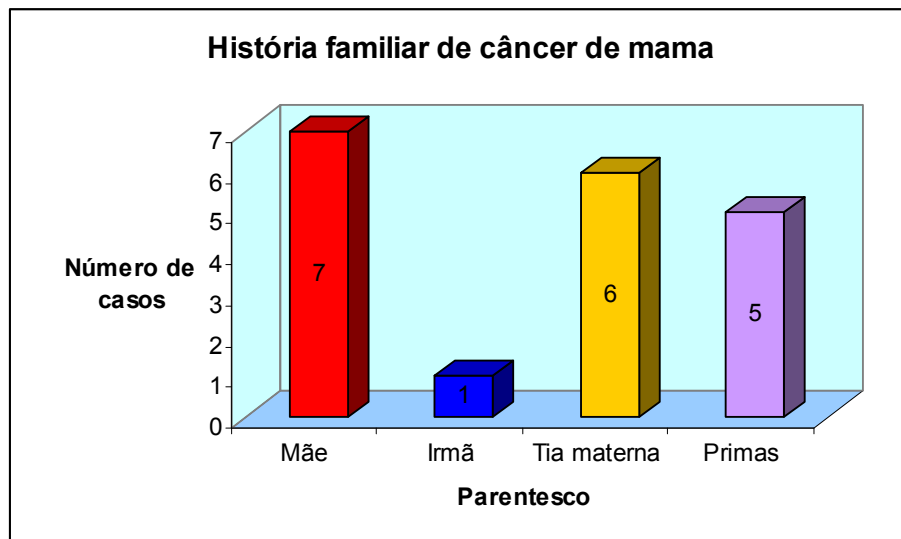


Figura 8 - Familiares com história de câncer de mama.

Ao categorizar-se segundo grau de parentesco, o que se tem é a prevalência da patologia em parentes de primeiro grau (42%), seguida de parentes de segundo grau (32%) e os demais eram parentes de terceiro grau (Figura 9).

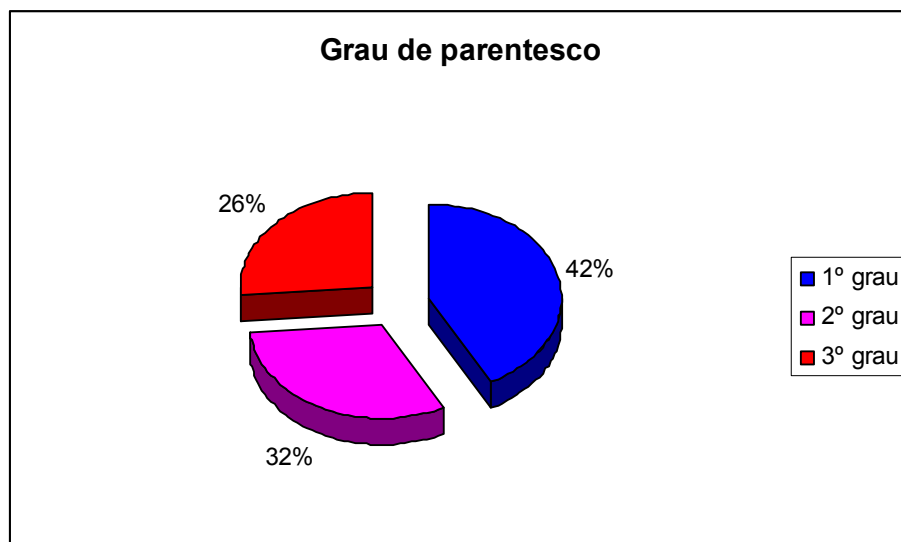


Figura 9 - Classificação dos familiares com história de doença maligna de mama conforme o grau de parentesco.

Neste estudo, dez pacientes (14,7%) relataram já terem tido alguma doença mamária anterior, sendo que em 7,4% dos casos a paciente referia ter tido alteração funcional benigna da mama (AFBM) e os demais casos se dividiam em ocorrência de cirurgia ou biópsias de lesões benignas, mastite puerperal e punção de cistos. A frequência das patologias mamárias pregressas é apresentada na figura 10.

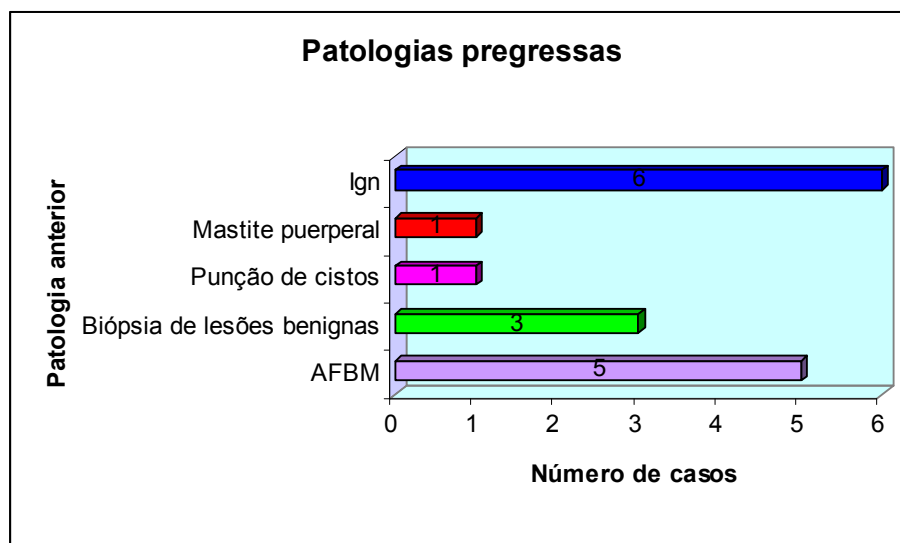


Figura 10 - Patologias mamárias pregressas.

Cinco pacientes (7%) referiram uso atual de terapia de reposição hormonal (TRH), como mostrado na figura 11. Trinta pacientes (44,1%) referiram o uso de anovulatórios, sendo que dessas, 16 (53,33%) referiram uso no passado e 14 (46,66%) referiram uso atual (Figura 12).

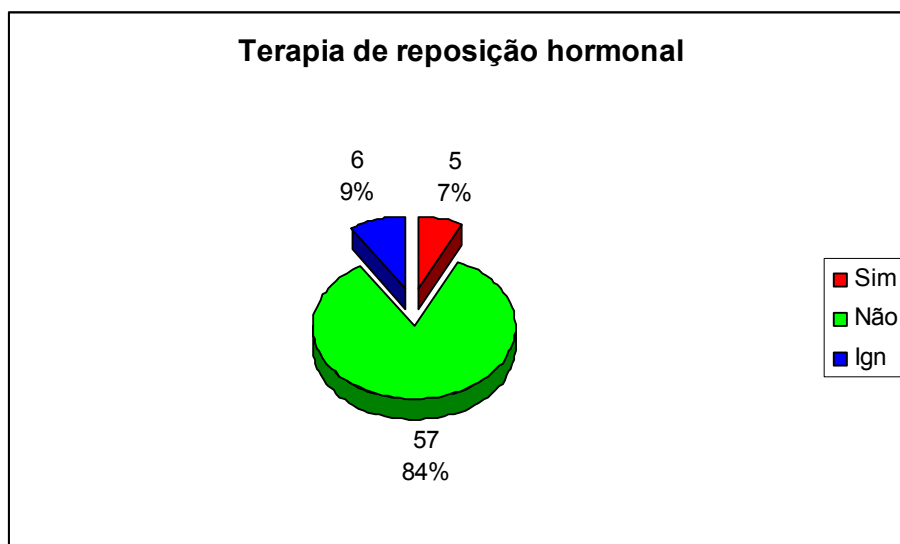


Figura 11 – Distribuição das pacientes segundo o uso de TRH.

