

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VIVIAN CRISTINI AZEVEDO

**MORTALIDADE DO CÂNCER DE MAMA FEMININO NO ESTADO DE MATO
GROSSO- MT**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VIVIAN CRISTINI AZEVEDO

**MORTALIDADE DO CÂNCER DE MAMA FEMININO NO ESTADO DE MATO
GROSSO- MT**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Tânia Silva Gomes Carneiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **MORTALIDADE DO CÂNCER DE MAMA FEMININO NO ESTADO DE MATO GROSSO- MT** de autoria do aluno **VIVIAN CRISTINI AZEVEDO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis

Profa. Dra. Tânia Silva Gomes Carneiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Aos meus dois amores em especial, YAN CARLOS E MARIANA VITÓRIA.

Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis,

As pedras do caminho se tornam montanhas,

Os fracassos se tornam em golpes fatais.

Mas, se você tiver grandes sonhos.

Seus erros produzirão crescimento,

Seus desafios produzirão oportunidades,

Seus medos produzirão coragem.

Por isso, meu ardente desejo é que você

NUNCA DESISTA DE SEUS SONHOS.

Augusto Cury

Extraído do livro: "Nunca desista de seus sonhos".

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e coragem nesta caminhada.

Agradeço aos meus filhos por suportar meus momentos de ausência em que eu estava pesquisando para formular esta monografia.

À minha família em especial, às minhas irmãs Liamil e Luzenil, pois passaram por tratamentos de Câncer de Mama, no qual foi mais um incentivo para minha pesquisa.

À minha orientadora e professora Tânia Silva Gomes Carneiro, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

À Coordenadora de Monografia Prof^a. Dra. Flávia Regina Souza Ramos pelo apoio, força e ajuda.

À professora e coordenadora do curso Dra. Vânia Marli Schubert Bac oportunidade cedida em realizar este curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	09
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Óbitos de residentes no Mato Grosso por ano devido a Cancer de Mama **09**
(CID C50) na faixa etária de 20 a 39 anos.

Tabela 2. População residente no Mato Grosso na faixa etária de 20 a 39 anos..... **09**

Tabela 3: Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes devido a Câncer de Mama **10**
(CID C50) na faixa etária de 20 a 39 anos no Mato Grosso, por ano.

Tabela 4. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes devido a Câncer de Mama **10**
(CID C50) na faixa etária de 20 a 39 anos no Mato Grosso, por anos.

Tabela 5. Gráficos de índice de mortalidade em mulheres de diferentes raça/cor..... **12**

RESUMO

O câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos é incomum. Entretanto, nessa população a doença cursa, em geral, com pior prognóstico. O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade. Estudos demonstram que existem diversos fatores de risco relacionados a essa neoplasia, entre os quais: idade, duração da atividade ovariana, hereditariedade, hábitos de vida (tipo de alimentação, consumo de bebida alcoólica e de tabaco), medicamentos (anticoncepcionais, repositores hormonais), localização geográfica, entre outros. Alterações genéticas também estão relacionados. **O objetivo** deste estudo partiu da vivência prática com mulheres jovens, internadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá-MT para o tratamento da doença em estágio avançado. Foi realizado um estudo descritivo com dados secundários disponíveis no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério de Saúde. Foram incluídos óbitos de mama (CID.C 50) no período de 2000 a 2011, ocorridos no estado de Mato Grosso, registrados neste sítio. E a seleção de artigos em consulta ao Scielo através do seu sistema de busca, utilizando as palavras chaves: mulheres jovens e câncer de mama. Em análise destes dados, nota-se uns índices de mortalidade elevados em mulheres jovens, devido diagnosticam ser feito quando a doença encontra-se em metástase, estadiamento clínico avançado e ausência de resposta terapêutica ao tratamento.

