

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VALÉRIA COSTA PERES

**MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS ASSOCIADOS À
RECIDIVA E SOBREVIDA**

GOIÂNIA, 2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Valéria Costa Peres				
E-mail:	bahperes@hotmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☐ Sim ☒ Não					
Vínculo empregatício do autor			Hospital e Maternidade Dona Íris		
Agência de fomento:					Sigla:
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior					CAPES
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	
Título:	Mulheres com câncer de mama: aspectos relacionados a recidiva e sobrevida				
Palavras-chave:	Neoplasias da mama; recidiva; sobrevida; perda de seguimento; enfermagem oncológica				
Título em outra língua:	Breast cancer in women: aspects related to recurrence and survival				
Palavras-chave em outra língua:	Breast neoplasms; recurrence; survivorship; lost to follow-up; oncology nursing				
Área de concentração:	A enfermagem no cuidado à saúde humana				
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	11/04/2014				
Programa de Pós-Graduação:	Pós-Graduação em Enfermagem da FEN/UFG				
Orientador (a):	Janaína Valadares Guimarães				
E-mail:	valadaresjanaina@gmail.com				
Co-orientador (a):*	Ana Karina Marques Salge				
E-mail:	anakarina@fen.ufg.br				

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

VALÉRIA COSTA PERES

**MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS ASSOCIADOS À
RECIDIVA E SOBREVIDA**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem*

Área de concentração: A enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Janaína Valadares Guimarães

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ana Karina Marques Salge

GOIÂNIA, 2014

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Costa Peres, Valéria

Mulheres com câncer de mama: aspectos associados à recidiva e
sobrevida [manuscrito] / Valéria Costa Peres. - 2014.
LXXXVII, 87 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Janaína Valadares Guimarães; co-orientadora Dra.
Ana Karina Marques Salge.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Neoplasias da Mama. 2. Recidiva. 3. Sobrevida. 4. Perda de
Seguimento. 5. Enfermagem Oncológica. I. Valadares Guimarães,
Janaína, orient. II. Marques Salge, Ana Karina, co-orient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

VALÉRIA COSTA PERES

MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS ASSOCIADOS À RECIDIVA E SOBREVIVÊNCIA

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem*

Aprovada em 11 de abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Janaína Valadares Guimarães – Presidente da Banca e Orientadora
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Ana Karina Marques Salge – Co-orientadora
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Suelene Brito do Nascimento Tavares – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Flaviana Vieira – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Nilza Alves Marques de Almeida – Membro Suplente, Externo ao Programa
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Marinésia Aparecida Prado – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Jesus pela salvação,
amor e suporte para trilhar esse caminho.

Aos meus pais, Nelma e Wilson, que me
ensinaram o valor e importância dos estudos.

Ao meu marido Vinícius pelo companheirismo
e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, amor, saúde e sabedoria. Obrigada por ser a minha força em todos os momentos e pela salvação pelo seu filho Jesus.

Ao meu esposo, meu presente de Deus, Vinícius, pelo companheirismo, amor e apoio nesta trajetória e pelos valiosos conselhos em situações adversas. Você me completa. Amo você!

Aos meus pais Nelma e Wilson que foram tão cuidadosos com minha educação, me encheram de amor, dedicaram suas vidas ao nosso bem-estar e por acreditarem em mim me apoiando em todas as situações. Amo vocês!

À minha querida irmã Marcela, pelas palavras de ânimo e por ser referência para mim em diversos momentos, admiro-lhe muito! A tia Maria de Lourdes por ser incentivadora e amiga em tantos momentos.

Aos meus sogros, Vanda e Vilmar por me auxiliarem tanto nos momentos de tribulação e por terem me adotado com tanto amor.

Aos meus familiares e a família do meu esposo pelo apoio, conselhos e por entenderem a minha ausência nesse período. Ao meu querido irmão, Marco Filho, por ter me incentivado e ter fornecido dicas valiosas durante esse período. A tia Leida por compartilhar conselhos, momentos de aflições e sua sabedoria comigo.

A amiga que Deus enviou a mim, Louise, por tanto apoio, pelo carinho e pelo auxílio em diversos momentos da minha vida. À minha companheira de mestrado, Danyelle, pela parceria valiosa que tivemos, pelo apoio e companheirismo. As lindas amigas que pude fazer durante o mestrado, Maiana e Laurena, que compartilharam de momentos de alegria e sonhos durante o curso. A turma de mestrado de 2012 pela convivência e troca de experiências durante esses anos. A todas minhas amigas que mantiveram a amizade mesmo à distância e compreenderam minha ausência.

À minha orientadora, Janaína Valadares Guimarães, por me orientar neste trabalho, por acreditar em mim, por trabalhar com carinho minhas limitações, pela sua amizade, disponibilidade e compreensão durante toda essa caminhada. Agradeço também a coorientadora dessa pesquisa, Ana Karina Marques Salge pelo auxílio para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos profissionais do Hospital Araújo Jorge que tiveram paciência e disposição durante minha coleta de dados. A todas as participantes dessa pesquisa que possibilitaram a conclusão desse estudo. A Juliane e Ludmila pela parceria durante o mestrado, muito obrigada! As auxiliares de pesquisa pelo apoio na coleta de dados.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Parto Normal da Maternidade Dona Íris que me deram apoio e incentivo durante o término do mestrado em especial a minha companheira de plantão Raphaela e a minha coordenadora Cristiane. Vocês são exemplo de profissionais que quero me espelhar.

Aos irmãos da Igreja Presbiteriana de Campinas que oraram por mim nesse período, principalmente a missionária Marivânia e os Pastores Márcio e Cácia por serem aconselhadores e amigos na fé.

Aos membros da banca de qualificação e defesa que forneceram orientações valiosas para o enriquecimento do meu trabalho e pela disponibilidade dispensada com tanto carinho.

A todos os excelentes professores da pós-graduação da FEN/UFG por todo o aprendizado fornecido enquanto docentes desse programa. A Dra Sheila Araújo Teles pela coordenação do curso com tanta competência. A todos os funcionários da UFG com quem tive contato e que me auxiliaram durante o mestrado de alguma forma.

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho, que Deus os abençoe.

“Em todas essas situações temos a vitória completa por meio daquele que nos amou.”

Romanos 8:37

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	14
RESUMEN	15
APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Tratamento e seguimento do câncer de mama	23
2.2 Recidiva e sobrevida do câncer de mama	28
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo geral	36
3.2 Objetivos específicos	36
4 METODOLOGIA	37
4.1 Tipo e local da pesquisa	37
4.2 Sujeitos do estudo	37
4.3 Critérios de inclusão	38
4.4 Critérios de exclusão	38
4.5 Coleta de dados	38
4.6 Variáveis de estudo	40
4.7 Organização e análise de dados	40
4.8 Procedimentos ético-legais	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 Artigo 1	43
5.2 Artigo 2	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE 1 – Roteiro de coleta de dados	82
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	87

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier	55
Figura 2.1 – Figura 2.1 – Distribuição das mulheres quanto à perda de seguimento. Goiânia-GO, 2008-2013	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento em hospital de referência. Goiânia-GO, 2008-2013	52
Tabela 1.2 – Relação da recidiva quanto ao óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013	54
Tabela 1.3 – Relação entre óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013.....	56
Tabela 2.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que perderam o seguimento em cinco anos. Goiânia-GO, 2008-2013	70
Tabela 2.2 - Perda de seguimento segundo cidades de residência e ao convênio de saúde ao diagnóstico, Goiânia-GO, 2008-2013	72
Tabela 2.3– Perda de seguimento relacionado a recidiva e óbito. Goiânia-GO, 2008-2013.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FEN – Faculdade de Enfermagem

UFG – Universidade Federal de Goiás

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

SUS – Sistema Único de Saúde

GESMAC - Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

IARC - International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer)

TNM - Classification of Malignant Tumours (Sistema de Classificação dos Tumores Malignos)

IMC - Índice de Massa Corporal

ONCOPOOL - Pooling of European data to harmonise transnational research in breast cancer (Agrupamento de Dados Europeus para Pesquisa Translacional em Câncer de Mama)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ACCG - Associação de Combate ao Câncer em Goiás

CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SPSS - Statistical Package for Social Science

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de mama se apresenta como a principal causa de morte em mulheres em diversos países e como o tipo de câncer de maior incidência entre as mulheres brasileiras. É importante consolidar políticas públicas de saúde voltadas à saúde da mulher com atuação da equipe multidisciplinar para análise das melhores intervenções que visem a detecção precoce de recidivas da doença e o seguimento adequado após instituição do tratamento. **OBJETIVO:** Avaliar a associação entre recidiva e sobrevida de mulheres com câncer de mama com estadiamento e seguimento durante cinco anos após o diagnóstico. **METODOLOGIA:** estudo de coorte transversal do tipo retrospectivo realizado em uma instituição especializada em oncologia do estado de Goiás. A população foi constituída de prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama no ano de 2008 atendidas nessa instituição, perfazendo o total de 460 prontuários. A coleta de dados foi realizada no período entre junho e outubro de 2013 por meio de roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora e validado por expertise da área. Os dados foram transferidos para uma planilha do excel e analisados em *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 19.0. As variáveis categóricas foram apresentadas como valor absoluto (f) e valor percentual (%) e as variáveis contínuas apresentadas como média±desvio padrão. O teste Exato de Fisher foi usado para verificar a associação entre as variáveis categóricas. Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0,05$. Foi utilizado ainda a curva de Kaplan Meier a fim de identificar a sobrevida das mulheres em um período de cinco anos. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa e atendeu aos aspectos ético-legais enunciados na Resolução nº466/012. **RESULTADOS:** Identificou-se uma taxa de 14% de óbitos, de 6% de recidiva locorregional e de 25% de metástase à distância em cinco anos. Detectou-se que 26% das mulheres apresentaram perda de seguimento, destas, 45% foram diagnosticadas no estágio III, 35% apresentaram recidiva da doença e 77% das mulheres não realizaram consulta com o enfermeiro durante o período. **CONCLUSÃO:** Percebe-se uma melhora da sobrevida de mulheres com câncer de mama em cinco anos, porém ainda há um número considerável de mulheres diagnosticadas em estágios avançados. Entre as mulheres que perderam o seguimento, um número considerável apresentou recidiva antes de abandonar o seguimento, o que confirma a necessidade de estratégias eficazes na garantia de acompanhamento dessas mulheres no serviço de saúde durante o período recomendado.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Recidiva; Sobrevida; Perda de Seguimento; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Breast cancer is the leading cause of women's death in many countries and the cancer type of highest incidence among Brazilian women. It is important to strengthen public health policies for women's health through multidisciplinary teamwork to identify the best interventions aiming early detection of the disease recurrence and suiting follow-up after the treatment has begun. **OBJECTIVE:** To evaluate the association between relapse and survival of women with breast cancer staging and follow-up for five years after diagnosis. **METHODOLOGY:** retrospective cross-sectional study made in a specialized cancer institute in the state of Goiás. The study population consisted of 460 records of women diagnosed with breast cancer in 2008 and treated in this institution. Data collection was conducted in the period of June and October of 2013 through semi-structured script prepared by the researcher and validated by an expertise of the area. The data were transferred to an excel spreadsheet and analyzed in Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0. Categorical variables were presented as absolute value (f) and percentage value (%) and continuous variables were presented as average $\pm$ standard deviation. Fisher's exact test was used to verify the association among categorical variables. It was considered statistically significant if $p < 0.05$. The Kaplan Meier estimator was also used to identify the survival of women in a period of five years. The project was approved by the ethics research committee and complied with the ethical and legal aspects set out in Resolution No. 466 / 012. **RESULTS:** It was identified a rate of 14% of deaths, 6% of local/regional recurrence and 25% of metastatic within five years. It was pointed that 26% of women missed follow-up, from these, 45% were diagnosed at stage III, 35% had cancer recurrence and 77% of women did not have consultation with the nurse during the period. **CONCLUSION:** It is noticed an improvement in survival of women with breast cancer in five years, but there are still a significant number of women being diagnosed in advanced stages. Among women who lost follow-up, a considerable number of them were identified as relapsed before leaving the following, which confirms the need for effective strategies to ensure follow-up of these women in the health service during the recommended period.