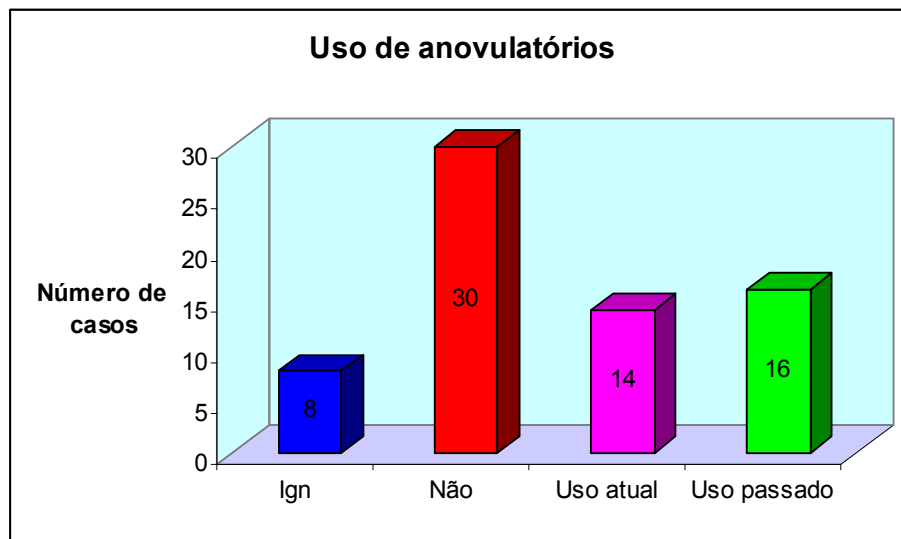


Figura 12 – Distribuição das pacientes segundo o uso de anovulatórios.

Cerca de noventa e dois por cento das pacientes realizaram o exame mamográfico (Figura 13), sendo que em 57 (83,8% do total) foi identificada alguma alteração. O nódulo foi o mais freqüente, representando 52,7% do total dos casos (Figura 14).



Figura 13 – Distribuição das pacientes segundo a realização de mamografia.

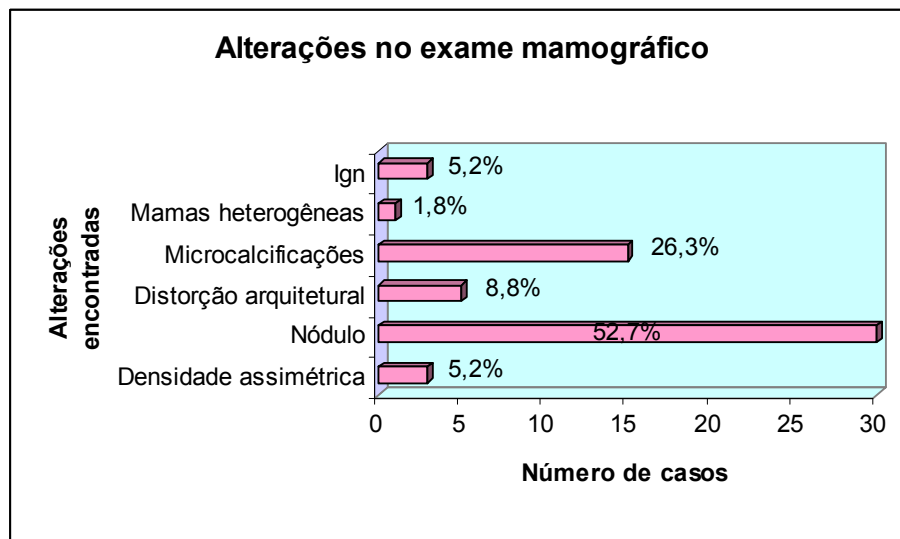


Figura 14 – Causas de alteração do exame mamográfico.

Das pacientes estudadas, 50 (73%) realizaram ultra-sonografia (USG) (Figura 15) e dessas, em 94% dos casos, o exame revelou-se alterado. Somente em 10,6% os nódulos foram considerados benignos e, na grande maioria (89,4%) foram suspeitos (Figura 16). Apenas quatro pacientes (6%) realizaram ressonância magnética (RM), evidenciando nódulo suspeito em todos os exames (Figura 17).

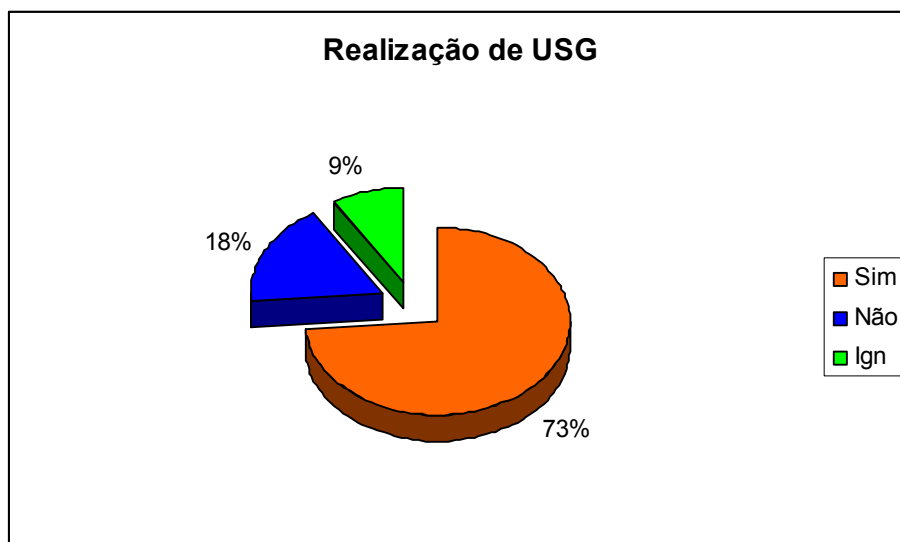


Figura 15 – Distribuição das pacientes segundo a realização de USG.

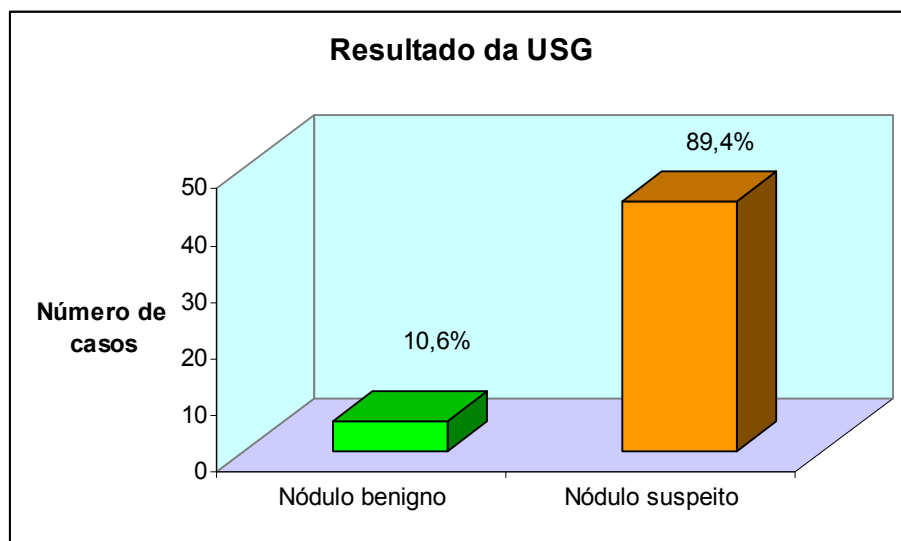


Figura 16 – Distribuição das pacientes segundo o resultado da USG.



Figura 17 – Distribuição das pacientes segundo a realização de ressonância magnética.

Em relação à punção aspirativa por agulha fina (PAAF), 45 pacientes (66,2%) a realizaram e em 36 delas (80%) a punção foi positiva (Figura 18). Trinta e cinco pacientes (51,5%) fizeram core biopsy e em 34 delas (97,1%), o resultado foi positivo (Figura 19).

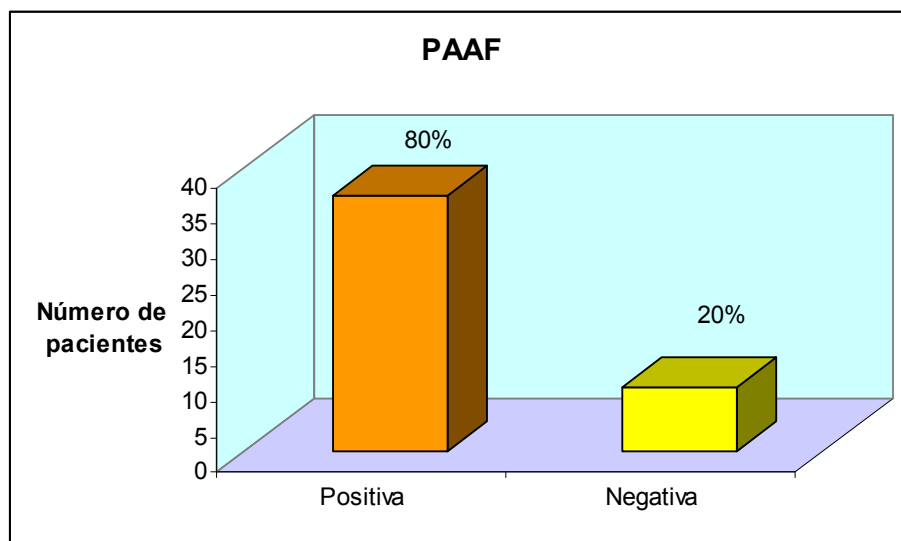


Figura 18 – Distribuição das pacientes segundo o resultado da PAAF.