1 INTRODUÇÃO

Câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, excluindo os tumores de pele não melanoma (INCA/2011). No Brasil, para os anos de 2012 e 2013, é estimada a ocorrência de 52.680 novos casos, com um risco de 52 casos para cada 100 mil mulheres, representando também a causa mais frequente de morte por câncer no sexo feminino.

O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, tanto funcional como social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade (INCA, 2008).

Segundo Gonzales-ângulo *apud* Pinheiro et al (2013, p. 352) é considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade. Embora a incidência do câncer de mama em países desenvolvidos seja maior, sua mortalidade é menor devido à melhor eficiência tanto no rastreamento quanto no tratamento. No Brasil, entretanto, observa-se aumento tanto da incidência como da morbidade e mortalidade, uma vez que ainda existem inúmeras barreiras que perduram desde o acesso às ações de detecção precoce até às dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos indicados. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, gerando importantes impactos individuais, sociais e políticos, sendo considerado um problema de saúde Pública e um dos alvos primordiais da Política nacional de atenção oncológica (INCA, 2011).

Pinheiro et al (2013, p.352) destacam que de acordo com HUNTER DJ, os estudos demonstram que existem diversos fatores de risco relacionados a essa neoplasia, entre os quais: idade, duração da atividade ovariana, hereditariedade, hábitos de vida (tipo de alimentação, consumo de bebida alcoólica e de tabaco), medicamentos (anticoncepcionais, repositores hormonais), localização geográfica, entre outros. Já para Yoshida, as alterações genéticas também estão relacionadas ao desenvolvimento de câncer de mama, a exemplo das mutações nos genes Brca1/Brca2, responsáveis pelo reparo do material genético das células e pela prevenção do surgimento de neoplasias. As neoplasias de mama acometem principalmente mulheres na perimenopausa. Entretanto, as que se encontram em plena atividade reprodutiva também podem ser

acometidas. No mesmo sentido, Bastos, relata que o carcinoma de mama é sobrevida livre de doença quando comparadas às pacientes no período da pós-menopausa.

A maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos devido à alta densidade mamária. Outro fator que pode colaborar é a falsa percepção, por muitos profissionais de saúde, de que mulheres jovens não possuem risco de desenvolver câncer, desvalorizando sinais e sintomas iniciais da doença (idem).

O diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens traz grandes desafios, pois essas geralmente encontram-se na sua fase reprodutiva, constituindo família e iniciando sua carreira profissional. O tratamento da doença nesse período da vida pode trazer efeitos negativos sobre a estética, fertilidade e graves implicações psicológicas (idem). Incomum em mulheres jovens, constituindo-se em 5% a 7% dos casos.

Os autores Axelrod e Pollán *apud* Pinheiro (2013, p 353) destacam que a doença em mulheres, que se desenvolve antes dos 30, 35, 40, 45 ou mesmo 50 anos, apresenta-se com pior prognóstico, uma vez que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito quando a paciente é sintomática e, portanto, já evoluiu para um estágio mais avançado da doença.

Observa-se, conseqüentemente, maior taxa de mortalidade e menor sobrevida livre de doença quando comparadas às pacientes no período da pós-menopausa (PINHEIRO et al, 2013, p. 353).

A maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos, devido à alta densidade mamária. Com outro fator que pode colaborar é a falsa percepção por muitos profissionais de saúde, de que mulheres jovens não possuem risco de desenvolver câncer, desvalorizando sinais e sintomas iniciais da doença.

Partindo dessas considerações, foram surgindo alguns questionamentos relativos às informações ou até mesmo a falta de tratamento oferecidas a estas mulheres.

O objetivo deste estudo é descrever mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 20 a 39 anos de idade no estado de Mato Grosso, nos anos de 2000 a 2011. Assim, o interesse

pelo assunto surgiu a partir da vivência prática com mulheres jovens internadas para tratamento portando a doença em estágio avançado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Câncer de mama pode ser definido como um grupo de doença que tem como característica central o desenvolvimento de células que perderam suas capacidades de crescimento normal, e assim, sofreram multiplicação e proliferação desordenada no corpo (LISBOA, 2009).