Keywords: Breast Neoplasms; Recurrence; Survivorship; Lost to Follow-Up; Oncology Nursing.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama aparece como la principal causa de muerte de las mujeres en diferentes país y el mayor incidencia entre las mujeres brasileñas. Es importante tomar conciencia los organismos publicos responsables de la salud de la mujer con la actuación multidisciplinar para análisis de mejores intervenciones precoz recidivas de enfermedad y el acompañamiento pos instituir el tratamiento. **OBJETIVO:** Evaluar a asociación entre recidiva y las que sobrevive con el cáncer de mama com el estadiamento y seguimiento durante cinco años pos el diagnóstico. **METODOLOGIA:** Estudio del corte transversal de tipo retrospectivo realizado en una institución especializada en una oncologia del estado de Goiás. A población fue constituida de prontuarios de las mujeres diagnosticada con cáncer de mama no año de 2008 atendida en esta institución siendo un total de 460 prontuarios. A coleta de datos fue realizada entre junio y octubre de 2013 por medio de un roturo semiestructurado elaborado pela insvetigadora y validado por expertise de área. Los datos fueran transferido para un plantilla de excel e analizados en Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0. As variables categóricas fueran a presentadas como valor absoluto (f) y el valor porcentual (%) y las variables continuas a presentadas como media $\pm$ desvío padrón. El test exacto de Fisher fue usado para verificar a asociación entre as variables categóricas. Considero estadísticamente significativo $p < 0,05$. Fue utilizado también la curva de Kaplan Meier con objetivo de identificar a mujeres que sobrevivía en este periodo de cinco años. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en la investigación y presto importancia a los aspectos éticos legales enunciados en la Resolución nº466/012. **RESULTADOS:** Identifico una tasa de 14% de óbitos, 6% de recidiva local/regional y de un 25% de metástase en el periodo de cinco años. Fue detectado que el 26% de las mujeres a presentaran perdida de seguimiento y del las 45% fueran diagnosticadas no estadio III, 35% a presentaran recidiva de la enfermedad de un 77% de las mujeres que no realiza consulta con el enfermero durante el periodo. **CONCLUSION:** Se nota una mejora de la sobrevivencia de las mujeres con cáncer de mama en cinco años, pero todavía mantiene un numero considerable de mujeres diagnosticadas en estadios avanzados. Entre las mujeres que perdieran el seguimiento el numero es alto las que a presentaran una recidiva antes de abandonar el seguimiento, y conforme las necesidades de maniobraseficaces en la garantía dl acompañamiento cestas mujeres en el servicio de salud del tiempo determinado e recomendado.

Palabras-claves: Neoplasias de la Mama; Recurrencia; Sobrevida; Perdida de Seguimiento; Enfermería Oncológica.

APRESENTAÇÃO

O câncer de mama é uma das doenças que mais preocupa e atinge o universo feminino e pode comprometer aspectos físicos, psíquicos e sociais das mulheres, gerando impacto em toda a sociedade. A descoberta desta neoplasia pode afetar consideravelmente a identidade da mulher, visto que trata-se de um órgão que está relacionado à feminilidade, à sexualidade, ao desejo, ao prazer, à sensualidade, à fertilidade e à maternidade. A mulher acometida pelo câncer de mama se depara com a necessidade de enfrentamento da doença, mediante processo de aceitação e convivência com uma nova imagem, o que pode ocasionar alterações na vida sexual, social e laboral. A rede de apoio das pessoas que convivem com essa mulher se mostra bastante importante para auxiliá-la a lidar com as dificuldades que irá enfrentar durante o tratamento e a fortalecer seja autoconfiança, o que pode impactar positivamente o restabelecimento de sua saúde.

O interesse em realizar este estudo surgiu do conhecimento desse panorama mundial da saúde da mulher após estudar o tema na universidade. Após realizar estágios curriculares nessa área foi possível ver na prática casos de mulheres com esse diagnóstico e perceber o quanto esse acometimento impactava a vida da mulher e do grupo social ao seu redor. Ao participar do Projeto Rondon em comunidade carente em Alagoas, percebi a carência de informações no grupo de mulheres de baixo nível socioeconômico sobre o tema e a falta de acompanhamento periódico dessas mulheres para detectar esse tipo de câncer o mais precocemente possível. Após uma experiência pessoal com um caso de câncer de mama na família, ficou evidente quanto o diagnóstico precoce, a informação sobre o tratamento e o acompanhamento efetivo após o diagnóstico faz a diferença na qualidade de vida e no tempo de sobrevivência da mulher acometida pelo câncer de mama.

Além disso, realizei uma especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia por ter interesse em ampliar meus conhecimentos na saúde da mulher e aprofundar mais na atuação do enfermeiro nessa área. Nesse contexto, pude perceber a importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar especializada, para garantir a promoção da saúde, participar de atividades de educação permanente, auxiliar na detecção precoce do câncer de mama e de casos de recidiva, garantir o tratamento o mais rápido possível, acompanhar a mulher e família durante o tratamento, dar assistência hospitalar e à comunidade mediante a consulta de

enfermagem, atuar conjuntamente com a equipe de saúde no controle dos sintomas, na aplicação de estratégias para melhor adesão ao tratamento e nos cuidados paliativos.

Partindo dessas experiências, optei por pesquisar na literatura a sobrevida e a recidiva do câncer de mama, refletindo sobre qual fator modificável poderia interferir nessas questões anteriores. Ao ler sobre o assunto, identifiquei que, além do diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento impactaria consideravelmente o tempo de sobrevida das mulheres, evitando ou retardando inclusive casos de recidiva do câncer, diminuindo assim a mortalidade. Encontrei estudos restritos que identificavam as taxas de perda de seguimento em uma população diagnosticada com câncer de mama. Com isso, surgiu o desejo de buscar essa informação mediante realização de uma pesquisa na região onde resido e verificar se esse fator realmente estava relacionado às taxas de sobrevida e de recidiva do câncer de mama. Concluí que, para realizar pesquisas mais específicas sobre o assunto, precisaria verificar, primeiro, se a taxa de perda de seguimento se mostrava relevante, para subsidiar pesquisas posteriores de acordo com esses resultados.

Assim, o estudo foi realizado, resultando nesta dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), desenvolvido em parceria com o Grupo de Estudos em Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança (GESMAC) da FEN/UFG.

Este trabalho faz parte de um projeto maior intitulado “Análise dos fatores relacionados ao câncer de mama em mulheres em tratamento ambulatorial em hospital de referência em Goiânia”, que engloba outras dissertações de mestrado.

Esta dissertação aborda sobre os casos de recidiva, de sobrevida e de perda de seguimento de câncer de mama em pacientes diagnosticadas em 2008 e atendidas em um hospital de referência em oncologia em Goiânia-GO, no período de cinco anos após o diagnóstico. Para tanto, a dissertação é apresentada em formato de dois artigos científicos. Cada artigo é apresentado com formatação exigida pelo periódico escolhido para a publicação. O primeiro artigo aborda os casos de recidiva e de sobrevida atendidos no hospital supracitado, relacionando com o estadiamento da doença ao diagnóstico e caracterização geral da amostra estudada e o segundo, os casos de perda de seguimento, associando a recidiva, a sobrevida, o estadiamento

ao diagnóstico, convênio de saúde e local de residência das pacientes, a fim de identificar o perfil e quantificar a perda de seguimento no período de cinco anos após o diagnóstico.

Os resultados permitiram descrever o perfil das mulheres atendidas no hospital estudado em Goiânia-GO no ano de 2008 e como transcorreu o seguimento dessas mulheres nesse período de cinco anos, permitindo inferir possíveis consequências da perda de seguimento mediante associações com a literatura científica sobre o assunto, alertando sobre a importância do acompanhamento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama para se diminuir a detecção tardia dos casos de recidiva e, conseqüentemente, melhora da sobrevida.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um grupo heterogêneo de doenças que apresenta várias manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e, conseqüentemente, distintas respostas às condutas terapêuticas (BRASIL, 2011b). Esta é uma doença que afeta todo o mundo, sendo a principal causa de morte de mulheres em diversos países. Estudo realizado em Teerã, entre 1996-2008, identificou que mulheres diagnosticadas que realizam o tratamento ainda apresentam riscos de recorrência do câncer de mama (KHERADMAND, RANJBARNOVIN, KHAZAEIPOUR, 2010).

Ao considerar todos os tipos de câncer, o de mama representa o segundo tipo de maior incidência em todo o mundo e o tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, representando 25% dos novos casos de câncer diagnosticados em 2012. O câncer de mama é classificado como a quinta causa de morte por câncer em todo o mundo, a primeira causa entre mulheres de regiões menos desenvolvidas (14,3%) e a segunda causa de morte por câncer em regiões mais desenvolvidas (15,4%) (WHO, 2012).

Os casos de câncer continuam aumentando mundialmente devido ao crescimento e envelhecimento da população em geral, aliado à adoção de comportamentos que contribuem para o aparecimento da doença. O Globocan, projeto que objetiva fornecer estatísticas periódicas mundiais sobre incidência, mortalidade e prevalência de principais tipos de câncer, estimou para o ano de 2008 aproximadamente 12,7 milhões de casos de câncer e 7,6 milhões de mortes por câncer, sendo que 64% ocorreram em países em desenvolvimento (JEMAL et al., 2011).

Ainda segundo Jemal et al. (2011), o câncer de mama é o mais diagnosticado e o tipo de câncer que mais causa morte entre as mulheres, correspondendo a 23% dos casos totais de câncer e 14% das mortes por câncer. As taxas de incidência de câncer nos países em desenvolvimento, normalmente, são a metade quando comparadas aos países desenvolvidos, porém, as taxas de sobrevivência tendem a ser menores em relação aos países desenvolvidos possivelmente devido ao diagnóstico tardio e ao acesso limitado ao tratamento ideal (JEMAL et al., 2011).

No Brasil, de acordo com o Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama do Instituto Nacional do Câncer (INCA), ao desconsiderar os tumores de pele

não melanomas, o tipo de câncer de maior incidência entre mulheres de todo o território nacional é o de mama, com exceção da região norte do país onde há maior incidência de câncer no colo uterino (BRASIL, 2011b). Estimativas para 2012 realizadas pelo INCA previram 53 mil novos casos de câncer de mama feminina no Brasil, 1.320 novos casos em Goiás e 450 em Goiânia (BRASIL, 2011a).

Segundo o INCA, diversos fatores podem predispor o aparecimento da doença, como história familiar, aumento da idade, menarca precoce, menopausa tardia, gravidez após trinta anos de idade, nuliparidade, ingestão de álcool, exposição a radiações ionizantes, entre outros (BRASIL, 2006a). A detecção precoce favorece a sobrevivência das mulheres e, por isso, é necessário realizar mapeamento do risco a que as mulheres estão expostas e executar ações que promovam a identificação da neoplasia em estágio inicial (SILVA, 2008; GONÇALVES et al., 2010).

A detecção precoce do câncer de mama no Brasil representa uma barreira a ser superada, visto que ainda existem fatores que dificultam esse processo, como a dimensão territorial, as condições socioeconômicas heterogêneas no país, a disparidade no acesso aos serviços de saúde, a qualidade do serviço prestado. É necessária a consolidação de políticas públicas de saúde voltadas à saúde da mulher, o planejamento e a análise de melhores formas de intervenção para viabilizar o acesso à saúde e a melhoria da qualidade da assistência para que se tenha êxito nas ações de prevenção e controle do câncer mamário (ZAPPONI, MELO, 2010).

Uma revisão sistemática realizada por Eicher et al. (2006) evidenciou que a enfermagem especializada em câncer de mama pode contribuir para melhoria de diversos resultados das pacientes, principalmente no bem-estar físico e psicossocial, o que inclui melhoria da funcionalidade do braço após cirurgia em linfonodos axilares, redução da ansiedade e depressão, melhoria da satisfação e da qualidade do atendimento e participação da paciente na tomada de decisão.

A assistência multidisciplinar na atenção à paciente diagnosticada com câncer de mama deve ser iniciada desde o diagnóstico, incluindo a participação do próprio paciente e familiares. A equipe interdisciplinar deve ser composta por diversos profissionais da saúde, incluindo o médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista (BRASIL, 2004).

Deve ser dada atenção à integração entre as equipes de saúde, a fim de que seja evitada a fragmentação da assistência prestada entre as diferentes categorias

profissionais, visto que cada categoria dispõe de alta qualidade nas suas intervenções, porém, de forma isolada, produzem dispersão, duplicidade, descontinuidade no processo de tratamento e interferência no estabelecimento de vínculo e de comunicação adequada com os usuários do sistema de saúde. Devido à gravidade do adoecimento, à alta complexidade do tratamento do câncer e ao impacto na vida do paciente e de familiares é de suma importância que haja compartilhamento entre os saberes dos profissionais envolvidos e cooperação entre as equipes para promover a humanização e integralidade da atenção em oncologia (BRASIL, 2008).

A atuação interdisciplinar previne complicações decorrentes do tratamento e necessita ser realizada no diagnóstico, durante e após o tratamento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos, identificando em cada fase as necessidades da paciente e o impacto na sua vida cotidiana. O enfermeiro pode atuar realizando consultas de enfermagem na internação e antes de cada terapêutica a ser aplicada pelo médico. No pós-operatório, avalia a ferida e realiza orientações quanto ao autocuidado. Pode atuar também em grupos de apoio interdisciplinares pós-alta da paciente, discutindo aspectos educativo e socioemocional (BRASIL, 2004).