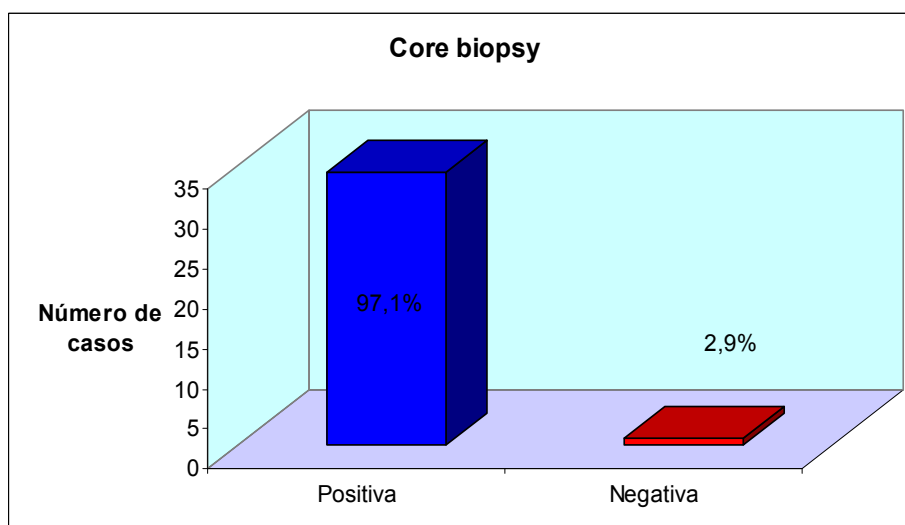


Figura 19 – Distribuição das pacientes segundo o resultado da core biopsy.

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, 37,7% das pacientes realizaram mastectomia radical; 32,1% cirurgia conservadora com linfadenectomia axilar total (LAT); 18,7% mastectomia simples com biópsia de linfonodo sentinela (BLS); e 11,5% cirurgia conservadora com BLS (Figura 20). Onze pacientes (16,2%) foram submetidas à cirurgia de reconstrução imediata, ou seja, realizada no mesmo ato operatório, sendo que cinco (45,45%)

usaram expansor definitivo e os demais casos se dividiram no uso de prótese e retalho miocutâneo do reto abdominal ou do grande dorsal (Figura 21).

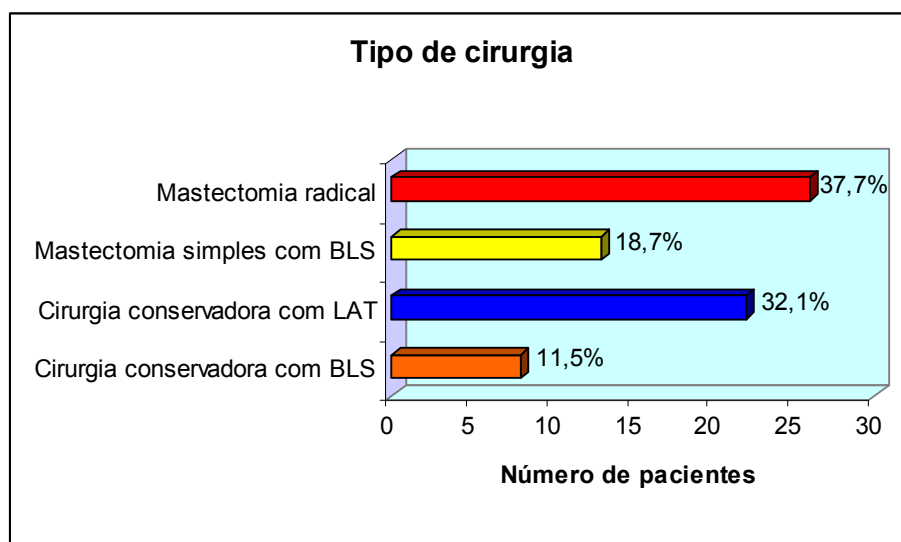


Figura 20 – Distribuição das pacientes segundo o tipo de cirurgia realizada.

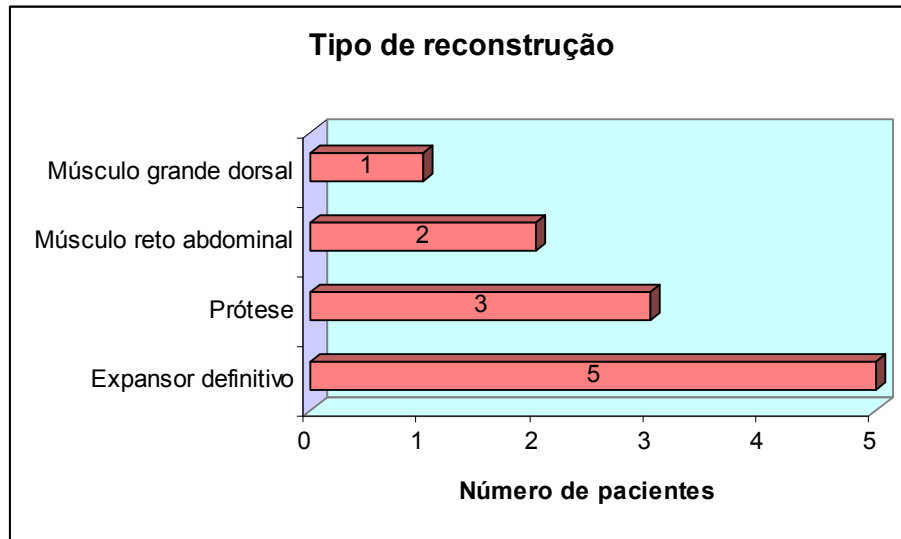


Figura 21 – Distribuição das pacientes segundo o tipo de reconstrução imediata realizada.

Trinta pacientes (44,1%) realizaram exame transoperatório, com biópsia do linfonodo sentinela. Em vinte e seis pacientes (86,6%) o linfonodo sentinela (LS) foi identificado, tendo sido positivo em oito (30,7%) e negativo em dezoito (69,3%) (Figura 22).

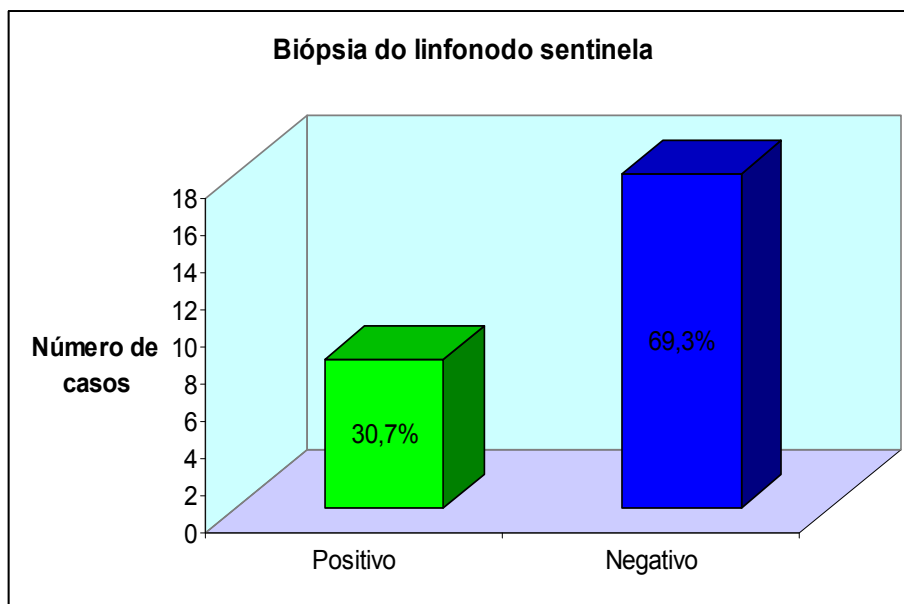


Figura 22 – Distribuição das pacientes segundo a BLS.