Sainsbury *apud* Lisboa (2009, p.13) revela que o CA de mama é derivado de células epiteliais que revestem o ducto terminal do lóbulo mamário. Quando a célula mamária não ultrapassa as camadas dos ductos, a neoplasia é classificada como *in situ*, ou não invasiva, que corresponde com 15% a 30% dos tumores de mama. Quando ocorrem as disseminações para os tecidos adjacentes, a neoplasia é classificada como invasiva que corresponde com 70% a 85% dos tumores malignos da mama.

A sobrevida das pacientes é influenciada pelo seu estágio, classificado pelo sistema TNM, estabelecido e promulgado pela União Internacional contra o câncer, que avalia três componentes para descrever a extensão anatômica da doença: o tamanho do tumor (T), onde os tumores de menor tamanho estão invariavelmente relacionados a um melhor prognóstico, a presença de linfonodos regionais (N), onde a sobrevida da paciente está relacionada ao número de linfonodos comprometidos, e a presença ou ausência de metástase à distância (M) (LISBOA, 2009).

O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade LISBOA, 2009). É considerado de grande importância na assistência em 2007.

Saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade (PINHEIRO et. al., 2013). O Câncer de mama pode ser definido como um grupo de doença que tem como característica central o desenvolvimento de células que perderam suas capacidades de crescimento normal, e assim, sofreram multiplicação e proliferação desordenada no corpo (LISBOA, 2009)

O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade (LISBOA, 2009). É considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade (PINHEIRO et. al, 2013)

Estudos demonstram que existem diversos fatores de risco relacionados a essa neoplasia, entre os quais: idade, duração da atividade ovariana, hereditariedade, hábitos de vida (tipo de alimentação, consumo de bebida alcoólica e de tabaco), medicamentos (anticoncepcionais, repositores hormonais), localização geográfica, entre outros (INCA, 2004).

Alterações genéticas também estão relacionadas ao desenvolvimento de câncer de mama, a exemplo das mutações nos genes Brca1/Brca (LISBOA, 2013) responsáveis pelo reparo do material genético das células e pela prevenção do surgimento de neoplasias. Sabe-se também que o estrogênio tem um importante papel no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Por isso, qualquer fator que leve a um aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de adoecer por câncer de mama (PINHEIRO et. al, 2013)

Em pacientes jovens, observa-se, conseqüentemente, maior taxa de mortalidade e menor sobrevida livre de doença quando comparadas às pacientes no período da pós-menopausa. A maior vulnerabilidade ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos devido à alta densidade mamária. Outro fator que pode colaborar é a falsa percepção, por muitos profissionais de saúde, de que mulheres jovens não possuem risco de desenvolver câncer, desvalorizando sinais e sintomas iniciais da doença (LISBOA, 2013)

Sintomas

Em geral, o primeiro sinal da doença costuma ser a presença de um nódulo único, não doloroso e endurecido na mama. Outros sintomas, porém, devem ser considerados, como a deformidade e/ou aumento da mama, a retração da pele ou do mamilo, os

gânglios axilares aumentados, vermelhidão, edema, dor e a presença de líquido nos mamilos (VARELLA,2013)

Diagnóstico

A mamografia (raios-X das mamas) é o exame mais indicado para detectar precocemente a presença de nódulos nas mamas. O exame clínico e outros exames de imagem e laboratoriais também auxiliam a estabelecer o diagnóstico de certeza.

Apesar de a maioria dos nódulos de mama ter características benignas, para afastar qualquer erro de diagnóstico, deve ser solicitada uma biópsia para definir se a lesão é maligna ou não e seu estadiamento (análise das características e da extensão do tumor).