O profissional mais habilitado e com disponibilidade para orientar e apoiar a família e o portador do câncer na vivência do processo de descoberta da doença, no tratamento e na reabilitação é o enfermeiro, sendo que sua assistência influenciará definitivamente na qualidade de vida futura da paciente. A humanização do cuidado disponibilizado pelo enfermeiro se caracteriza como um processo contínuo, estabelecendo relações próximas e claras com o usuário e acolhimento com uma postura ética em que se respeitam a autonomia e a cultura da paciente (BRASIL, 2008).

O enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, deve aplicar seus conhecimentos para identificar fatores de risco, sinais e sintomas do câncer de mama na população sob seus cuidados, inclusive nos momentos em que as mulheres procuram o serviço de saúde por outros motivos (como na coleta do exame Papanicolaou). Ao mesmo tempo, deve atuar em estratégias de prevenção e de controle da doença para que as mulheres sejam direcionadas aos cuidados de saúde adequados precocemente.

Além disso, é importante realizar, junto com sua equipe, uma busca ativa na população e um acompanhamento das mulheres que estão em tratamento para que

casos de recidiva sejam detectados e encaminhados precocemente para o serviço de saúde equivalente, a fim de que haja redução da morbimortalidade, o que, consequentemente, trará benefícios à saúde da mulher.

Diante do apresentado, torna-se importante investigar sobre o panorama atual de casos de recidiva e sobrevida em Goiânia, que se apresenta como importante referência em oncologia no estado de Goiás, visto que foram identificados poucos estudos atuais nessa localidade, referente a essas variáveis. Com isso, será possível quantificar os casos da região e avaliar o impacto de estratégias adotadas na detecção precoce e na redução da mortalidade dessa população.

Em complemento, ao realizar pesquisas bibliográficas, foi identificado um reduzido número de pesquisas referentes ao seguimento das mulheres em tratamento de câncer de mama, a fim de identificar a adesão das mulheres ao tratamento e de associar as taxas identificadas com as descritas na literatura científica atual, salientando a importância do seguimento na melhora da qualidade de vida e na redução da mortalidade das mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Os resultados encontrados visam contribuir com a qualidade da assistência de enfermagem, no sentido de permitir a elaboração de estratégias adequadas, capazes de aumentar a detecção precoce de recorrência da doença, pela definição da necessidade de adoção ou alteração de condutas do enfermeiro. Do mesmo modo, é importante programar o seguimento de mulheres com câncer de mama como estratégia de prevenção de recidivas por abandono ou descumprimento do tratamento instituído. Pesquisas sobre o assunto são importantes para o aprimoramento das intervenções realizadas nas consultas de enfermagem, aumentando o enfoque à atenção integral à saúde da mulher, além de consolidar as atividades da profissão em nível científico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Tratamento e seguimento do câncer de mama

O câncer de mama é tratado em unidades de alta complexidade (nível terciário). Essas unidades são equipadas para determinar a extensão da doença e fornecer um suporte adequado e de qualidade durante esse período. Os avanços tecnológicos proporcionaram o aprimoramento na abordagem do câncer com reformulações cirúrgicas e uso de medicamentos mais eficazes (BRASIL, 2013).

O câncer de mama deve ser tratado de forma multidisciplinar, dispondo de cirurgia e radioterapia para o controle locorregional da doença e de quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica no tratamento sistêmico. Assim, a doença é tratada de maneira individualizada, incluindo a análise de fatores referentes à extensão da doença, às características biológicas e às condições gerais da cliente. O tratamento sistêmico é determinado de acordo com os riscos de recorrência e com as características tumorais apresentadas. A assistência a cliente diagnosticada com câncer de mama deve ser vista como ação prioritária multiprofissional em todos os níveis de atendimento para que seja assegurada uma melhor qualidade de vida a essa população (BRASIL, 2013).

A história natural do tumor ocorre com sua evolução em casos que nenhuma medida de tratamento é adotada. O início da formação do câncer até sua descoberta pelo exame físico ocorre no período aproximado de 10 anos, caracterizando o tumor subclínico, sendo que este passará a ser palpável a partir de 1 cm de diâmetro. É estimado que o tumor de mama duplique de tamanho a cada 3-4 meses, sendo que na fase subclínica esse fator não é perceptível devido às dimensões mínimas das células cancerígenas. Assim que o tumor se torna palpável, esse crescimento é perceptível mais facilmente. Caso o tumor não seja tratado nesse processo, poderão desenvolver focos do tumor em outros órgãos, conhecido como metástases, mais comumente encontrados nos ossos, pulmões e fígado. Geralmente, após 3-4 anos da descoberta do tumor palpável, a mulher vem a óbito (BRASIL, 2002).

Nos países em desenvolvimento, o diagnóstico precoce e eficiente é um componente crítico e fundamental de qualquer estratégia que vise diminuir a mortalidade por este tipo de câncer. Um método admissível para controlar o câncer

de mama seria disponibilizar nível mínimo de tratamento, a fim de reduzir mortalidade e sofrimento decorrente desta doença, além de elucidar a população quanto à importância da detecção precoce, utilizando maneiras dinâmicas de abordagem (PANIERI, 2011).

Compete ao profissional de saúde da atenção primária nas unidades básicas realizar o exame clínico das mamas e ensinar e incentivar a mulher a realizar o autoexame das mamas. Caso haja alguma anormalidade detectada por este profissional, quando indicados, são solicitados exames como mamografia, ultrassonografia, punção por agulha grossa (core biopsy) ou punção aspirativa por agulha fina. Caso seja necessário prosseguir com a investigação ou em casos de confirmação do câncer, a paciente é encaminhada às unidades terciárias para definição e início do tratamento (BRASIL, 2002).

Após a detecção do câncer de mama, é necessário realizar o tratamento mais adequado, de acordo com a análise de diversos fatores, como o estadiamento clínico, segundo o Sistema de Classificação dos Tumores Malignos (TNM), classificação histológica dos tumores, idade no momento do diagnóstico, dentre outros (FARIA, 2009). O prognóstico do câncer de mama é muito variado e pouco previsível, devido a carcinogênese mamária ser um processo complexo e de causa multifatorial (BATSCHAUER, 2009).

Mediante redução das disparidades no acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos, seria reduzido o panorama mundial de mortalidade por câncer de mama. O Brasil possui uma população diversificada de origens étnicas, socioeconômicas e culturais, portanto prestar assistência de alto nível no país inteiro é um desafio (LEE et al., 2012).

Segundo estudo realizado por Lee et al. (2012), em que se examinou a situação atual do câncer no Brasil, os procedimentos diagnósticos, neste país, precisam ser padronizados, o acesso à radioterapia deve ser expandido e o tratamento em áreas onde os recursos são limitados deve ser explorado, para que se apliquem estratégias inovadoras nessas regiões.

Castilho et al. (2008) salientam a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar para o tratamento de câncer de mama feminino, incluindo oncologista, radiologista, cirurgião, enfermeiros, psicólogo, radioterapeuta e patologista.

O tratamento do câncer de mama geralmente envolve cirurgia de remoção do tumor, radioterapia, quimioterapia e, em alguns casos, o uso de hormonioterapia. No primeiro ano após o tratamento, é necessário realizar exames periódicos para se avaliar o estado clínico. Faz-se o controle nos primeiros cinco anos por meio da consulta médica mais frequente com a finalidade de rastrear ocorrência de recidiva ou metástase. Depois de passado esse período de risco de remissão, entra-se no período livre da doença em que o acompanhamento é realizado em intervalos maiores, normalmente anuais, apenas para monitoramento (SILVA; SANTOS, 2008).

O câncer de mama metastático possui tratamento complexo, por isso devem ser considerados diversos fatores relacionados ao paciente e à doença, incluindo tanto fatores biológicos quanto clínicos (CARDOSO et al., 2012a).

Os casos de metástase de câncer de mama precisam ser acompanhados em frequência que permita fornecer cuidados paliativos adequados, de acordo com os sintomas apresentados e visando melhor qualidade de vida. Geralmente, recomenda-se o acompanhamento em intervalos de 2-4 meses, se estiver em terapia endócrina, e a cada um ou dois ciclos de quimioterapia. Em caso de suspeita de progressão da doença, deve ser feita avaliação imediata. As pacientes devem ser orientadas a entrar em contato com médico em casos de complicações do tratamento ou sinais que indicam progressão e devem ser esclarecidas quanto ao plano de cuidados (CARSO et al., 2012b).

O diagnóstico precoce e o melhor tratamento têm sido associados com a redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Mediante bloqueio da recorrência local da doença, é possível evitar a morte relacionada ao câncer de mama após 15 anos do diagnóstico. Pesquisas recentes sugerem que essa relação é evidente nas populações de pacientes com baixo risco de recorrência. É, portanto, razoável supor que um adequado tratamento ajuda a reduzir o risco de recorrência de câncer de mama e morte subsequente em populações de pacientes com perfil de risco favorável (MJAALAND et al., 2010).

Estudo de Kheradmand, Ranjbarnovin e Khazaeipour realizado em Teerã (2010) indica que o tratamento bastante aplicado para controlar a doença locorregional desse tipo de câncer consiste em cirurgia combinada à radioterapia. A fim de evitar recorrência de micrometástases, tratamentos complementares (hormonais, quimioterapia adjuvante) são frequentemente utilizados.

É preciso garantir atenção às mulheres em tratamento quanto à sua recuperação e reintrodução ao meio social, além de que haja um seguimento periódico para que seja acompanhada a evolução de cada caso e que sejam adotadas as medidas adequadas, principalmente em situações de recidiva da doença. Normalmente, a paciente prossegue o acompanhamento médico após término do tratamento em intervalos entre seis meses e um ano, em que são realizados anamnese e exame físico, ficando a critério médico a solicitação de exames específicos em função de dados clínicos ou parâmetros individuais próprios de cada caso (BRASIL, 2002).

A necessidade de seguimento e a melhor forma de realizá-lo por pacientes com câncer de mama ainda são assuntos controversos. Existe uma variação de opiniões entre profissionais acerca de quais exames solicitar nesse período e a periodicidade das consultas. Alguns procedimentos adotados como rotina não possuem evidências científicas para sustentá-las. A solicitação de vários exames auxilia na detecção precoce de alterações, mas pode gerar ansiedade nas pacientes e resultar em alto custo. O seguimento com exames clínicos e solicitação de exames de acordo com a sintomatologia gera bons resultados relacionada ao custo/benefício (FARIA; LEME; GOMES, 2000).

Não há evidências suficientes de ensaios clínicos randomizados que definam qualquer protocolo de seguimento em particular. O acompanhamento pós-tratamento serve para identificar recorrências precoces da doença, avaliar e tratar complicações relacionadas ao tratamento, oferecer apoio e solucionar dúvidas para melhor adaptação à vida cotidiana. Independente do protocolo a ser aplicado, é importante incluir a anamnese, exame físico e mamografia. Em casos de pacientes assintomáticos, não existem dados suficientes que comprovem o impacto na sobrevivência devido à realização de exames complementares (AEBI et al., 2011).

Por outro lado, um estudo de Sheppard (2007), que realizou uma revisão sobre o acompanhamento de longo prazo pós-tratamento de pacientes com câncer de mama, mostrou pouca evidência quanto à melhoria da sobrevida em consequência do acompanhamento superior a três anos após diagnóstico. Mesmo com essa evidência, unidades especializadas em mama do Reino Unido continuam a realizar acompanhamento mensal das pacientes por, no mínimo, cinco anos. Além disso, esse estudo demonstrou que tem-se uma escassez de evidência relacionada a

necessidades em longo prazo de pacientes que sobreviveram ao câncer de mama, relatando a necessidade de se realizarem mais pesquisas a fim de estabelecer a importância e o impacto do acompanhamento na sobrevivência de pacientes com esse tipo de câncer.

Foi realizado por Hezewijk et al. (2012) uma revisão de literatura para identificar diferentes estratégias de seguimento de pacientes em tratamento para câncer de mama e concluiu-se que poucos estudos têm avaliado o custo-eficácia do seguimento para casos de câncer de mama. No entanto, de acordo com os estudos analisados, foi sugerido que formas alternativas de acompanhamento – por enfermeira, por médico generalista ou por telefone – de pacientes tratados em estágio inicial demonstraram bons resultados custo-benefício.

Em pesquisa realizada por Kimman et al. (2010) com 331 mulheres com câncer de mama, em que foram verificadas as preferências das mulheres quanto ao seguimento, verificou-se que o profissional de saúde e o modo de contato foram as características mais importantes relatadas para o seguimento, sendo preferido o contato face a face, as visitas de acompanhamento a cada três meses e aceita a combinação da consulta do médico especialista alternando com uma consulta de enfermeira especialista. Além disso, encontrou-se que o acompanhamento individualizado oferece potencial para aumento da satisfação da paciente.

Por outro lado, no estudo multicêntrico randomizado controlado, realizado por Kimman et al. (2011) com 320 pacientes, observou-se que a realização de acompanhamento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, após o primeiro ano de tratamento por uma enfermeira, mediante uso de telefone, obteve resultados positivos. Dessa forma, pode-se reduzir as visitas clínicas presenciais, pois esse tipo de acompanhamento alternativo mostrou ser um modelo de seguimento aceito e eficaz.