No exame anatomopatológico, o tipo histológico mais encontrado foi o ductal infiltrante, representando 88,1% dos casos; os demais tipos encontrados estão na figura 23. A média do tamanho do tumor foi de 2,79 cm, com predomínio de tumores entre 2,1 a 5 cm (Figura 24).

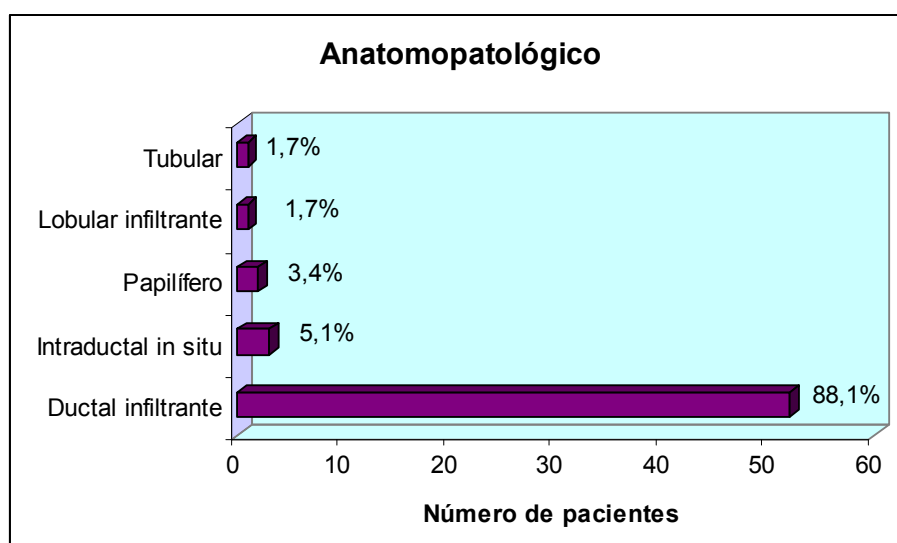


Figura 23 – Distribuição das pacientes segundo o exame anatomopatológico.

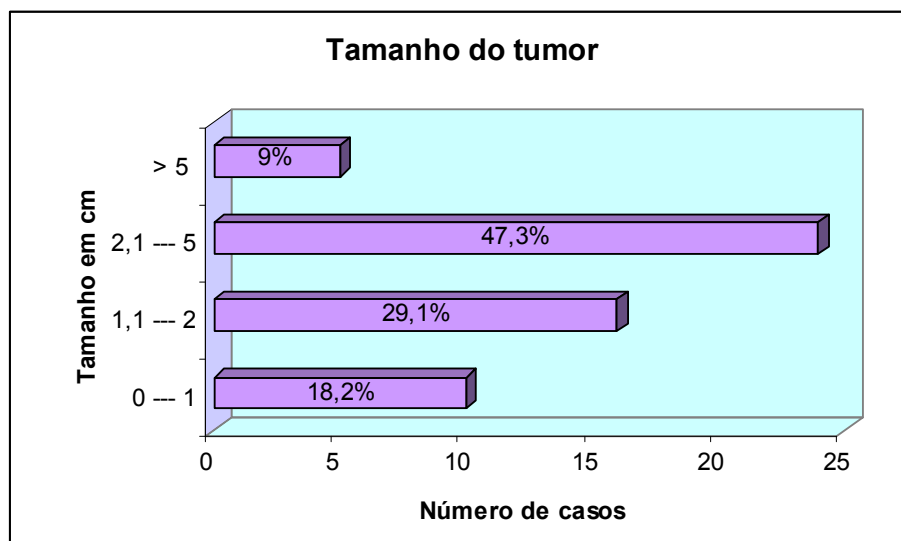


Figura 24 – Distribuição das pacientes segundo o tamanho do tumor.

Cinquenta e seis pacientes (82,4%) realizaram a imuno-histoquímica, com a avaliação dos receptores de estrogênio (RE), os receptores de progesterona (RP), HER-2 e Ki67. Os valores encontrados para cada tipo de receptor estão representados na figura 25. Trinta e quatro pacientes (50%) foram encaminhadas para tratamento adjuvante (figura 26).

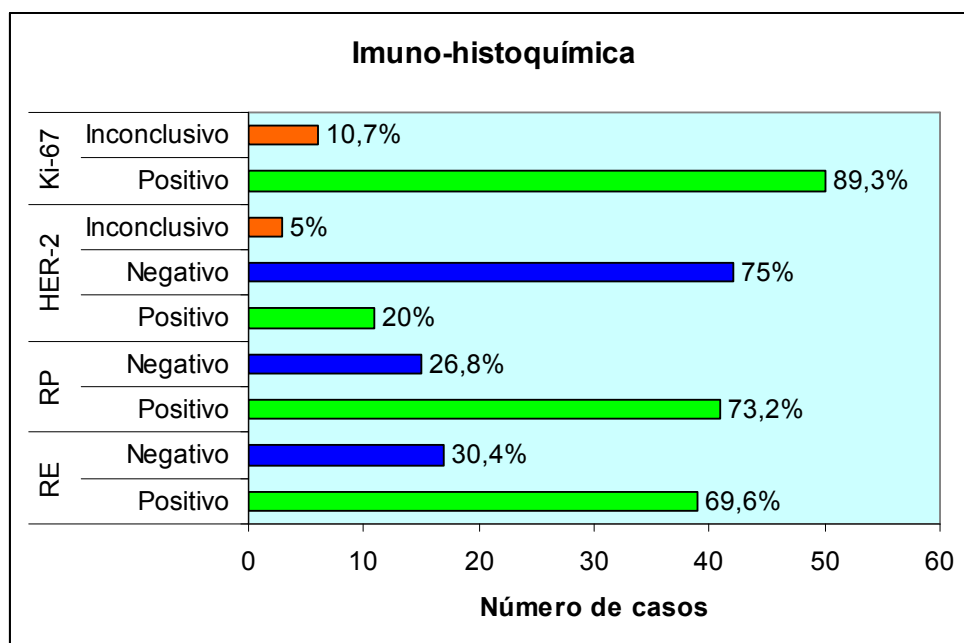


Figura 25 – Distribuição das pacientes segundo o resultado da imuno-histoquímica.



Figura 26 – Distribuição das pacientes segundo a indicação de tratamento adjuvante.

A partir do primeiro sintoma, a média de tempo para agendar a primeira consulta em serviço de referência foi de 9,88 meses. Do dia desta primeira consulta até a cirurgia, a média foi de 3,85 meses (Tabela 2).

Tabela 2 – Intervalos de tempo entre as etapas do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Intervalo (meses)	Média (Desvio-padrão)	Mediana (Mín-Máx)
Primeiro sintoma - Agendamento da consulta	9,88 (5,79)	12 (1-18)
Agendamento da consulta – Primeiro tratamento	3,85 (2,92)	3 (0-14)

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado no Serviço de Mastologia da MCD da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, que é centro de referência em saúde da mulher, assistindo não só importante parcela da população de Florianópolis, como pacientes oriundas de diversas outras localidades do estado.

Ao estudar 68 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para neoplasia maligna da mama no período em questão, não alcançamos tamanho de amostra satisfatório para avaliação do tempo decorrido do início das manifestações da doença até o tratamento adequado.

Tal dificuldade tende a ser minimizada com a continuidade do projeto, que visa não apenas a coleta de dados, mas também a uma melhoria na sistemática de avaliação das pacientes em cada etapa do estudo, além da importância dos dados obtidos na produção de conhecimento científico, como também na caracterização do trabalho realizado pelo serviço.

Propõe-se ainda que na continuidade deste projeto, ocorra a sistematização da coleta de dados na instituição de origem, trazendo maior desenvoltura e qualidade ao serviço.

A amostra obtida caracterizou-se por uma grande variação de idade, sendo que apenas 8,8% das pacientes apresentavam menos de 40 anos. Nessa faixa etária o câncer de mama é mais raro e a sua incidência aumenta drasticamente com a idade; de fato, de acordo com a literatura, aproximadamente 70% dos casos são diagnosticados em mulheres com mais de 50 anos [27].