Tratamento

As formas de tratamento variam conforme o tipo e o estadiamento do câncer. Os mais indicados são: quimioterapia (uso de medicamentos para matar as células malignas), radioterapia (radiação), hormonioterapia (medicação que bloqueia a ação dos hormônios femininos) e cirurgia, que pode incluir a remoção do tumor ou mastectomia (retirada completa da mama).

O tratamento pode, ainda, incluir a combinação de dois ou mais recursos terapêuticos.

Recomendações

- Fazer o autoexame das mamas mensalmente, de preferência no 7º ou 8º dias após o início da menstruação, caso tenha mais de 20 anos, pois cerca de 90% dos tumores são detectados pela própria paciente;
- Procurar o médico para submeter-se ao exame das mamas a cada 2 ou 3 anos, se está entre 20 e 40 anos; acima dos 40 anos, realizar o exame anualmente;
- Não esquecer de que a mamografia deve ser realizada todos os anos;
- Embora menos comum, o câncer de mama também pode atingir os homens. Portanto, especialmente depois dos 50 anos, eles não podem desconsiderar sinais da doença como

nódulo não doloroso abaixo da aréola, retração de tecidos, ulceração e presença de líquido nos mamilos.

3 MÉTODO

Para o alcance do objetivo proposto realizou-se um estudo descritivo com dados secundários disponíveis no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério de Saúde. Foram incluídos óbitos de mama (CID. 50) no período de 2000 a 2011, ocorridos no estado de Mato Grosso, registrados neste sítio. E, seleção de artigos em consulta ao Scielo através do seu sistema de busca, utilizando aos descritores da palavra chave, mulheres jovens e câncer de mama.

O interesse pelo assunto surgiu a partir da vivência prática com mulheres internadas para tratamento portando a doença em estágio avançado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

Quanto à apresentação dos resultados, esta ocorreu por meios de tabelas e gráficos, onde realizou-se uma análise que contribuíram para as discussões, E foram analisados, observados o alto índice de casos de mortalidades em mulheres referentes a falta de tratamento, ou até mesmo tratamento tardio, onde a doença se encontrava em estágio avançado.

A análise do SIM, no período 2000 a 2011, revisada no estado de Mato Grosso (MT), permitiu identificar a ocorrência de óbitos em mulheres por câncer de mama. Os dados variaram conforme as informações fornecidas pelas secretarias de saúde das cidades de referências para o tratamento, destacando que não foram avaliados os óbitos pelas localizações do câncer de mama, e sim englobando como um todo. Como o período selecionado foi de 2000 á 2011, selecionou-se o sexo feminino, com faixa etária de 20 a 39 anos, raça/cor, região, e a renda e escolaridade foram ignorada devido ausência de dados no sítio.

Para este fim foram avaliadas pelo SIM do DATASUS, esclarecendo que analisou-se os dados do estado, não dividindo-se pelos municípios devido alguns estarem sem dados para fornecer, pois na maioria das vezes, a cidade de Cuiabá se encontrava como referência e muitos pacientes eram transferidos para capital para realização de todo tratamento.

Ressalto que este trabalho por não se tratar de pesquisa, não foi submetido a Comitê de Ética de Pesquisa.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para a obtenção da taxa de incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 20 a 39 anos de idade no estado de Mato Grosso foi realizado um levantamento de dados disponíveis no sítio do DATASUS. Primeiramente, levantou-se o número de óbitos por esta causa nesta faixa etária (Tabela 1). Em seguida realizou-se o levantamento da população residente neste estado, pela mesma faixa etária (Tabela 2). Assim dividindo-se os óbitos pela população obteve-se a taxa de mortalidade deste estado (Tabela 3).

Tabela 1. Óbitos de residentes no Mato Grosso por ano devido a Câncer de Mama (CID C50) na faixa etária de 20 a 39 anos.