Qualquer tipo de câncer de mama pode recidivar, tanto locorregional como à distância, meses ou anos após o tratamento. Muitos são os motivos para priorizar o seguimento de pacientes diagnosticadas com câncer de mama, após terapia curativa primária, como realizar diagnóstico precoce de recidiva local ou novo tumor na mama e na detecção de metástases a distância. No Brasil, por diversas vezes, as pacientes são tratadas e acompanhadas em instituições de saúde diferentes, visto que nem todas as cidades possuem a mesma disponibilidade de equipamentos para exames

de rotina, remoção cirúrgica do tumor e tratamento como quimio e radioterapia (FARIA; LEME; GOMES, 2000). Portanto, cada instituição possui suas características e condutas perante o quadro do paciente, o que mostra a importância de se adotar padronização baseada em evidências científicas perante o tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer de mama.

Em pesquisa realizada por Greenfield et al. (2009), em que foram consultados 421 especialistas em câncer e 54 clínicos gerais sobre o seguimento de sobreviventes de câncer, identificou-se que o aprendizado sobre efeitos tardios e a verificação de recorrência do câncer foram as razões mais importantes para o acompanhamento das pacientes por esses profissionais, sendo que 85% dos especialistas relataram que realizam consultas frequentes com mulheres em tratamento ativo. Ainda segundo essa pesquisa, o recurso mais importante relatado (91%) para proporcionar uma qualidade do serviço de seguimento foi o apoio de enfermeira especialista.

2.2 Recidiva e sobrevida de câncer de mama

O câncer mais comum entre mulheres da Inglaterra e do País de Gales é o de mama, com 37.000 novos casos diagnosticados e 11.000 mortes a cada ano. Cerca de 10% são detectados em estágios avançados, quando o tumor invadiu a mama ou outros órgãos. Segundo as diretrizes do *National Collaborating Centre for Cancer* (2009), há um número significativo de mulheres que apresentam recorrência ou metástase após tratamento.

O *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* (2005) definiu recidiva como o primeiro ressurgimento do câncer de mama em qualquer local, incluindo segundo câncer de mama primário e recorrência local ou distante em relação ao câncer original. A fase inicial do câncer de mama pode ser identificada apenas em uma mama ou na mama e nos linfonodos locorregionais e em todos os casos são passíveis de remoção cirúrgica.

Pinho et al. (2007) perceberam em seu estudo que fatores como diagnóstico tardio, a demora pela procura de médico especialista e o descaso com a saúde foram apontados como desencadeadores da recorrência do câncer de mama. Além disso, constatou-se a importância da atuação do enfermeiro em identificar as necessidades de mulheres mastectomizadas e auxiliá-las no manejo do medo da recidiva mediante

criação de meios de interação, estímulo do autocuidado e estabelecimento de vínculo de confiança para adesão ao tratamento e melhor perspectiva de cura.

O aumento da incidência do câncer de mama associado à melhora da sobrevivência de mulheres após tratamento eficaz tem aumentado o número de mulheres em risco para desenvolvimento do câncer em mama oposta (BROET et al., 1995). Mulheres que apresentaram câncer de mama primário estão em risco de duas a seis vezes maior de apresentar câncer de mama contralateral em comparação com o risco da população geral das mulheres. É estimado que 2% a 11% das mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama desenvolverão câncer de mama contralateral em sua vida (CHEN et al., 1999).

Segundo Rauschecker et al. (2008), aproximadamente 10 a 35% das mulheres com câncer de mama operável poderão vivenciar recidiva locorregional após realização de tratamento primário. Para estes autores, atualmente não há um tratamento padrão para casos de recidiva e nem forte evidência da eficácia do tratamento sistêmico adjuvante nesses casos.

O risco de recidiva de câncer de mama é maior durante a primeira década após o diagnóstico, mas ainda a recorrência pode ser considerável após a segunda década do diagnóstico. Focos da doença não detectados podem permanecer no local ou em sítios distantes, que, se não tratadas, podem levar à recidiva com risco de morte (EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP, 2005).

Recidiva local, regional e metástases de câncer de mama podem substancialmente prejudicar a sobrevivência da mulher em longo prazo, mas esta pode ser melhorada mediante detecção precoce da doença, terapia moderna eficaz e hábito de vida saudável. Fatores de risco modificáveis como a obesidade e o consumo de álcool influenciam na incidência e no comportamento clínico do tumor e, consequentemente, na sobrevivência (SOERJOMATARAM et al., 2008).

A maioria dos casos de recidiva de câncer de mama ocorre nos primeiros cinco anos após a cirurgia. Os resultados frente aos tratamentos realizados têm melhorado nos últimos dez anos, porém, ainda há um número significativo de pacientes diagnosticadas com recidiva da doença. Uma vez que grande parte dos casos de recidiva ocorre dentro de cinco anos após conclusão do tratamento, recidivas tardias após dez anos da cirurgia não são frequentes e sobrevida de dez anos livre de

recidiva pode ser equivalente à cura da doença (TAKEUCHI; MUTO; TASHIRO, 2009).

Após o tratamento do câncer de mama, torna-se essencial a atenção para casos de recidiva. A escolha do tratamento é fundamentada na análise dos fatores prognósticos de recorrência da doença. Kheradmand, Ranjbarnovin e Khazaeipour (2010) encontraram, como resultado de seu estudo, a taxa de recidiva locorregional de 20,2%, com mediana de acompanhamento de sete anos, resultado este semelhante a outros grandes estudos randomizados segundo estes autores.

A recidiva locorregional pode acometer significativamente pacientes após concluírem o tratamento primário, mesmo com uso de radioterapia e terapias adjuvantes sistêmicas. Pacientes que não apresentam metástases visíveis, após tratamento inicial local e regional, ocasionalmente vão a óbito devido a recidivas distantes. Em estudo de Montagna et al. (2012), em que foram coletadas informações no Instituto Europeu de Oncologia entre 1994-2005, evidenciou-se que pacientes com recidiva regional tiveram pior prognóstico comparado a pacientes com recidiva local, sendo que os primeiros apresentam maior risco de metástases à distância.

Estudo de Takeuchi, Muto e Tashiro (2009), em que foi realizada revisão de prontuários de 1.114 pacientes tratados cirurgicamente com carcinoma de mama em um hospital no Japão entre 1980-1993, mostrou uma reincidência do câncer em 284 pacientes (25,5%).

Pesquisa de Ramos Filho et al. (2002), com 738 prontuários de mulheres com câncer de mama tratadas cirurgicamente entre 1995-1997 em um hospital de Salvador-BA, identificou 271 mulheres livres de metástases axilares, dos quais 11,8% (32) recidivaram.

Faria et al. (2012), que realizou análise de registros clínicos de 1.432 doentes, afirmam que o tumor maligno mais frequente e a principal causa de morte por câncer em mulheres de Portugal é o câncer de mama. Esse tipo de câncer possui relação com metástase à distância e possibilidade de morte subsequente, portanto, a recidiva locorregional é uma grande preocupação no acompanhamento das mulheres acometidas por essa doença.

Os casos de pacientes com recidiva cutânea de câncer de mama são condicionados pelo comportamento do tumor primário e pela resposta ao tratamento. Torna-se essencial a detecção precoce desse tipo de recidiva para melhor controle

local da doença e de seu tratamento, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida, visto que, na maioria dos casos, a recidiva cutânea está associada a estágios mais avançados e a um prognóstico não satisfatório (CALDAS et al., 2006).

Alguns fatores são classicamente conhecidos por influenciar no prognóstico da recidiva local, como o estágio e o tamanho tumoral, o grau histológico, a expressão de receptores hormonais e os fatores genéticos (JONES et al., 2009; FARIA et al., 2012). Entretanto, mesmo mulheres com estadiamento tumoral semelhante podem apresentar heterogeneidade no prognóstico e no comportamento do tumor (FARIA et al., 2012).

Outras pesquisas também relatam que fatores como estado menstrual, expressão de receptores hormonais, idade, localização, tamanho e grau do tumor, invasão linfática e uso de terapias sistêmicas estão relacionados com a recidiva locorregional (PUNGLIA, et al., 2007; CHENG et al., 2002; TRUONG, et al., 2005).

É importante considerar que este tipo de câncer possui elevado poder de metástase, sendo que um número considerável de pacientes apresenta sobrevida inferior a cinco anos após ter sido submetido ao primeiro tratamento (BENOY, 2005).

Conforme pesquisa realizada por Demicheli et al. (2008) com 1.526 pacientes na Itália durante 10 anos, identificou-se a taxa de recorrência do câncer de mama de aproximadamente 31%, sendo que 18% se referiam a metástase à distância e 13% a recidiva locorregional. Das que apresentaram metástase, 35% reapareceu no osso apenas, 16% em tecidos moles e 45% em locais viscerais, sendo em um único órgão ou em associação com outras localizações como ossos ou tecidos moles.

Outro estudo, realizado por Cheng (2012), em um banco de dados dos Estados Unidos (Medicare) referente a uma população de 20.027 mulheres, mostrou uma taxa de recorrência de câncer mama em dez anos de 36,8% e a maior parte dessas recorrências ocorreram nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (81,9%). O aumento de recorrência do câncer de mama nesse estudo esteve relacionado com estágio avançado no momento do diagnóstico, tumores com grau histológico pouco diferenciado e em casos de tumor com receptor hormonal negativo.

Jung et al. (2012) afirmam que mulheres que apresentam metástase geralmente possuem pior prognóstico. Fatores como hipertensão, receptores hormonais, intervalo livre de metástase, localização metastática e Índice de Massa Corporal (IMC) elevado no momento do diagnóstico da metástase são fatores

prognósticos que mais influenciam na sobrevida após o diagnóstico de metástase. Seus resultados mostraram uma sobrevida média de 39 meses, sendo que 27,7% viveram e 72,3% morreram ao final do período de acompanhamento do estudo (aproximadamente dez anos).

Van Laar (2011) afirma que a análise da expressão gênica é um instrumento valioso para definir a sobrevida global e o risco de recidiva de câncer de mama. O estudo sugere que mulheres que apresentam alto risco podem se beneficiar com a terapia adjuvante sistêmica.

É sugerido que o câncer de mama em mulheres jovens, com idade inferior a 35 anos, tem prognóstico menos favorável e piores desfechos, quando comparado a outras faixas etárias. Pesquisa em que foram examinadas retrospectivamente 551 mulheres jovens (<35 anos) pareadas a 551 mulheres mais velhas (36-50 anos) identificou que a idade da mulher no momento do diagnóstico se mostrou a variável mais evidente na determinação do resultado apresentado por mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Nesse estudo, as mulheres mais jovens tiveram sobrevida livre da doença e sobrevida global significativamente menor quando comparadas às mulheres da faixa etária entre 36-50 anos (PENG et al., 2011).

Segundo Cardoso et al. (2010), cerca de 6% dos cânceres de mama são metastáticos ao diagnóstico, com uma taxa de sobrevida de 21% em cinco anos. A prevalência de casos de metástase é alta, pois diversas mulheres vivem com a doença durante muitos anos. Dependendo do prognóstico da doença, pode haver uma recorrência da doença em até 30% nos casos de linfonodo negativo e até 70% dos casos de câncer de mama com linfonodo positivo.

O banco de dados europeu denominado ONCOPOOL (Agrupamento de Dados Europeus para Pesquisa Translacional em Câncer de Mama), em que foram registrados casos de câncer de mama operáveis com diagnóstico em 1990 em doze unidades europeias, mostrou que, de 16.944 casos inseridos, obteve-se uma taxa de sobrevida global de 89% em cinco anos do diagnóstico, 80% em dez anos e 73% em quinze anos. A taxa de sobrevida específica do câncer de mama foi de 91% em 5 anos e 84% em 10 anos, 2-4% maior que a sobrevida global. A média de idade dos casos atendidos foi de 55 anos, 70% dos casos apresentaram tamanho do tumor $\leq$ a 2cm de dimensão, 72% se tratavam de câncer ductal (sem tipo específico) (BLAMEY et al., 2010).

Outro estudo, em que foi calculada a sobrevida de pacientes com câncer de mama em 2000-2004 em 11 estados europeus, mostrou um aumento das taxas de sobrevida quando comparado aos pacientes diagnosticados no período de 1990-1994. Além disso, houve um aumento da sobrevida entre grupos etários mais jovens quando comparados com outro grupo com setenta anos ou mais. Ainda segundo esse estudo, foi possível afirmar que as taxas de sobrevivência podem ser melhoradas, mediante presença de um programa de rastreio de base populacional com uma cobertura satisfatória. Dessa forma, aumentaria o número de rastreio de pacientes com câncer de mama em estágios iniciais em que as terapias disponíveis são mais eficazes (ROSSO et al., 2010).