Quanto à cidade de origem, o exercício de atividade remunerada, a raça, o estado civil e a escolaridade, não houve correlação estatisticamente significativa dessas variáveis com a demora no diagnóstico ou tratamento. Provavelmente não houve relação por causa do tamanho da amostra.

O principal sinal/sintoma inicial encontrado pelas pacientes foi o nódulo mamário. De acordo com a literatura, o sintoma clássico no câncer de mama é uma massa palpável, em geral de consistência endurecida, com contorno irregular e indolor [28]. Das pacientes que não procuraram recurso médico anterior, a média de tempo para agendarem consulta em serviço de referência foi maior, comparadas àquelas que logo procuraram ajuda médica.

Cerca de oitenta e sete por cento das pacientes apresentou padrão de primeira menstruação normal (entre 11 e 15 anos) ou tardia (após os 16 anos), associando-se ao dado de que apenas 6,7% apresentou menopausa tardia (após os 55 anos), podendo inferir que a população não está sendo submetida a estimulação estrogênica excessiva representada por elevado número de ciclos menstruais, fator este considerado de risco para câncer de mama.

A ocorrência de pelo menos um ciclo gestacional e a história de amamentação também figura entre os fatores protetores para a doença. Isso porque o ciclo gravídico proporciona a conclusão do desenvolvimento do parênquima mamário se tornando menos favorável à manutenção e proliferação anárquica de grupos celulares com falha de conteúdo nuclear, sendo mais eficiente quanto mais precoce for a gestação [29].

A população estudada não apresentou a dinâmica da sociedade moderna caracterizada por menor número de filhos: as pacientes tiveram em média 3,22 filhos e apenas 2,95% não tiveram filhos. E mais da metade das pacientes (59%) amamentaram seus filhos. Lembramos que a Maternidade Carmela Dutra, como instituição ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), recebe, em sua maioria, pacientes de baixa renda que, em nosso país, ainda apresentam altos índices de paridade.

Quanto à associação familiar de casos de câncer de mama, 28% das pacientes possuíam algum parente com história familiar positiva; dessas, 42% foram em parentes de 1º grau, sendo que essas mulheres apresentam risco relativo aproximadamente duas vezes maior para o câncer de mama, em relação às que não apresentam antecedentes [30].

Não houve relação estatisticamente significativa entre as patologias pregressas apresentadas pelas pacientes e o tempo de espera para o diagnóstico e para o tratamento do câncer de mama.

Sobre o uso da terapia de reposição hormonal, a sua associação com maior risco para câncer de mama é controversa. Análise de vários estudos observou que entre mulheres que utilizam TRH por menos de cinco anos não há aumento de risco para câncer de mama; nas que utilizam por mais de dez anos a associação é positiva, porém tal afirmativa permanece controversa [30]. Neste estudo, apenas 7,4% das pacientes referiram uso atual de TRH; entretanto a duração do uso e a época da instituição da terapêutica, se antes ou depois do diagnóstico do câncer de mama, não foram questionados, não podendo inferir risco ou não para essas pacientes.

Em relação ao uso de anovulatórios, muitos estudos relacionaram a hipótese da associação positiva entre o uso de anovulatórios e o câncer de mama com a idade de início, tempo e uso dos contraceptivos orais antes do primeiro filho. A conclusão final foi de que não há associação do risco para o câncer de mama em mulheres que utilizam anovulatórios [30]. Em nosso estudo foi apenas avaliado o uso, atual ou passado, ou o não uso dos contraceptivos orais, não tendo sido questionado tempo de uso ou época do início.

A mamografia é o único método de rastreamento que foi minuciosamente avaliado e que mostrou resultados positivos, além do que é apropriada para rastrear grandes populações [19]. Uma metanálise de estudos, que compararam mulheres rastreadas e não rastreadas, mostrou uma redução de 20% a 35% na mortalidade por câncer de mama [31]. Evidências mostram uma taxa de sobrevivência de 20 anos ou mais associado ao diagnóstico de pequenos tumores, demonstrando a vantagem em se detectar o câncer de mama oculto ao invés da doença sintomática [32]. A grande maioria das pacientes (92%) realizou o rastreamento mamográfico. Porém, não foi questionado se a mamografia foi inicialmente usada com o intuito de rastrear patologias mamárias ou se houve como motivação a presença de algum sinal/sintoma clínico de doença na mama.

Grande parte das pacientes realizou ultra-sonografia, sendo que em cerca de 90% delas o exame revelou nódulo suspeito. Em todas as pacientes, a USG foi usada como método auxiliar da mamografia. A USG não tem indicação em rastreamento de câncer de mama, pois dificilmente detecta microcalcificações (a não ser quando no interior de massas). A ecografia é especialmente útil em três situações específicas: avaliação de massas ou densidades assimétricas detectadas pela mamografia, avaliação de alterações palpáveis, especialmente em mamas densas, e como orientação em procedimentos intervencionistas [30].

Somente 6% das pacientes realizaram ressonância magnética como complementação da mamografia e da USG. A RM possui sensibilidade entre 90% e 100% [33] e tem sido utilizada na investigação de carcinomas clínica e mamograficamente ocultos, na detecção de recidivas e no diagnóstico de tumores difusos [30]. Entretanto, é ainda bastante cara e não está aprovada como teste de rastreamento [33].

Mais da metade das pacientes realizaram PAAF, core biopsy ou ambas as técnicas. Na PAAF, obtém-se um aspirado para análise citopatológica enquanto que na core biopsy obtém-se fragmentos de tecido para estudo histopatológico. Muitos investigadores consideram a core biopsy superior à PAAF por que: a interpretação do histopatológico é mais fácil e segura que a do citopatológico; o índice de material insuficiente é quase zero e a caracterização de lesões

benignas e malignas é mais completa, com concordância com a biópsia cirúrgica superior a 90% [30].

O tratamento cirúrgico, como abordagem primária do câncer de mama, está indicado nos casos iniciais e em casos avançados quando se tem condições de retirar todo o tumor. A cirurgia conservadora é realizada principalmente nos tumores de até 3 cm de tamanho, especialmente levando em consideração o tamanho da mama em relação ao tamanho do tumor. A mastectomia é indicada naqueles casos de tumores maiores ou multicêntricos. A escolha do tipo de cirurgia para as pacientes estudadas levou em consideração a extensão local da doença.

A doença maligna da mama representa para as pacientes uma condição especial, já que a região anatômica por ela afetada tem relação com a sua identidade sexual. Além do diagnóstico da doença, a mutilação advinda do tratamento cirúrgico está intimamente relacionada com a sua feminilidade e pode comprometer a mulher de maneira importante em sua auto-imagem e no relacionamento com as pessoas que a cercam. As cirurgias reconstrutoras imediatas são realizadas com o uso de próteses ou expansores de silicone ou através da transposição de retalhos miocutâneos do músculo grande dorsal ou reto abdominal.

O linfonodo sentinela é o primeiro linfonodo a receber drenagem linfática da área que contém o tumor primário. Em vários estudos sobre a identificação do LS observou-se que nos casos em que o LS era livre de comprometimento, o restante da região de drenagem também era [30]. Com a biópsia do LS e a avaliação do seu comprometimento, evita-se a dissecação da cadeia linfática correspondente de forma completa quando o seu resultado for negativo. O presente estudo revela que esta tecnologia está bem implementada no Serviço de Mastologia da MCD, consoante as recomendações atuais de abordagem da axila.

Oitenta e oito por cento do tipo histológico encontrado foi o ductal infiltrante, resultado este de acordo com a literatura, em que dos carcinomas infiltrantes, que são os mais comuns, o ductal é o mais prevalente [34].

O tamanho tumoral variou de 0,3 a 10,5 cm, com média de 2,79 cm, sendo que a maioria (47,3%) estava na faixa de 2,1 a 5 cm. As chances de recorrência aumentam quanto maior for o diâmetro tumoral que é, depois dos linfonodos, o principal fator prognóstico. O intervalo livre da doença geralmente diminui com o aumento do tamanho tumoral. A utilização rotineira do rastreamento mamográfico tem mudado a distribuição do tamanho

tumoral à época do diagnóstico [30]. Os benefícios do rastreamento aparecem em detectar tumores de pequenos tamanhos e menos metástases [15].