Ano do Óbito	Óbitos
2000	13
2001	14
2002	4
2003	3
2004	13
2005	8
2006	9
2007	14
2008	8
2009	13
2010	14
2011	16
Total	129

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2: População residente no Mato Grosso na faixa etária de 20 a 39 anos

Ano	População residente
2000	425958
2001	435927
2002	443704
2003	451954
2004	460189
2005	478834
2006	488354
2007	507677

2008	513599
2009	521289
2010	528550
2011	535867

Fonte: IBGE

Tabela 3: Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes devido a Câncer de Mama (CID C50) na faixa etária de 20 a 39 anos no Mato Grosso, por ano.

Ano	Mortalidade por 100.000 habitantes
2000	3,05
2001	3,21
2002	0,90
2003	0,66
2004	2,82
2005	1,67
2006	1,84
2007	2,76
2008	1,56
2009	2,49
2010	2,65
2011	2,99

O levantamento desses dados permitiu identificar que o número de óbitos de residentes no estado de Mato Grosso, foi de 129 no período entre 2000 á 2011, em mulheres nessa faixa etária por câncer de mama feminino (CID C50). A taxa de mortalidade do câncer variou de 0,66 (ano de 2003) a 3,21 (ano 2001), óbitos por 100.000 habitantes.

Segundo a SBM (Sociedade Brasileira de Mastologia), na década de 1980 a 2010, houve um crescimento nas mortes por este tipo de câncer. Um dos principais fatores para o aumento das mortes é o descobrimento tardio, que reduz a probabilidade de cura da paciente.

Tabela 4. Taxas de mortalidades específicas por neoplasias de mamas do estado Mato Grosso divididos por idades.

Idade/ Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0 a 29	0,3	0,3		0,1	0,4	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1

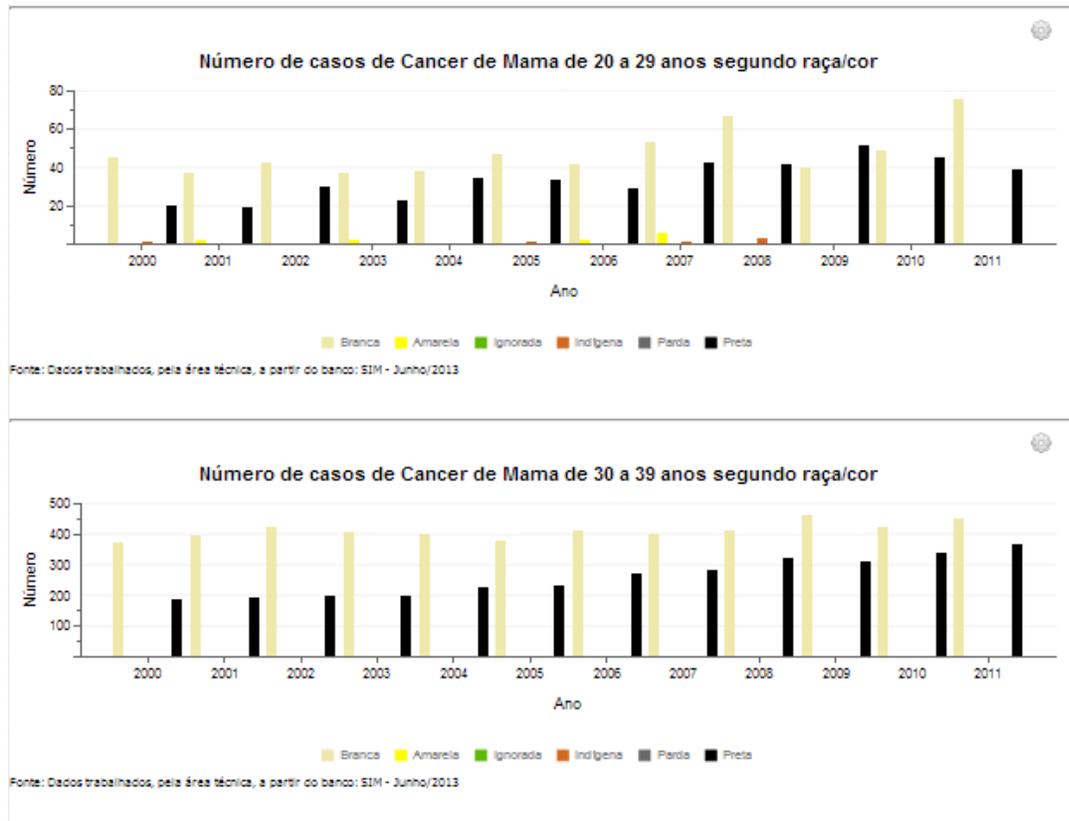
anos												
30 a 39 anos	5,7	6,1	2,0	1,0	4,5	2,2	3,5	5,6	2,5	5,0	4,8	6,0