Segundo estudo de Gondos et al. (2008), que relatou taxas de sobrevivência na Europa entre 2000-2004, fatores como avanços no tratamento e diagnóstico precoce, incluindo o oportunista, podem contribuir para o aumento da sobrevivência em pacientes com câncer de mama. Esse estudo mostrou que a sobrevida relativa de cinco anos variou entre 85% a 83% na Noruega, Eindhoven e Sarre e ultrapassou 86% em Genebra, Torino, Finlândia e Toscana. As menores estimativas de sobrevida relativa em cinco anos foram encontradas na Estônia, Cracóvia e Lituânia com 72%, 69% e 63%, respectivamente.

Estudo de Liukkonen et al. (2011) realizado na Finlândia com 212 mulheres com câncer de mama, com idade igual ou inferior a 35 anos, mostrou um tempo médio de acompanhamento de 78 meses, sendo que, ao diagnóstico, 55% das mulheres apresentaram metástases nos linfonodos e 7% metástases à distância, 30% tiveram recorrência da doença, das quais 32% apresentaram apenas recidiva locorregional. Ao final do seguimento, 21% das mulheres haviam morrido e a taxa de sobrevida global foi de 80%. Nesse estudo, identificou-se que as recidivas locorregionais foram mais frequentes em pacientes que se submeteram à cirurgia de mama conservadora.

A maior parte das mortes por câncer de mama (70%) ocorre em mulheres de baixa ou média renda. A cada ano, a América Latina apresenta cerca de 115.000 casos novos da doença, sendo que, destes, aproximadamente 50.000 são provenientes do Brasil (LEE et al., 2012).

No Brasil, a mortalidade por câncer cresceu consideravelmente nos últimos anos. Em 2004 houve um registro de 141 mil óbitos. Em 2005, foi registrado, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia.

As variações regionais de mortalidade de câncer são influenciadas pelos hábitos de vida, qualidade das informações, assim como por diferenças no desempenho, acesso e uso dos serviços de saúde. Já a sobrevida média de cada tumor é influenciada pelas características próprias relativas à malignidade, ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz. Portanto, um dos fatores que influenciam consideravelmente a sobrevida é a extensão do tumor no momento do diagnóstico. O tumor de mama feminina está entre os de melhor prognóstico. A sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos (BRASIL, 2008).

O aumento da incidência de casos no Brasil tem sido acompanhado pelo aumento da mortalidade devido, principalmente, ao diagnóstico tardio e ao retardo na realização de terapêutica adequada, reduzindo, assim, as chances de cura, já que a maioria dos protocolos disponíveis na literatura necessita de diagnóstico precoce para serem eficientes (BRASIL, 2004; MOLINA et al., 2003).

O INCA recomenda algumas medidas importantes para controle da mortalidade do câncer de mama, mediante o acesso à informação científica e de fácil compreensão às mulheres sobre a doença; a orientação aos primeiros sinais e sintomas para que estas procurem orientação médica; o direito em receber o diagnóstico no prazo máximo de sessenta dias após detecção de alterações suspeitas; a realização de mamografia em toda mulher com idade entre 50 e 69 anos a cada dois anos; a participação do programa de qualidade em mamografia por todo o serviço que disponibiliza esse exame; a disseminação de informações quanto aos fatores de risco para desenvolver este câncer; o acompanhamento rigoroso do médico quanto à terapia de reposição hormonal; a realização de tratamento o mais breve possível após diagnóstico da doença confirmado, não ultrapassando três meses; o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar especializada; o respeito à autonomia da paciente; o registro de câncer de mama por todo hospital que trata da doença e o direito aos cuidados paliativos (BRASIL, 2012).

Em estudo retrospectivo tipo caso-controle, realizado por Clagnan et al. (2008) em Ribeirão Preto entre janeiro de 1994 a junho de 2004, identificou-se uma taxa de recidiva de câncer de mama em 22,5% entre as mulheres com menos de 40 anos, 26,9% na faixa etária entre 40 e 50 anos e 22,6% em mulheres com mais de 50 anos. Nesse mesmo estudo, foi identificado taxa de óbito de 46,9% das mulheres com idade

inferior a 40 anos, 26,9% das mulheres entre 40 e 50 anos e 22,6% em mulheres com mais de 50 anos.

Segundo pesquisa retrospectiva, realizada por Hofelmann, Anjos e Ayala (2013) com 170 prontuários de mulheres de Santa Catarina, com diagnóstico entre 2000 a 2007, identificou-se uma taxa de sobrevida estimada em dez anos de 83,1%. Estudo retrospectivo de base hospitalar que descreveu a sobrevivência de 252 pacientes diagnosticados com câncer de mama em ambulatório de mastologia em Santa Maria-RS mostrou uma taxa de sobrevivência em cinco anos de 87,7%. Os fatores prognósticos foram associados ao tamanho do tumor, ao comprometimento de linfonodos e a fatores genéticos e hormonais. Os resultados demonstraram a necessidade de realização de intensas campanhas de sensibilização para aprimorar o diagnóstico precoce da doença (MORAES et al., 2006).

A tendência de crescimento do câncer no Brasil é inquestionável. A diferença na sobrevida do câncer nas diferentes regiões brasileiras será ainda maior, caso não haja uma intervenção para melhorar o acesso aos serviços adequados para o tratamento. Em toda a área de prevenção, é necessário estimular a abordagem multidisciplinar e multissetorial para promover ambientes e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2006b).

Mayer et al. (2012) afirmam ser importante encontrar novos modelos de atenção à sobrevivente de câncer de mama. Seu estudo, realizado com 218 pacientes de um instituto de câncer em Boston, sugeriu que os pacientes consideram, como forma aceitável de seguimento dessa doença, o acompanhamento por médicos da atenção primária ou enfermeiros. Ainda, segundo os autores, o trabalho conjunto dos profissionais pode resultar em um acompanhamento ideal para os casos de sobreviventes de câncer de mama.

Conforme estudo de Montagna et al. (2012), é importante uma descrição de padrões de recidiva de câncer de mama em subgrupos específicos para identificar o risco nesses pacientes, a fim de melhorar os resultados de sobrevida, mediante abordagens terapêuticas adequadas e específicas para cada grupo. Adamo et al. (2008) citam que é necessária atenção especial à qualidade de vida, ao prolongamento da sobrevida e à atenuação dos sintomas de pacientes acometidos por câncer de mama.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre recidiva e sobrevida de mulheres com câncer de mama, com estadiamento e seguimento, durante cinco anos após o diagnóstico.

3.2 Objetivos específicos

- I. Identificar casos de recidiva de câncer de mama e tempo de sobrevida por um período de cinco anos;
- II. Identificar a frequência dos casos de abandono de seguimento em mulheres com câncer de mama no período de cinco anos após o diagnóstico;
- III. Comparar casos de perda de seguimento entre mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com outros convênios.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte transversal do tipo retrospectivo realizado em uma instituição especializada em oncologia do estado de Goiás.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Goiás possui uma população estimada, no ano de 2013, de 6.434.048 habitantes distribuídos em 246 municípios do estado e tem como capital, atualmente, a cidade de Goiânia, com uma população estimada, nesse mesmo ano, de 1.393.575 habitantes (IBGE, 2013a; IBGE, 2013b). Essa cidade possui 105 estabelecimentos de saúde públicos e 672 estabelecimentos de saúde privados (IBGE 2010).

O estudo foi realizado na primeira e maior unidade da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), criada no ano de 1956. No ano de 1967, foi inaugurada pela ACCG, a Fundação Hospital do Câncer de Goiânia, que visava atendimento oncológico especializado e que viria a se chamar Hospital Araújo Jorge, no ano de 1977, em homenagem ao criador da instituição, o médico alagoano Dr. Alberto Augusto de Araújo Jorge (ACCG, 2010a).

O Hospital Araújo Jorge é conhecido como uma instituição de saúde privada e filantrópica que atende majoritariamente uma clientela de baixo nível socioeconômico de todas as idades, aproximadamente 80% usuários do Sistema Único de Saúde. É hospital de referência em Oncologia de grande porte em Goiânia-GO e um centro de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON), considerado referência no tratamento de câncer no Centro-Oeste, disponibilizando diversos serviços, como consultas, exames anatomo-patológicos e citológicos, radioterapia, quimioterapia, internações, cirurgia, entre outros serviços. Atende cerca de 28.000 pacientes por mês, realiza em média 67.000 procedimentos mensais e registra aproximadamente quinhentos novos casos de câncer de mama por ano atendidos no hospital (ACCG, 2010b).

4.2 Sujeitos do estudo

A população foi constituída de prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama no ano de 2008 atendidas no Hospital Araújo Jorge, respeitando os

critérios de elegibilidade, perfazendo o total de 460 prontuários. A escolha do ano de 2008 se deu por se referir a cinco anos que antecederam a coleta de dados para a pesquisa – realizada em 2013. Dessa forma, foi possível obter um coorte recente no período de cinco anos conforme a proposta do estudo. Os prontuários foram recrutados no setor de arquivo do referido hospital, dando origem ao banco de dados pré-elaborado pela pesquisadora, de acordo com as variáveis a serem estudadas, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. A lista com todos os casos de câncer de mama de 2008 do hospital estudado foi obtida mediante Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Araújo Jorge, disponibilizada pelo próprio hospital.

4.3 Critérios de inclusão

- Prontuários de todas as mulheres com diagnóstico de câncer primário de mama no ano de 2008;
- Ser atendida no Hospital Araújo Jorge em Goiânia-GO, independente do convênio de saúde.

4.4 Critérios de exclusão

- Prontuários sem informações consistentes referentes ao diagnóstico;
- Prontuários que relatam casos de câncer de mama de origem secundária;
- Prontuários não encontrados na instituição após três tentativas.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre junho e outubro de 2013, mediante análise de prontuários de casos de câncer de mama diagnosticados no ano de 2008 no Hospital Araújo Jorge em Goiânia-GO. Foi utilizado um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1), baseado nas variáveis de interesse a serem estudadas, no “TNM: Classificação de Tumores Malignos” e nos manuais do Ministério da Saúde. Para melhor confiabilidade da pesquisa, o instrumento foi apreciado por especialistas da área e por aplicação de teste piloto do roteiro de coleta de dados em uma amostra pequena, obtida seguindo plano semelhante que geraria a amostra final, a fim de se conhecerem as limitações do instrumento para que esse fosse aprimorado. Essa amostra foi obtida aleatoriamente

no próprio hospital, referente a prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em outros anos que não seriam alvos deste estudo. Foram alterados itens referentes aos dados socioeconômicos, demográficos e aspectos relacionados à doença, para melhor atender aos objetivos da pesquisa.

Primeiramente, foi realizado um levantamento dos prontuários, de acordo com o registro eletrônico do hospital, para identificar casos de mulheres diagnosticadas em 2008 em tratamento para o câncer de mama. O registro eletrônico foi impresso em uma lista e os números dos prontuários foram separados em grupos menores, para que a quantidade fosse distribuída uniformemente durante os dias programados para a coleta e para facilitar a separação de um número reduzido de prontuários pelo setor de arquivo.

Os dias de coleta foram programados de acordo com o período de coleta proposta no planejamento da pesquisa e conforme disponibilidade do setor de arquivo em separar os prontuários solicitados pela pesquisadora. Após a seleção dos prontuários das mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, foi iniciada a coleta de dados nos prontuários em questão utilizando-se o roteiro de coleta de dados previamente elaborado.

A coleta de dados foi realizada prioritariamente pela pesquisadora com auxílio de três alunos de iniciação científica, que receberam treinamento prévio para o preenchimento adequado do instrumento de forma padronizada. Após isso, iniciou-se a coleta pelos alunos com acompanhamento da pesquisadora para esclarecimento de dúvidas.

Após término da coleta, os dados foram transferidos para um roteiro eletrônico elaborado pela pesquisadora, utilizando-se o serviço de armazenamento e sincronização de arquivos on-line intitulado *Google Drive*. Ao repassar os dados do roteiro neste serviço *on-line*, automaticamente foi gerado um banco de dados em formato semelhante à planilha de *Excel*. Esse banco de dados foi revisto para que se identificassem possíveis erros de digitação para posterior análise estatística.

Portanto, para atender aos objetivos propostos, o estudo percorreu as seguintes etapas: 1) Encaminhamento do projeto ao comitê de ética; 2) Após aprovação, realização de contato formal com a chefia do setor de prontuários; 3) Coleta de informações do registro do hospital para obtenção da população; 4) Treinamento da equipe auxiliar para coleta de dados; 5) Coleta de informações dos

prontuários relativos às variáveis de estudo, utilizando-se roteiro de coleta de dados; 5) Transferência dos dados coletados para formulário eletrônico; 6) Elaboração de banco de dados com os dados coletados; 7) Análise estatística no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0*.

Uma das dificuldades encontradas neste estudo foi o fato de diversos prontuários não conterem todos os dados preenchidos referentes às variáveis de estudo e, nesse caso, essas lacunas foram preenchidas no roteiro pelo termo “sem informações no prontuário”, para posterior identificação na análise dos dados.