Os receptores de estrogênio têm valor prático prognóstico e preditivo de resposta, com os casos RE positivos exibindo evolução mais favorável, com melhor sobrevida livre de doença do que os casos RE negativos. Contudo, o grande papel desempenhado pelos RE é a resposta à hormonioterapia. A proliferação celular induzida pelos estrogênios é maior quando esse estímulo ocorre simultaneamente ao progesterônico. O valor prognóstico dos receptores de progesterona isolado tem pouca utilidade; mas a identificação dos RP traduz que os RE estão presentes e funcionantes. O oncogene HER-2 estimula a proliferação tumoral, a angiogênese e a capacidade de metastização; ainda, pode induzir à refratariedade à hormonioterapia e quimioterapia. O anticorpo Ki-67 está relacionado diretamente com o tamanho tumoral, o grau histológico, a invasão vascular e o status axilar; a expressão desse anticorpo representa menor intervalo livre de doença. A imuno-histoquímica das pacientes estudadas revelou maior porcentagem de RE e RP positivos e HER-2 negativo, mostrando que essas pacientes terão grandes benefícios no uso da hormonioterapia.

Na abordagem multidisciplinar do câncer de mama, o tratamento adjuvante é radioterápico ou clínico, com quimio ou hormonioterapia. A radioterapia se faz presente boa parte das vezes, desde os tumores não invasores, tumores invasores em estádios iniciais, tumores loco-regionalmente avançados até a doença metastática. Nesta gama de indicações, a radioterapia pode ter intenção curativa, buscando controle loco-regional a até aumento da sobrevida, ou paliativo, através do alívio dos sintomas e ganho na qualidade de vida. Porém, com a compreensão de que o câncer mamário não é uma doença localizada, a introdução da quimioterapia e da hormonioterapia revelaram benefícios, seja para aumentar o intervalo livre da doença ou para melhorar a sobrevida [30]. Metade das pacientes estudadas foi encaminhada para tratamento adjuvante; entretanto, nosso estudo não acompanhou a evolução dessas pacientes para analisar os benefícios advindos desse tratamento.

Estudos que avaliaram o efeito da demora do diagnóstico no prognóstico das pacientes com câncer de mama identificaram três fases no atraso diagnóstico: o atraso por parte das pacientes (o tempo desde a descoberta do primeiro sintoma até a procura de ajuda médica), o atraso do atendimento médico (desde a primeira consulta com o médico da assistência primária de saúde até o encaminhamento para serviço de referência) e o atraso da unidade de referência hospitalar (a partir do encaminhamento até o início do tratamento definitivo) [22, 35]. Em nosso estudo, pudemos observar duas etapas envolvidas na demora do diagnóstico da

doença maligna da mama. A primeira foi dependente da paciente em procurar os serviços de saúde a partir da descoberta do primeiro sintoma e do médico em encaminhar a paciente para serviço de referência; diferentemente dos estudos citados, não houve separação do atraso por parte das pacientes e do atendimento médico, uma vez que só avaliamos o tempo entre a percepção do sintoma mamário e a consulta no serviço de referência. A segunda etapa foi diretamente ligada ao próprio sistema de saúde e correspondeu à demora entre a primeira consulta em serviço de referência e o tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

Ao analisar os resultados, nota-se que o principal atraso está relacionado à primeira etapa, com média de tempo de 9,88 meses. Segundo Caplan e col. [23] e Smith e col. [32], diversas são as explicações dadas pelas próprias pacientes, tais como: considerar que o problema não era urgente ou importante, ter outros problemas de saúde, estar ocupada, priorizar outros problemas em detrimento da saúde, medo do diagnóstico, medo de ser discriminada, entre outras.

Um importante aspecto na conscientização das pacientes é a disseminação do conhecimento de que o câncer de mama não é rapidamente fatal, se diagnosticado precocemente, e que em muitos casos é curável. É fundamental alertar as mulheres para não ignorar um potente sinal/sintoma do câncer de mama, além da importância do seguimento das recomendações médicas. Programa de educação populacional mais efetivo deve ser implantado conscientizando as mulheres sobre a importância da mamografia e dos perigos e prejuízos envolvidos no atraso do diagnóstico de alterações mamárias.

Historicamente, a principal causa de atraso do atendimento médico tem sido uma garantia inapropriada de que uma massa palpável é benigna, sem confirmação por biópsia, ou falha em reportar corretamente os achados de mamografia ou biópsia [36]. Isso envolve a perda de chance de cura, a perda de chance de maior sobrevida e/ou à necessidade de submeter-se a um tratamento mais agressivo ou mais tóxico.

Uma vez que a neoplasia maligna da mama foi descoberta, a paciente deve ser admitida rapidamente para a cirurgia ou outro tratamento primário. A detecção e o tratamento do câncer de mama nos seus estágios iniciais resultam numa diminuição significativa da mortalidade por esse câncer. Esses dados estão de acordo com a literatura que mostra que atrasos de 6 a 12 meses na detecção e no tratamento do câncer de mama podem aumentar as taxas de recorrência e morte em até 10% [37].

Quanto à demora atribuída ao sistema de saúde, com média de 3,85 meses, uma possível causa é a dificuldade no agendamento de consultas e na marcação das cirurgias. Novamente segundo Caplan e col. [23], em estudo para avaliar as razões do atraso no diagnóstico do câncer de mama, cerca de 40% das mulheres tiveram um atraso diagnóstico devido ao sistema de saúde, de pelo menos quatro semanas, concluindo que atrasos dessa duração podem levar a doenças avançadas e pior sobrevida. De acordo com outro estudo, uma progressão significativa da doença ocorreu durante o atraso terapêutico, resultando em pior prognóstico [38]. Diminuir o atraso também pode melhorar o prognóstico das mulheres com mamografia suspeita e pode melhorar a eficácia dos programas de rastreamento e reduzir a mortalidade.

6 CONCLUSÕES

O tempo médio desde a percepção dos sinais/sintomas de doença maligna da mama até o encaminhamento para serviço de referência foi de 9,88 meses. E o tempo médio do diagnóstico ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama foi de 3,85 meses.

Houve predomínio da faixa etária acima dos 50 anos.

A forma mais comum de apresentação da doença foi através do nódulo mamário e a maioria dos casos não teve história familiar associada. A primeira menstruação e a menopausa ocorreram em idades habituais. Parcela significativa das pacientes teve gestações prévias e história de terem amamentado.

A mamografia e a USG, quando realizadas, detectaram a doença na maioria dos casos.

O tipo histológico mais encontrado foi o carcinoma ductal infiltrante, predominando os tumores maiores que 2 cm e menores que 5 cm.

A maioria dos tumores (em média 70%) expressou a proteína receptora para estrogênio e progesterona, e a minoria (20%) apresentou superexpressão do oncogene HER-2.

A conclusão final é que é necessário, através de discussões e ações de política de saúde, diminuir o tempo para diagnosticar e tratar o câncer de mama no serviço de referência do Estado de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007, 98p [acesso em 2007 Set 24]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2
2. Aguilar VLN, Bauab SP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. Rev Bras Mastol. 2003;13:82-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007, 98p [acesso em 2007 Set 24]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer Statistics 2007. CA Cancer J Clin. 2007;57:43-66.
5. Santa Catarina. Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) [homepage na Internet]. Florianópolis: SIM, 2007. [aproximadamente 1 Tela]. [acesso em 2007 Set 24]. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim96.def
6. Almeida OJ, Zeferino JC, Teixeira LC. Mamografia de rastreamento em mulheres idosas. Femina. 1999;27:627-29.
7. Lopes ER, Rebelo MS, Adib AR, Abreu E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. Rev Bras Cancerologia. 1996;42(12):105-16.
8. Basset LW, Jackson VP, Jahan R, Fu YS, Gold RH. Doenças da mama: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle de Câncer de Mama: documento de consenso.
10. Baségio DL, Koch HA. Formas de diagnóstico do câncer de mama na mulher gaúcha. Rev Bras Mastol. 1998;8:64-71.
11. Luna M, Koch HA. Avaliação dos laudos mamográficos: padronização prática de recomendação de conduta para um programa de detecção precoce do câncer de mama por meio da mamografia. Rev Bras Mastol. 2002;12(1):7-12.
12. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a “Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. Radiol Bras. 2002;35(3):139-45.