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Segundo o Ministério da Saúde:

- Nas tabulações por faixa etária ou sexo, estão suprimidos os casos com idade ou sexo ignorados, respectivamente.
- TME – Taxa de mortalidade específica: óbitos por 100.000 habitantes
- Taxas calculadas a partir dos óbitos informados ao SIM. As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade de informação da mortalidade causa do óbito.
- A taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeita à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.
- As taxas de mortalidade específica por neoplasias de colo do útero e da mama estão calculadas apenas para população feminina.

Em análise destes dados, nota-se que mulheres jovens apresentam o índice de mortalidade elevado, devido quando a doença descoberta, se encontrar em metástase, estadiamento clínico avançado e ausência de resposta terapêutica ao tratamento. Este estadiamento pode ser devido ao rastreamento do câncer de mama não ser preconizado para essa faixa etária e por essas mulheres apresentarem maior densidade mamária, reduzindo a eficácia das mamografias. Além disso, Keegan et al., constataram que mulheres jovens são tradicionalmente mais afetadas por tumores mais agressivos e de pior prognóstico, independente da idade, sendo o tratamento para câncer de mama realizado de forma análoga para pacientes jovens e idosas, no qual a decisão é guiada de acordo com as características inerentes ao tumor, questões estéticas e outros.

Tabela 5. Gráficos de índice de mortalidade em mulheres de diferentes raça/cor.

Nota-se que o índice de mulheres jovens com câncer de mama prevalece da raça branca. Alguns estudos demonstram que a incidência da doença varia de acordo a raça. Mulheres negras, com idade inferior á 35 anos são responsáveis pelo dobro da incidência do câncer de mama invasivo e o triplo em mortalidade quando comparadas com mulheres brancas. É importante ressaltar que nesta análise os dados de incidência são elevados para mulheres brancas, mas não podemos deixar de observar que a nossa população é miscigenada.

A relevância dos registros de mortalidade é que o cálculo da estimativa guarda estreita dependência com as informações de mortalidade, quanto melhor a qualidade dessa informação, melhor a informação estimada para incidência (INCA, 2014). Segundo dados do INCA de 2014, a estimativa do número de casos novos de câncer de mama feminino para o estado de Mato Grosso no ano de 2014 é de 610 novos casos (INCA, 2014). Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de

câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/100 mil), Sul (70,98/100 mil), Centro Oeste (51,30/100 mil) e Nordeste (36,74/100 mil) (INCA, 2014).

Embora a incidência do câncer de mama em países desenvolvidos seja maior, sua mortalidade é menor devido à melhor eficiência tanto no rastreamento quanto no tratamento. No Brasil, entretanto, observa-se aumento tanto da incidência como da morbidade e mortalidade, uma vez que ainda existem inúmeras barreiras que perduram desde o acesso às ações de detecção precoce até às dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos indicados. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, gerando importantes impactos individuais, sociais e políticos, sendo considerado um problema de saúde Pública e um dos alvos primordiais da Política nacional de atenção oncológica (INCA, 2011).