4.6 Variáveis de estudo

- Perfil sociodemográficos: idade, naturalidade, cidade em que reside, cor da pele, estado civil, ocupação, convênio de saúde;
- Diagnóstico (ou hipótese diagnóstica) e data do diagnóstico;
- Estadiamento/ extensão tumoral: sublocalização, classificação clínica: extensão do tumor primário (T), linfonodos regionais (N) e metástases à distância (M);
- Data do início do tratamento;
- Seguimento/acompanhamento das mulheres com câncer de mama: presença de consultas médicas e de enfermagem por ano;
- Variáveis de desfecho: recidiva (local, regional ou metastática) e sobrevida em cinco anos após diagnóstico da doença.

4.7 Organização e análise dos dados

Para subsidiar a análise estatística, foi elaborado um roteiro eletrônico onde os dados eram transferidos automaticamente em uma planilha de *Excel* e analisados em *Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0*.

A caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e a distribuição das mulheres que apresentaram perda de seguimento no período de 2008-2013 foram apresentadas utilizando-se valor absoluto (f) e valor percentual (%). A associação entre recidiva vs. óbito e recidiva vs. estadiamento e a associação entre óbito vs. estadiamento foram verificadas por meio do teste Exato de Fisher. Para verificar a associação entre a perda de seguimento vs. local de residência, perda de seguimento vs. convenio de saúde, perda de seguimento vs.

recidiva e perda de seguimento vs. óbito utilizou-se o teste do Exato de Fisher. A curva de Kaplan Meier foi utilizada, a fim de identificar a sobrevida das mulheres em um período de cinco anos. Considerou-se estatisticamente significantes o nível de confiança de 95%, ou seja, $p < 0,05$.

4.8 Procedimentos ético-legais

Em dezembro de 2012, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de Referência via Plataforma Brasil para ser analisado, com a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em janeiro de 2013, pelo parecer nº 190.448. Após aprovação, em janeiro de 2013, o projeto foi encaminhado automaticamente à instituição coparticipante, Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (HAJ-ACCG), via Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. O projeto foi analisado pelo referido comitê do HAJ-ACCG e aprovado em março de 2013, pelo parecer nº 241.121, protocolo nº 001/2013.

Os dados obtidos foram utilizados de maneira confidencial, obedecendo aos preceitos do capítulo 3 do Código de Ética de Enfermagem, para a utilização científica dos dados das mulheres pesquisadas e respeitados os princípios enunciados na Declaração de Helsinque (2008) e Resolução nº466/012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão dessa dissertação foi organizada em dois artigos:

Artigo 1: Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos

Revista: Texto e Contexto Enfermagem

Situação: “Encaminhado”

Artigo 2: Seguimento de mulheres em tratamento de câncer de mama em um hospital de referência em Goiânia-GO

Revista: Revista Brasileira de Enfermagem

Situação: “Em elaboração”

5.1 Artigo 1

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

BREAST CANCER IN WOMEN: RECURRENCE AND SURVIVAL IN FIVE YEARS

NEOPLASIAS DE LA MAMA EM MUJERES: RECURRENCIA Y SUPERVIVENCIA EN CINCO AÑOS

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

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: bahperes@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dany_lorrane@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: raphinhaxis@gmail.com

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

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com

RESUMO: As mulheres que realizam tratamento de câncer de mama ainda apresentam riscos de recorrência da doença. Objetivou-se verificar a associação entre sobrevida e recidiva com o estadiamento do câncer de mama em mulheres atendidas em um hospital de referência em Goiânia-GO, cinco anos após o diagnóstico. Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo, descritivo, constituído de prontuários de 460 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 2008. Do total, 14% teve óbito confirmado nesse período, desde o diagnóstico. Foram identificados 6% de casos de recidiva locorregional no período de cinco anos e de 25% de metástase à distância. Verificou-se uma melhora da sobrevida de mulheres com câncer de mama em cinco anos, porém, ainda há um número considerável de mulheres sendo diagnosticadas em estágios avançados e que apresentam recidiva da doença, demonstrando a necessidade de melhora na detecção precoce do câncer em estágios iniciais e de casos de recidiva.

DESCRIPTORES: Neoplasias da Mama. Recidiva. Sobrevida. Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT: Women undergoing treatment for breast cancer still present risk of the disease recurrence. This study aimed to investigate the association between survival and relapse with staging of breast cancer in women treated in an Oncology reference hospital in Goiânia-GO within five years after diagnosis. This is a descriptive retrospective cross sectional study consisting of medical records of 460 women diagnosed with breast cancer in 2008. From all, 14% confirmed deaths at this time since diagnosis. Were identified 6% from the cases of locoregional recurrence within five years and 25% turned into metastatic. There was an improvement in survival of women with breast cancer in five years, but there are still a significant number of women being diagnosed in advanced stages and who has cancer recurrence, demonstrating the need of improvement in detection of cancer in early stages and recurrence cases.

DESCRIPTORS: Breast Neoplasms. Recurrence. Survivorship. Oncology Nursing.

RESUMEN: Las mujeres que realizan tratamiento de cáncer de mama todavía a presenta un riesgo de retomar la enfermedad. Objetivo de varificar a asociación entre la sobrevivencia e recidiva con el estancamiento del cáncer de mama en las mujeres

atendidas en un hospital de referencia en Goiânia-GO cinco años pos el diagnóstico. Procurando un estudio de corte, retrospectivo, descriptivo constituido de prontuarios de 460 mujeres diagnosticadas con el cáncer de mama en 2008. De un total, 14% de óbito confirmado en este periodo desde el diagnóstico. Fueran identificados 6% de casos de recidiva local/regional en el periodo de cinco años e de 25% de metástase en la distancia. Verifico una mejoría de la sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama en cinco años, peor todavía ha un numero considerable de mujeres diagnosticadas en estadios avanzados y que a presenta recidiva de la enfermedad, demostrando la necesidad de la detección precoz del cáncer en estadios iniciales y de casos recidivos.

DESCRIPTORES: Neoplasias de la Mama. Recurrencia. Sobrevida. Enfermería Oncológica.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos mais diagnosticados entre as mulheres em todo mundo, sendo a principal causa de morte por câncer nesse grupo, incluindo os países em desenvolvimento. A sobrevivência do câncer de mama é menor em países em desenvolvimento devido, provavelmente, ao diagnóstico tardio e ao acesso limitado ao tratamento adequado em algumas regiões¹.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), ao desconsiderar as neoplasias de pele não melanomas, o câncer de mama se configura como o de maior incidência entre mulheres no país, com exceção da região Norte, onde a maior incidência ocorre em colo uterino². As estimativas para o ano de 2012 previram 53 mil novos casos de câncer de mama feminina no país, 1.320 novos casos no estado de Goiás e 450 novos casos na cidade de Goiânia³.

Segundo Cardoso *et al.* (2010), cerca de 6% dos cânceres de mama são metastáticos ao diagnóstico, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de 21%. A prevalência dos casos de metástase é alta, pois diversas mulheres vivem com a doença durante muitos anos. Dependendo do prognóstico, pode haver uma recorrência de até 30% nos casos com linfonodo negativo e de aproximadamente 70% dos casos com linfonodo positivo⁴.

Estudo realizado por Cheng (2012) em uma população de 20.027 mulheres mostrou uma taxa de recidiva de câncer mama em dez anos de 36,8%, sendo que a maior parte ocorreu nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (81,9%) e se relacionou ao estágio avançado, as neoplasias com grau histológico pouco diferenciado e com receptor hormonal negativo⁵.

Estudos referentes às pacientes atendidas no INCA evidenciaram uma taxa de sobrevida geral para as neoplasias de mama em cinco anos de 52%. Ao relacionar estadiamento com sobrevida do câncer de mama, demonstra-se no estágio *in situ* e Ila uma taxa de sobrevida de 80%; no estágio I Ib de 70%; no estágio IIIa de 50%; no estágio IIIb de 32%; e no estágio IV de 5%. Essas informações corroboram a afirmação que considera que a sobrevida é fortemente influenciada pela extensão da doença no momento do diagnóstico, sendo que esta pode ser avaliada pelo estadiamento do tumor⁶.

Segundo Montagna et al. (2012), é importante uma descrição de padrões de recidiva de câncer de mama em grupos específicos para identificar o risco nesses pacientes, a fim de melhorar os resultados de sobrevida mediante abordagens terapêuticas adequadas e específicas para cada grupo⁷.

A descrição periódica de dados referentes ao câncer de mama é fundamental para avaliar o perfil das mulheres acometidas por essa neoplasia e que estão em tratamento, assim como avaliar a eficácia das estratégias que estão sendo aplicadas referentes à detecção precoce, ao tratamento e à mortalidade do câncer de mama, para que sejam adaptadas ou mantidas as condutas necessárias para impacto positivo na saúde da mulher. Dessa forma, torna-se importante investigar o panorama atual dos casos de recidiva e de sobrevida em Goiânia, referência em oncologia no estado de Goiás. Além disso, poucos estudos recentes referentes às variáveis estudadas foram identificados nessa região.

Com base no exposto acima, este estudo teve como objetivo verificar a associação entre sobrevida, recidiva e estadiamento do câncer de mama em mulheres atendidas em um hospital de referência em oncologia.

MÉTODO

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

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2013, por meio de um roteiro semiestruturado e mediante análise dos prontuários de mulheres atendidas em 2008. A seleção dos prontuários foi obtida por meio de análise do Registro de Base de Dados da instituição em que foi realizada a pesquisa, sendo que estes foram separados pelo tipo de câncer e pelo ano em que foi realizado o diagnóstico. Os prontuários elegíveis se referiam a todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama primário no ano de 2008, atendidas no referido hospital, independente do seu convênio de saúde. Dos 498 prontuários encontrados, 38 (7,63%) foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão, ou seja: câncer de mama masculino, câncer de mama secundário e prontuários não encontrados para consulta após três tentativas. Totalizaram 460 prontuários para a pesquisa.

Após cada coleta, realizou-se o preenchimento de um roteiro eletrônico previamente elaborado, sendo que os dados obtidos eram convertidos automaticamente em uma planilha eletrônica, gerando o banco de dados final. O roteiro eletrônico foi composto de dados sociodemográficos, data do diagnóstico, estadiamento, recidiva e sobrevida em cinco anos após o diagnóstico da doença. Após tratamento dos dados e transferência automática em *software Excel*, os dados foram analisados em *Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0*.

Quanto aos resultados, as variáveis categóricas foram apresentadas como valor absoluto (f) e valor percentual (%), e as variáveis contínuas, como média±desvio padrão. O teste *Exato de Fisher* foi usado para verificar a associação entre as variáveis recidiva, óbito e estadiamento. A curva de Kaplan Meier foi utilizada a fim de identificar a sobrevida das mulheres em um período de cinco anos. Para todos os testes, foi considerado nível de 95% de confiança, ou seja, considerado significativo $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HAJ-ACCG sob protocolo nº 001/2013 e atende às recomendações da Resolução nº466/012.

RESULTADOS

Foram pesquisados 460 prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 2008 atendidas na instituição estudada, sendo que a maior parte das mulheres (36,8%) foi diagnosticada no estágio III. Quanto ao local de residência, 95,4% das usuárias atendidas nessa instituição residiam no estado de Goiás e 41,3% do total residiam em Goiânia, no momento do diagnóstico.

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

Referente à população total, houve predomínio de mulheres que relataram ter companheiro (57,6%) e que se autodenominaram brancas (63,3%) no preenchimento do cadastro na instituição. A caracterização geral da amostra estudada está representada na tabela 1.1.

Tabela 1.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento em hospital de referência. Goiânia-GO, 2008-2013

(continua)

VARIÁVEIS	NÚMERO DE CASOS (n = 460)	
ESTADO CIVIL	f	%
Sem companheiro	195	42,4
Com companheiro	265	57,6
COR DA PELE	f	%
Branca	291	63,3
Outra	169	36,7
LOCAL DE RESIDÊNCIA		
Goiânia	190	41,3
Outros	270	58,7
APOSENTADA*		
Não	320	70,5
Sim	134	29,5
OCUPAÇÃO*		
Do lar	260	57,2
Outras	194	42,8

Tabela 1.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento em hospital de referência. Goiânia-GO, 2008-2013

(conclusão)

VARIÁVEIS	NÚMERO DE CASOS (n = 460)	
CONVÊNIO*	f	%
SUS	300	66,0
Outros	154	34,0
RECIDIVA*		
Sim	132	38,2
Não	213	61,8
PERDA DE SEGUIMENTO		
Sim	121	26,3
Não	339	73,7
ESTADIAMENTO*		
0, I e II	242	56,8
III e IV	184	43,2
ÓBITO*		
Sim	65	23,5
Não	212	76,5

*O número total da amostra foi diferente para algumas variáveis devido alguns prontuários não apresentarem descrição do referido dado no prontuário analisado.