13. Klemi PJ, Parvinen I, Pylkkanen L, Kauhava L, Immonen-Raiha P, Rasanen O, et al. Significant improvement in breast cancer survival through population-based mammography screening. *Breast*. 2003;12(5):308-13.
14. Baségio DL. Métodos de diagnóstico do câncer de mama – uma contribuição a “Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
15. Tabar L, Dean PB. Mammography and breast cancer: the new era. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82(3):319-26.
16. Coburn NG, Chung MA, Fulton J, Cady B. Decreased breast cancer tumor size, stage and mortality in Rhode Island: an example of a well-screened population. *Cancer Control*. 2004;11(4):222-30.
17. Boyle P. Mammographic breast cancer screening: after the dust has settled. *Breast*. 2003;12(6):351-56.
18. Mincey BA, Perez EA. Advances in screening, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(6):810-6.
19. Junkermann H. Breast cancer screening. Mammography Screening Center Bremen, Germany: Elsevier; 2004.
20. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton P, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353:1127-31.
21. Jenner DC, Middleton A, Webb WM, Oommen R, Bates T. In-hospital delay in the diagnosis of breast cancer. *Br J Surg*. 2000;87(7):914-19.
22. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg*. 2004;91(1):49-53.
23. Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN, Edwards BK. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med*. 1996;25:218-24.
24. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1119-26.
25. Ganry O, Peng J, Dubreuil A. Influence of abnormal screens on delays and prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *J Med Screen*. 2004;11:28-31.
26. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. 2004. [6 Telas]. [acesso em 2007 Out 1]. Disponível em www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_3-en.pdf
27. Djordjevic N, Karanikolic A, Pesic M. Breast cancer in elderly women. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;39(3):291-9.

28. Goldman L, Ausiello D. Tratado de medicina interna. 22ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 1424-33.
29. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 979-1002.
30. Boff, RA. Mastologia aplicada: abordagem multidisciplinar. 1ª edição. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.
31. Fletcher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. N Engl J Med. 2003;348:1672-80.
32. Smith RA, Caleffi M, Albert US, Chen THH, Duffy SW, Franceschi D, et al. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. Breast J. 2006;12(1):S16-26.
33. Mincey BA, Perez EA, Advances in screening, diagnosis, and treatment of breast cancer. Mayo Clin Proc. 2004;79(6):810-6.
34. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, et al. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. Breast. 2004;6:R149-56.
35. Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast cancer symptoms: a retrospective analysis. Lancet. 1999;353:1132-35.
36. Goodson WH, Moore DH. Causes of physician delay in the diagnosis of breast cancer. Arch Intern Med. 2002;162:1343-48.
37. Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. Cancer. 2002;94:2143-50.
38. Hardin C, Pommier S, Pommier RF. The relationships among clinician delay of diagnosis of breast cancer and tumor size, nodal status and stage. Am J Surg. 2006;192:506-8.

NORMAS ADOTADAS

Foi utilizada a Normatização para os Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, segundo a Resolução aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO 1 – Formulário Relato/Parecer do Projeto



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP

FORMULÁRIO RELATO/PARECER DO PROJETO

Título do Projeto: **AValiação DO TEMPO DECORRIDO ENTRE OS PRIMEIROS SINAIS E/OU SINTOMAS DE CâNCER DE MAMA E INÍCIO DO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DA MCD / SES**

Relator:	Referência No Origem
Nomes dos Pesquisadores: Gabrielle Laurindo M. de Oliveira Dr. Carlos Gilberto Crippa	

PROTOCOLO

1. Objetivo(s) do Estudo:			
2. Material e Método	☒ Adequados ☐ Ausentes	☐ Inadequados ☐ Incompleto	
3. Número de Indivíduos e Método de Seleção	☒ Adequados ☐ Ausentes	☐ Inadequados ☐ Incompleto	
4. Medidas a Serem Obtidas	☒ Adequadas ☐ Ausentes	☐ Inadequadas ☐ Incompleto	
5. Forma de Armazenamento e Avaliação dos Dados – Confidencialidade	☒ Adequadas ☐ Ausentes	☐ Inadequadas ☐ Incompletas	
6. Tempo de Duração do Estudo	☒ Adequado ☐ Ausentes	☐ Inadequado ☐ Incompleto	
7. Relação Risco-benefício	☒ Adequada ☐ Ausente	☐ Inadequada ☐ Incompleto	
8. Procedimentos de Desconforto e Distresse	☐ Adequados ☒ Ausentes	☐ Inadequados ☐ Incompleto	NSA ()
9. Grau de Risco	☐ Adequado ☐ Ausente	☐ Inadequado ☒ NSA	
10. Compensação/Arranjos Financeiros	☒ Adequados ☐ Ausentes	☐ Inadequados ☐ Não se aplica	
11. Indenização	☐ Adequada ☐ Ausente	☐ Inadequada ☒ Não se Aplica	



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO			
1. Informações ao indivíduo a ser pesquisado (incluindo todo o procedimento, medidas a serem obtidas, riscos e benefícios e, desconforto).	☐ Adequadas ☐ Ausentes	☐ Inadequadas ☐ Incompletas	☐ NSA
2. Uso da linguagem para escrever o Formulário de Consentimento.	☒ Adequada ☐ NSA	☐ Inadequada	
3. Acompanhamento assistencial.	☐ Adequada ☐ Ausente	☐ Inadequada ☐ Incompleto	☒ NSA
4. Produção de fotografias, filmagens, etc. Verificar se houve permissão para obtenção destes e, a forma de sigilo do material (e.g. fotos).	☐ Adequada ☐ Ausentes	☐ Inadequada ☐ Incompleto	☒ Não se Aplica
5. Elaboração de questionários.	☒ Adequada ☐ Ausente	☐ Inadequada ☐ Incompleto	☐ Não se Aplica

Comentários:

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa:

Assinatura do Relator

☒ APROVADO
☐ APROVADO, COM PENDÊNCIA
☐ RETIRADO
☐ APROVADO E ENCAMINHADO À CONEP/MS
☐ REPROVADO

Florianópolis, 03, de outubro de 2007

Assinatura do Coordenador

Ref. Adaptado do modelo de Parecer de Projeto - Curso de Comitê de Ética em Pesquisa - Brasília, HCPA/UFROS, 1997

ANEXO 2 - Questionário

QUESTIONÁRIO PACIENTES COM CA DE MAMA ATENDIDAS NA MCD

- 1- NOME _____
REGISTRO _____
- 2- IDADE _____
- 3- CIDADE DE ORIGEM _____ () Fpolis () Gde Fpolis () Litoral () Interior estado
- 4- EXERCE ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA () Sim () Não
- 5- RAÇA
() Branca () Negra () Amarela
- 6- ESTADO CIVIL
() Solteira
() Casada/ união estável
() Viúva
() Separada/divorciada/desquitada
- 7- ESCOLARIDADE
() Analfabeta
() 1º grau completo ou incompleto
() 2º grau completo ou incompleto
() 3º grau completo ou incompleto
- 8- MOTIVO DA CONSULTA
Nódulo () Sim () Não
Retrações (pinçamentos ou retrações de pele e mamilo) () Sim () Não
Aumento de volume () Sim () Não
Derrame papilar () Sim () Não
Processo inflamatório () Sim () Não
Ulcerações (feridas) () Sim () Não
Assintomática () Sim () Não
Associação de sintomas () Sim () Não
- 9- HÁ QUANTO TEMPO APRESENTA A QUEIXA? Em meses: _____
- 10- PROCUROU RECURSO MÉDICO ANTERIOR?
() Sim
() Não
- 11- QUAL A ORIENTAÇÃO RECEBIDA?
() Medicação sintomática () Encaminhada p/ serviço de referência () Realizado biópsia
- 12- HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA
() Sim () Não () Não sabe
- 13- QUAL FAMILIAR (GRAU DE PARENTESCO)?
Mãe () Sim () Não () NSA
Irmã () Sim () Não () NSA
Tia materna () Sim () Não () NSA
Tia paterna () Sim () Não () NSA
Primas irmãs () Sim () Não () NSA
Avó materna () Sim () Não () NSA

Avó paterna () Sim () Não () NSA

14- EM QUE PERÍODO DA VIDA? Idade: _____ () Não sabe () NSA

15- MENARCA Idade: _____ () Não sabe

16- MENOPAUSA
() Sim () Não

17- IDADE DA MENOPAUSA Idade: _____ () Não sabe () NSA

18- GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____

19- NÚMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU: _____ Tempo médio de duração: _____

20- USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL
() Sim () Não

21- PERÍODO DE USO DA TRH
() Atual () Passado () NSA

22- USO DE ANOVULATÓRIO
() Sim () Não

23- PERÍODO DE USO DE ANOVULATÓRIO
() Atual () Passado () NSA

24- ANTECEDENTES DE PATOLOGIA MAMÁRIA

Ca de mama oposto () Sim () Não

Ca na mesma mama () Sim () Não

AFBM () Sim () Não

Mastite puerperal () Sim () Não

Mastite não puerperal () Sim () Não

Punção de cistos () Sim () Não

Cirurgia ou biópsias de lesões benignas () Sim () Não

Traumatismos () Sim () Não

Mamoplastias () Sim () Não

Silicone () Sim () Não

25- EXAME CLÍNICO

A- INSPEÇÃO

Alterações () Sim () Não

Retração ou pinçamento de pele () Sim () Não () NSA

Retração de mamilo () Sim () Não () NSA

Ulceração de mamilo () Sim () Não () NSA

Abaulamento ou deformidade pela presença de tu () Sim () Não () NSA

Cicatriz de cirurgia recente () Sim () Não () NSA

B- PALPAÇÃO DAS MAMAS

Tu palpável () Sim () Não

Tamanho em cm: _____ () NSA

C- PALPAÇÃO AXILAR HOMOLATERAL

Linfonodos palpáveis () Sim () Não

Linfonodos palpáveis suspeitos () Sim () Não () NSA

D- PALPAÇÃO DE FOSSA SUPRACLAVICULAR

Linfonodos palpáveis () Sim () Não

Linfonodos palpáveis suspeitos () Sim () Não () NSA

26- EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

A- MAMOGRAFIA

Realizada ☐ Sim ☐ NãoMamografia alterada ☐ Sim ☐ Não ☐ NSADensidade mamária assimétrica ☐ Sim ☐ Não ☐ NSANódulo ☐ Sim ☐ Não ☐ NSADistorção arquitetural ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAMicrocalcificações ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAMamas heterogêneas e densas ☐ Sim ☐ Não ☐ NSACLASSIFICAÇÃO BI-RADS☐ BI-RADS 0 ☐ BI-RADS 1 ☐ BI-RADS 2 ☐ BI-RADS 3 ☐ BI-RADS 4 A, 4 B, 4C☐ BI-RADS 5 ☐ BI-RADS 6 ☐ NSA

B- ULTRA-SONOGRAFIA

Realizada ☐ Sim ☐ NãoUSG alterada ☐ Sim ☐ Não ☐ NSANódulo benigno ☐ Sim ☐ Não ☐ NSANódulo ou alteração suspeita ☐ Sim ☐ Não ☐ NSACLASSIFICAÇÃO BI-RADS☐ BI-RADS 0 ☐ BI-RADS 1 ☐ BI-RADS 2 ☐ BI-RADS 3 ☐ BI-RADS 4 A, 4 B, 4C☐ BI-RADS 5 ☐ BI-RADS 6 ☐ NSA

C- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Realizada ☐ Sim ☐ NãoRM alterada ☐ Sim ☐ Não ☐ NSANódulo benigno ☐ Sim ☐ Não ☐ NSANódulo ou alteração suspeita ☐ Sim ☐ Não ☐ NSACLASSIFICAÇÃO BI-RADS☐ BI-RADS 0 ☐ BI-RADS 1 ☐ BI-RADS 2 ☐ BI-RADS 3 ☐ BI-RADS 4 A, 4 B, 4C☐ BI-RADS 5 ☐ BI-RADS 6 ☐ NSA

D- PAAF

Realizada ☐ Sim ☐ NãoPositiva ou suspeita ☐ Sim ☐ Não ☐ NSA

E- CORE BIOPSY / BIOPSIA PERCUTÂNEA COM AGULHA GROSSA

Realizada ☐ Sim ☐ NãoPositiva ou suspeita ☐ Sim ☐ Não ☐ NSA

28- ESTADIAMENTO CLINICO: T _____ N _____ M _____

☐ Estádio 0 ☐ Estádio I ☐ Estádio IIA ☐ Estádio IIB ☐ Estádio IIIA☐ Estádio IIIB ☐ Estádio IV

29- CIRURGIA REALIZADA: DATA _____/_____/_____

Cirurgia conservadora c/ BLS ☐ Sim ☐ Não ☐ NSACirurgia conservadora c/ LAT ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAMastectomia simples c/ BLS ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAMastectomia radical ☐ Sim ☐ Não ☐ NSA

30- FEZ RECONSTRUÇÃO IMEDIATA?

☐ Sim ☐ Não

31- TIPO DE RECONSTRUÇÃO

Expansor temporário ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAExpansor definitivo ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAPrótese definitiva ☐ Sim ☐ Não ☐ NSAMusc. grande dorsal ☐ Sim ☐ Não ☐ NSATRAM monopediculado ☐ Sim ☐ Não ☐ NSATRAM bipediculado ☐ Sim ☐ Não ☐ NSA

32- EXAME TRANSOPERATÓRIO () Sim () Não

BLS () Sim () Não () NSA

Técnica () Azul () Tecnécio () NSA

Identificado () Sim () Não () NSA

Resultado da identificação () Positivo () Negativo () NSA

Número de LS dissecados: _____ () NSA

Diagnóstico para carcinoma () Positivo () Negativo () NSA

Margens () Positivo () Negativo () NSA

33- LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO

() Não realizado () Realizado

LABORATÓRIO: _____ DATA: ____/____/____

TIPO HISTOLÓGICO

() Lobular in situ () Intraductal in situ () Com comedonecrose () Sem comedonecrose

() Lobular infiltrante () Ductal infiltrante () Medular () Cribiforme

() Tubular () Mucinoso () Papilífero () Micropapilar

() Epidermóide () Apócrino () Adenóide cístico

TAMANDO DO TUMOR(cm): _____DISTÂNCIA DA MENOR MARGEM: () $\leq 1\text{mm}$ () $> 1\text{mm}$ INVASÃO ANGIOLINFÁTICA: () Sim () NãoGRADUAÇÃO HISTOLÓGICA: () I () II () III () Não graduadoGRADUAÇÃO NUCLEAR: () I () II () III () Não graduadoCOMPONENTE INTRADUCTAL EXTENSO (25% da área do tu): () Presente () AusenteNº LINFONODOS DISSECADOS: _____Nº LINF. COMPROMETIDOS: _____ESTADIAMENTO PATOLÓGICO: _____

34- IMUNO-HISTOQUÍMICA () Não realizada () Realizada

RE () Positivo () Negativo () NSA

HER2 () Positivo () Negativo () NSA

p53 () Positivo () Negativo () NSA

Ki67 () Positivo () Negativo () NSA

35- TRATAMENTO ADJUVANTE

() Sim () Não

36- TIPO DE TTO ADJUVANTE DATA ____/____/____

() Radioterapia () Hormonioterapia () Quimioterapia () NSA

37- DATAS

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

DATA DO INFORME DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

DATA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO: ____/____/____

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ADJUVANTE: ____/____/____

DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO: ____/____/____

ANEXO 3 – Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

NOME DO PROJETO: “AVALIAÇÃO DO TEMPO DECORRIDO ENTRE OS PRIMEIROS SINAIS E/OU SINTOMAS DE CÂNCER DE MAMA E INÍCIO DO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA”

Orientador/Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Carlos Gilberto Crippa – CREMESC: 2169

Acadêmica/Pesquisadora Principal: Gabrielle Laurindo Mariano de Oliveira

Declaro que fui devidamente informada e que estou de acordo em participar do estudo sobre a avaliação do tempo de espera para o tratamento do câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra.

Sei da importância em se fazer a mamografia para diagnosticar precocemente o câncer de mama e da importância do tratamento adequado.

Fui informada e garantida que terei toda a assistência durante o meu tratamento; que não terei nenhum custo financeiro; que posso precisar de exames e/ou tratamento complementares; que a minha identificação ficará em sigilo; que os dados dos exames poderão ser utilizados para estudo, publicações ou eventos científicos; que poderei desistir de participar do estudo em qualquer momento, sendo que para tanto devo entrar em contato com a pesquisadora principal pelos telefones (48)3234-6061 e 9112-1777 ou, ainda, pelo e-mail glaurindo@pop.com.br

Prof. Dr. Carlos Gilberto Crippa
Pesquisador Responsável

Gabrielle L. M. de Oliveira
Pesquisadora Principal

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar.

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;

- 05 minutos para cada membro da Banca;

- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____