A falta de capacitação dos médicos que atuam no atendimento primário da saúde da mulher faz com que haja um encaminhamento da maioria das pacientes com sintomas mamários para os Hospitais Oncológicos de Alta Complexidade.. Conseqüentemente os Hospitais especializados trabalham com sobrecarga para triagem e diagnóstico de câncer, retardando o início do tratamento em até 6 meses, acarretando progressão da doença e conseqüentemente piora do prognóstico. Uma solução de curto prazo seria otimizar a infraestrutura dos Hospitais para o atendimento imediato e capacitar os Mastologistas para o atendimento resolutivo integrado com os radiologistas e patologistas para eliminar o tempo de espera da primeira consulta (triagem) e exames diagnósticos (mamografia, ultrassom, biópsia e citologia oncológica) em uma única consulta e iniciar o tratamento precocemente, impedindo a progressão da doença e assim reduzir a mortalidade.

Entre os fatores que podem contribuir com o aumento dos índices acima do crescimento populacional estão as mulheres que hoje preferem ter filhos mais tarde, a ingestão de agrotóxicos, piora na qualidade de vida que pode causar a morte. O mastologista Kamil Fares explica que o fator hereditário é responsável pela minoria dos novos casos de câncer de mama. “Há 30 anos as mulheres tinham filhos mais cedo e a amamentação deixa as células mais resistentes às mutações, que são o que origina o câncer” (Revista brasileira de cancerologia/2003).

Já para a presidente da MT mama, Jusci Ribeiro a principal causa do aumento das mortes é a demora no diagnóstico e também para o início do tratamento. “O índice de mortalidade é

alto porque o diagnóstico é tardio. Se diagnosticado cedo, o câncer tem 95% de chances de cura, mas infelizmente para a maioria das mulheres essa descoberta não acontece precocemente.” (Revista Brasileira de Cancerologia/2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento da mortalidade por câncer de mama (CID 50) no estado de Mato Grosso permitiu reforçar a ideia de que uma vez identificado o tumor, o tratamento deve ser o mais ágil possível. Permitiu refletir a importância do diagnóstico precoce para intervenções mais rápidas e melhores prognósticos o que é de suma importância o trabalho de promoção e prevenção nos serviços de saúde, ressaltando a educação em saúde, os meios de comunicação para divulgação, o autoexame de mama, acesso ao exame de mamografia para toda população, entre outras.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Thalyta, **Mortes por Câncer de Mama Aumenta 107%**, Jornal A GAZETA, 2003;

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, Estimativa 2008: **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. -Rio de Janeiro: acesso 2013-Jan 22, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>

_____, Estimativa 2010: **Incidência De Câncer No Brasil-Rio de Janeiro**: acesso 2013-Jan 22, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>;

_____, Estimativa 2011, **Programa Nacional De Controle De Câncer De Mama**, Rio de Janeiro: acesso 2013-Jan 22, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>;

LISBOA, Luis Fernando, **Tendência De Incidências E Da Mortalidade Do Câncer Feminino No Município De São Paulo**, [Dissertação de mestrado], São Paulo, 2009;

PINHEIRO, Aline Barros, SCHOLL, Lauter, MEDEIROS, Giselle Colinho, CARDOSO, Isabela Ribeiro, MENEZES, Letícia Matos, DE SOUZA, Raysa Mecias Barretos, ABRAÃO, Karen, CASADO, Letícia, BERGMANN, Anke, THULER, Luiz Claudio Santos- **Cancer de Mama em mulheres jovens: Análise de 12689 casos**- Revista Brasileira de Cancerologia-São Paulo, 2013

SAGE-Sala de Apoio de Gestão Estratégica, Acessado em: 22 de maio de 2014, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

THULER, Luiz Claudio Santos- **Conciderações Sobre a Prevenção do Cancer de Mama Feminino**- Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo-2003;

VARELLA, Dráuzio, **Câncer De Mama: Epidemiologia E Prevenção**, Acessado em: 20 de abril de 2014, disponível: <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-mama-epidemiologia-e-prevencao/>.