A população total do estudo apresentou trinta casos de recidiva locorregional e 116 casos de metástase à distância, resultando em uma taxa de incidência no período de cinco anos de 6,5% e 25,2%, respectivamente. Desse total, catorze (3,0%) mulheres apresentaram tanto recidiva locorregional como metástase no período de cinco anos. Identificou-se metástase em uma localidade em 65,5% das mulheres. Os locais em que mais ocorreram metástase foram nos ossos (35,5%) e nos pulmões (25,3%). Mais da metade (62,6%) dos casos de recidiva ocorreram nos dois primeiros anos após o diagnóstico.

Do total de mulheres com câncer de mama, 116 apresentaram metástase. Dessas, 51 (43,9%) tiveram óbito, e das trinta mulheres que apresentaram recidiva local oito (26,6%) tiveram óbito como desfecho. Não foi significativa a associação entre a cor da pele ($p=0,334$), o estado marital (0,439) e a idade (0,386) com os casos de óbito.

A tabela 1.2 representa a relação entre recidiva com o variável óbito e estadiamento.

Tabela 1.2 – Relação da recidiva quanto ao óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013

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

*Teste *Exato de Fisher*

**Ao cruzar as variáveis recidiva *versus* óbito, 54,8% (252) do total dos prontuários estudados exibiam informações quanto s duas variáveis simultaneamente.

No período estudado algumas mulheres (26,3%) tiveram perda de seguimento. Do total de 460 prontuários avaliados, 14,1% (65) exibiram óbito confirmado; desses, 52,3% (34) nos primeiros dois anos após o diagnóstico. A figura 1.1 exibe a curva de sobrevida no período de cinco anos referente a população estudada.

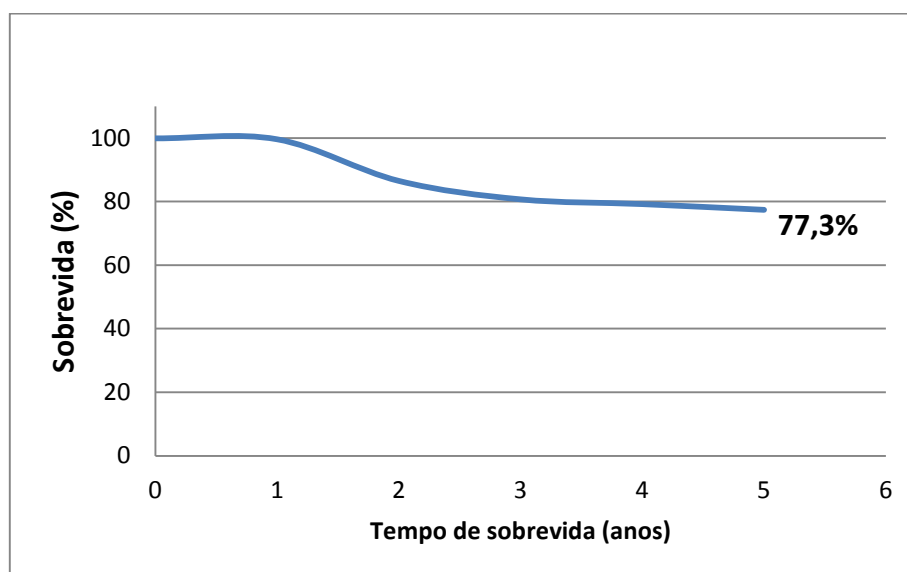


Figura 1.1 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier

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

Do total de mulheres que apresentaram metástase, 53 (45,6%) foram diagnosticadas no estágio III, sendo que a maior frequência de óbito (50,7%) foi identificada nesse estágio. Ao relacionar as variáveis óbito versus estadiamento, 262 (56,9%) dos prontuários exibiram informações referentes às duas variáveis simultaneamente; no entanto, 198 (43,0%) prontuários foram considerados parcelas perdidas nessa análise por faltarem informações em alguma ou em ambas variáveis. Houve significância na associação entre estágios avançados no momento do diagnóstico e a ocorrência de metástase ou óbito no período de cinco anos ($p < 0,05$) tabela 1.3.

Tabela 1.3 – Relação entre óbito e estadiamento. Goiânia-GO, 2008-2013

Variáveis	Óbito				P
	Não		Sim		
Estadiamento					
0, I e II	122	87,8	17	12,2	< 0,05*
III e IV	80	65,0	43	35,0	
Total	202	77,1	60	22,9	

*Teste *Exato de Fisher*

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo se assemelharam com outros estudos realizados em que houve predomínio do diagnóstico de câncer de mama em mulheres brancas⁸⁻⁹⁻¹⁰. No presente estudo, foi identificada uma porcentagem de 63,3% de mulheres brancas, resultado que se aproxima ao censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que 47,7% da população estudada se classificou como branca¹¹.

De acordo com estatística de câncer de mama feminino realizada pela Sociedade Americana de Câncer nos Estados Unidos, foi possível verificar taxas de

incidência variadas de acordo com a raça/etnia. A incidência média anual por câncer de mama feminina apresentou taxa mais elevada em mulheres brancas não hispânicas (125.4 casos por 100.000 mulheres). As taxas de mortalidade também variam por etnia, sendo que a taxa anual foi maior nos afro-americanos (32,4 óbitos por 100.000 mulheres). As diferenças de sobrevivência por raça/etnia refletem, ainda, o acesso ao diagnóstico precoce, a biologia do tumor e o acesso ao tratamento adequado¹². As disparidades de acesso ao serviço de saúde podem estar relacionadas a fatores socioeconômicos de raça/etnia distintas, o que pode refletir em variações no estadiamento ao diagnóstico e prognóstico entre mulheres de diferentes raças/etnias.

O presente estudo identificou ainda, uma predominância de diagnósticos de câncer de mama na faixa etária entre 50-69 anos (47,8%). Da mesma forma, pesquisa realizada em Florianópolis-SC com 1.008 mulheres com câncer de mama demonstrou uma predominância na faixa etária entre 50-69 anos (28,8%) e uma maior taxa de sobrevida na faixa etária entre 40-49 anos⁹. Os resultados semelhantes quanto à faixa etária em estudos distintos¹⁰ são condizentes com a faixa etária proposta pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama³.

No entanto, foi identificado, neste estudo, que, no estágio IV ao diagnóstico, houve predomínio de mulheres na faixa etária entre 35-49 anos (33,3%), o que foge parcialmente da proposta de rastreamento do Ministério da Saúde, em que é preconizada mamografia bienal na faixa etária entre 50-69 anos⁶. Mesmo que seja orientado pelo Ministério da Saúde o rastreamento por meio do exame clínico das mamas a partir dos quarenta anos de idade, há uma parcela dessa amostra (<40 anos) que não será rastreada rotineiramente, exceto em casos de risco elevado para desenvolver o câncer de mama e que poderá ser diagnosticada em estágio avançado e, conseqüentemente, terá pior prognóstico. Além disso, há que se considerar que o início da formação do câncer de mama até sua descoberta ocorre em um longo período até que atinja 1cm de diâmetro, tornando-se palpável⁶. Caso o câncer não seja tratado nesse período, ocorre maior chance de metástase e óbito⁶, colocando em risco as mulheres na faixa etária em questão.

No presente estudo, no ato do cadastro na instituição, foram detectadas 265 (57,6%) mulheres que relataram possuir companheiro. Estudos demonstraram maior ocorrência de casos de câncer de mama em mulheres casadas, com taxas de 64,9%⁹

e 67%¹³. De acordo com Kuznecova, Kuznecovs e Kuznecovs (2012), o estado marital das mulheres influencia tanto a ocorrência de casos de recidiva quanto a expectativa de vida das mulheres com câncer de mama, visto que fatores psicossociais afetam o desenvolvimento de metástases e, conseqüentemente, a sobrevida da paciente. As mulheres que nunca se casaram e as viúvas na idade entre 40-50 anos se mostraram como o grupo mais vulnerável, e a influência positiva máxima foi percebida entre mulheres que tinham um companheiro e comunicação constante entre os membros da família¹⁴.

O atual estudo evidenciou um número majoritário de mulheres atendidas na referida unidade de saúde proveniente de todo o estado de Goiás; porém, menos da metade (43,2%) dos atendimentos se referia à capital do Estado, mostrando que essa unidade serve de referência para diversas localidades. O hospital estudado é referência no tratamento de câncer no Centro-Oeste, atendendo também mulheres de outras regiões brasileiras, conforme resultados deste estudo.

É importante que as instituições de saúde acompanhem o ritmo acelerado de surgimento de casos novos, desenvolvendo recursos suficientes necessários ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento³. A efetividade do tratamento do câncer é muito influenciada pelo acesso à melhor terapêutica disponível, sendo que o SUS tem trabalhado para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento, além de propor serviços integrados para adequada assistência¹⁵.

Em relação ao estadiamento no diagnóstico, este estudo demonstrou-se equivalente a outros já realizados, revelando um número elevado (43,2%) de diagnósticos em estádios avançados. O resultado encontrado se aproxima do identificado no estudo do norte de Minas Gerais, em que 288 prontuários foram avaliados entre 2006 a 2009, verificando-se que 47,6% das mulheres foram diagnosticadas em estádios avançados (III e IV)¹⁶. Semelhantemente, no interior paulista verificou-se que 51,9% dos cânceres de mama foram diagnosticados em estádios avançados¹⁷.

Da mesma forma, no Rio de Janeiro, demonstrou-se que 51% das mulheres com câncer de mama foram diagnosticadas em estádios avançados. Esses resultados mostraram a necessidade de melhora dos casos que evidenciam altas taxas de diagnóstico em estádios avançados mediante redução do tempo na confirmação diagnóstica, acesso ao rastreamento e tratamento ao oportuno⁸.

No atual estudo, demonstrou-se uma sobrevida em cinco anos de 77,3% da população. Pesquisa realizada na Paraíba por Basílio (2011), com 438 pacientes, apresentou sobrevida em cinco anos de 79,1% da população¹⁸. Dado semelhante foi descrito por Schneider (2008), em que 1.002 mulheres com câncer de mama em Florianópolis apresentaram uma taxa de sobrevida geral em cinco anos de 76%¹⁹.

Ao considerar a porcentagem total de sobrevida neste estudo, observa-se que houve maior sobrevida em mulheres diagnosticadas em estágios iniciais (56,8%) quando comparadas com as de estágios mais avançados (43,2%). O estudo de Schneider (2008) evidenciou que mulheres diagnosticadas em estágio I tiveram maior sobrevida global em cinco anos (93,6%), enquanto o estágio IV apresentou menor sobrevida global em cinco anos (27,3%). O risco de óbito apresentado pelas mulheres diagnosticadas em estágio III foi 7,18 vezes maior e no estágio IV 19,49 vezes maior, ambos comparados ao estágio I¹⁹.

Neste estudo foi evidenciada uma sobrevida de 49,3% no estágio III e de 41,1% no estágio IV. Uma maior sobrevida foi descrita por Basílio (2011), que identificou uma sobrevida de 65,7% no estágio III e 52,6% no estágio IV¹⁸. Ao compararmos nossos resultados com esses estudos, podemos observar que há uma discrepância de dados entre eles, pois, no presente estudo, foram desconsiderados os casos de perda de seguimento em que o óbito não foi confirmado em prontuário.

Semelhante aos resultados deste estudo, em que 27 mulheres (23,2%) que desenvolveram metástase do câncer de mama sobreviveram em cinco anos, foi estimado em estudo americano uma sobrevida em cinco anos de apenas 26%, sendo que cerca de 20-50% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama podem vir a desenvolver metástase. Assim, segundo os autores, o câncer de mama metastático ainda apresenta um prognóstico ruim, o que sugere que, mesmo diante dos avanços tecnológicos para melhor compreensão da metástase em nível molecular e celular para a instituição do tratamento adequado, a detecção precoce ainda apresenta-se como a melhor alternativa para combate a esse tipo de câncer²⁰.

Em relação às taxas de metástase e recidiva locorregional, verificou-se uma ocorrência de 25,2% e 6,5%, respectivamente. Em contrapartida, taxas mais elevadas foram verificadas em um seguimento realizado por seis anos na Polônia, com 2.534 mulheres com câncer de mama, em que 35% apresentaram metástase, 14% recidiva locorregional e 39% óbito²¹. Essa diferença se deve ao fato de, no presente estudo,

não haver categorização de acordo com os receptores hormonais das taxas de metástase e recidiva e um seguimento de cinco anos. Além disso, as mulheres seguidas no outro estudo apresentaram câncer de mama triplo negativo, que exibe pior prognóstico ao ser comparado ao não triplo negativo, com altas taxas de recorrência²².

Em relação à taxa de recorrência, verificou-se que mais da metade das mulheres (62,6%) foram acometidas nos dois primeiros anos após o tratamento. Nesse sentido, outros pesquisadores identificaram um período de maior risco para recorrência nos primeiros três anos após o tratamento primário²¹. Esses autores descreveram o cérebro e pulmões (15% e 14%, respectivamente) como os sítios mais comuns de metástase²¹. Diferentemente, verificamos que os ossos e os pulmões (35,5% e 25,3%, respectivamente), representaram os sítios mais comuns de recorrência deste estudo.

No presente estudo, obteve-se uma taxa de sobrevida de 29,6% tanto em metástase pulmonar quanto em óssea. De acordo com Pogoda et al. (2013), a sobrevida foi diferente de acordo com o local da metástase, sendo que a menor sobrevida foi encontrada em casos de metástase hepática (3,5 meses) e a maior em casos de metástase pulmonar (9,8 meses) e recidiva local (nove meses)²¹.

Houve maior ocorrência de metástase (25,2%) em cinco anos no período de 2008-2013 na cidade de Goiânia-GO, ao comparar com outro estudo em que revelou a taxa de 10,20% de metástase à distância na mesma cidade no período de 1989-2003²³. Esse aumento pode ser devido aos avanços tecnológicos para identificar recorrência de câncer de mama com o passar dos anos²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos científicos mostram resultados semelhantes ao comparar a predominância da raça/cor, estado marital e faixa etária de maior ocorrência em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A raça/cor pode variar de acordo com a maior ou menor presença desse fator na população geral estudada, podendo diferir em estudos de regiões distintas. O estado marital não mostrou relação com o diagnóstico de câncer de mama, mas, segundo outros estudos, mostra relação com o melhor enfrentamento da doença. A faixa etária de maior ocorrência do câncer de

mama é condizente com os programas de rastreamento propostos no Brasil e em outros países.

Ao comparar com outros estudos, percebe-se uma porcentagem elevada da sobrevida de pacientes com câncer de mama em cinco anos, porém ainda há um número considerável de pacientes sendo diagnosticadas em estágios avançados e que apresentam recidiva da doença, mostrando a necessidade de melhora na detecção precoce do câncer em estágios iniciais e dos casos de recidiva.

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

Foram encontradas dificuldades em se realizar pesquisa em prontuários, devido à deficiência de dados relevantes, aos registros incompletos e aos conteúdos ilegíveis presentes nessa fonte de dados, o que evidencia a necessidade de se conscientizar e estimular a equipe de saúde sobre a importância de, ao realizar o preenchimento dos prontuários, fazer a inclusão de dados significativos referente a essa neoplasia, a fim de melhor subsidiar pesquisas futuras que beneficiem a instituição, a saúde da mulher e a comunidade geral.

REFERÊNCIAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Abr; 61(2):69–90.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: 2013. 124 p
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
4. Cardoso F, Senkus-Konefka E, Fallowfield L, Costa A, Castiglione M. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010 Mai; 21(5):15–9.
5. Cheng L, Swartz MD, Zhao H, Kapadia AS, Lai D, Rowan PJ, et al. Hazard of recurrence among women after primary breast cancer treatment - a 10-year follow-up using data from SEER-Medicare. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Mai; 21(5):800-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008
7. Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, Viale G, Renne G, Canello G, et al. Breast cancer subtypes and outcome after local and regional relapse. *Annals of Oncology* 2012, 23: 324–331.
8. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 Fev; 31(2): 75-81.
9. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jun; 25(6):1285-96.
10. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 Fev; 31(2): 61-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000200003&lng=en.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: 2010. 215p.
12. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics, 2011. *CA: A Cancer J Clin*. 2011 Out; 61(6):408–18.
13. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):940-6

14. Kuznecova G, Kuznecovs I, Kuznecovs S. 37 Marital Status of Women Renders an Essential Influence On Occurrence of the Relapses of Disease and Life Expectancy of Women with Breast Cancer. *European Journal of Cancer*. 2012 Mar; 48(1): s51-s51.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro: 2012. 52 p.
16. Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP, Gonçalves RCR, Martelli DB, Silveira MF et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev bras epidemiol*. 2012 Set; 15(3): 595-604. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&lng=en.
17. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2010; 56(4): 431-41.
18. Basílio, RLS. Sobrevida de mulheres portadoras de câncer de mama e fatores associados (dissertação). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2011.
19. Schneider, IJC. Estudo de sobrevida em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina (dissertação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
20. Lu J, Steeg PS, Price JE, Krishnamurthy S, Mani SA, Reuben J, et al. Breast cancer metastasis: challenges and opportunities. *Cancer Res*. 2009 Jun; 69(12):4951-3.
21. Pogoda K, Niwińska A, Murawska M, Pieńkowski T. Analysis of pattern, time and risk factors influencing recurrence in triple-negative breast cancer patients. *Med Oncol*. 2013 Mar; 30(1):388.
22. Yagata H, Kajiura Y, Yamauchi H. Current strategy for triple-negative breast cancer: appropriate combination of surgery, radiation, and chemotherapy. *Breast Cancer*. 2011 Jul; 18(3):165-73.
23. Nunes RD, Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC. Estudo descritivo dos casos de câncer de mama em Goiânia, entre 1989 e 2003. *Rev Col Bras Cir*. 2011 Ago; 38(4): 212-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000400002&lng=en.
24. Shulman LN, Willett W, Sievers A, Knaul FM. Breast cancer in developing countries: opportunities for improved survival. *Journal of Oncology*. 2010; Article ID 595167, 6p.

5.2 Artigo 2

SEGUIMENTO DE MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM GOIÂNIA-GO FOLLOW-UP OF WOMEN IN BREAST CANCER TREATMENT IN A REFERENCE HOSPITAL IN GOIÂNIA –GO

SEGUIMIENTO DE LA MUJER EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL EN REFERENCIA GOIÂNIA-GO

Valéria Costa Peres¹, Ludmila Camilo Fávaro², Danyelle Lorrane Carneiro Veloso³,
Raphaela Maioni Xavier⁴, Janaina Valadares Guimarães⁵, Flaviana Vieira⁶

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: bahperes@hotmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: Ludmila.favaro@gmail.com

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dany_lorrane@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: raphinhaxis@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: flavianamori@gmail.com

RESUMO: O seguimento das mulheres em tratamento para o câncer de mama é importante para identificar casos de recidiva e resposta ao tratamento adotado. Este estudo objetiva identificar os fatores relacionados à perda de seguimento de mulheres com câncer de mama no período de cinco anos após o diagnóstico. Este é um estudo de coorte, retrospectivo de prontuários de mulheres diagnosticadas em 2008, atendidas em um hospital de referência em oncologia em Goiânia-GO. Do total, 26% apresentaram perda de seguimento; destas, 45% foram diagnosticadas no estágio III, 35% apresentaram recidiva da doença, 70% abandonaram o tratamento nos primeiros dois anos e 77% das mulheres não realizaram consulta com o enfermeiro durante o tratamento. Entre as mulheres que perderam o seguimento, 35% apresentaram recidiva antes de abandonar o seguimento, fator que confirma a necessidade de estratégias eficazes na garantia de permanência dessas mulheres no serviço durante o período recomendado.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Perda de Seguimento. Enfermagem Oncológica

ABSTRACT: The follow-up of women in breast cancer treatment is important to identify cases of recurrence and the response to the treatment adopted. This study aims to identify factors related to women in breast cancer treatment that lost follow up within five years after diagnosis. This is a retrospective cross-sectional study of medical records of women diagnosed in 2008 and treated in an Oncology reference hospital in Goiânia-GO. From the total amount, 26% lost follow-up, from these, 45% were diagnosed at stage III, 35% had cancer recurrence, 70% abandoned treatment in the first two years and 77% of women did not undergo consultation with the nurse during treatment. Among women who lost follow-up, 35% relapsed before leaving the follow-up, what confirms the need of effective strategies to ensure the permanence of women in service during the recommended period.

KEYWORDS: Breast Neoplasms. Lost to Follow-Up. Oncology Nursing.

RESUMEN: El seguimiento de las mujeres en el tratamiento para el cáncer de mama es importante para identificar casos de recurrencia y respuestas al tratamiento adoptado. Este estudio tiene como objetivo de identificar los factores de relación de pérdida del seguimiento de las mujeres con cáncer de mama en el periodo de cinco años pos el diagnóstico. Este es un estudio de cohorte, retrospectivo de prontuarios de mujeres diagnosticados en 2008 y atendidas en un hospital de referencia en oncología de Goiânia-GO. De un total de 26% a presentaron pérdida de seguimiento, estas, 45% fueron diagnosticada en el es estadio III, 35% a presentaron recidiva de la enfermedad, 70% abandonaron el tratamiento en los primeros dos años y el 77% de las mujeres no realizaron una consulta con el enfermero durante el tratamiento. Entre las mujeres que perdieran el seguimiento, 35% a presentaron recidiva antes de abandonar el seguimiento, factor que confirma la necesidad de estrategias eficaces en la garantía de permanencia estas mujeres en el servicio durante el periodo recomendado.

PALAVRAS CLAVE: Neoplasias de la Mama. Pérdida de Seguimiento. Enfermería Oncológica.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais frequentemente diagnosticado no mundo e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres, apresentando 23% do total de casos de câncer e 14% das mortes por câncer. Aproximadamente metade dos casos de câncer de mama e 60% dos óbitos são estimados para ocorrer em países em desenvolvimento¹.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), ao desconsiderar as neoplasias de pele não melanomas, o câncer de mama se apresenta como o de maior incidência entre mulheres no país, exceto na região Norte onde ocorre maior incidência de câncer de colo uterino². Estimativas para 2012 previram 53 mil novos casos de câncer de mama feminina no país, sendo 1.320 novos casos em Goiás e 450 novos casos na capital goiana³.

O Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado pela Presidência da República em 2011, prevê a garantia do acesso de mulheres com nódulos palpáveis nas mamas ao imediato esclarecimento do diagnóstico e ao tratamento, favorecendo que casos de alterações suspeitas na mama sejam diagnosticados em, no máximo, 60 dias⁴.

O seguimento das mulheres com exames alterados compreende a busca ativa, enquanto livres da doença, para observar o momento em que a mulher pode vir a adquirir a doença. Além disso, serve para acompanhar atentamente a evolução da doença e fornecer tratamento às mulheres diagnosticadas com câncer de mama. É de suma importância que informações sobre o seguimento relativas à investigação diagnóstica e ao tratamento instituído sejam registradas para garantir o fluxo e a atualização da informação em todos os níveis de gestão e definir os papéis de cada unidade de saúde no acompanhamento da mulher⁵.

O acompanhamento pós-tratamento é útil para identificar recorrências precoces da doença, intervir em complicações decorrentes do tratamento, oferecer suporte e esclarecer dúvidas relativas à adaptação à vida cotidiana. É importante incluir, nesse processo, a anamnese, exame físico e mamografia. Não existem evidências suficientes que comprovem o impacto na sobrevivência devido à realização de exames complementares entre pacientes assintomáticos⁶.

A revisão sistemática realizada por Khatcheressian et al. (2013), entre 2006 e 2012, com intuito de identificar as recomendações de acompanhamento e de tratamento de pacientes com câncer de mama, mostrou que é recomendado para o acompanhamento dessa doença a realização de anamnese, exame físico e mamografia. Neste estudo, sugere-se a realização de exame físico de três a seis meses durante os três primeiros anos, seis a doze meses durante o quarto e quinto ano e, em seguida, anualmente. No geral, recomenda-se a realização de mamografia anualmente, a menos que seja indicada outra forma de acompanhamento de acordo com o caso. Exames complementares (cintilografia óssea, radiografia de tórax, ultrassonografia, tomografia computadorizada, entre outros), não são recomendados como acompanhamento de rotina em mulheres que se apresentam assintomáticas⁷.

Segundo recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o seguimento de pacientes com câncer de mama após tratamento deve-se recorrer à anamnese e ao exame físico, semestralmente, nos primeiros cinco anos e, após esse período, anualmente. Referente à mamografia, são recomendados a realização anual desse exame pós-tratamento e o exame ginecológico anual quando a paciente está em uso de tamoxifeno. Exames complementares apenas são recomendados perante presença de sintomas ou indicações clínicas que justifiquem seu requerimento⁸.

Este estudo teve como finalidade identificar os fatores relacionados à perda de seguimento de mulheres com câncer de mama no período de cinco anos após o diagnóstico e identificar a relação da perda de seguimento com recidiva e sobrevida no mesmo período.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de coorte, transversal, retrospectivo, descritivo, em uma população de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em 2008 que foram atendidas em um hospital de referência em oncologia da cidade de Goiânia-GO.

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2013, por meio de análise dos prontuários de mulheres atendidas em 2008, utilizando-se um roteiro semiestruturado. A seleção dos prontuários foi obtida mediante informações disponíveis no Registro de Base de Dados da instituição em que foi realizada a pesquisa, separados pelo tipo de câncer e ano de diagnóstico. Os prontuários elegíveis foram aqueles que se referiam aos casos de câncer de mama primário

diagnosticados no ano de 2008 e que receberam atendimento na instituição pesquisada. Foram excluídos os prontuários que não estavam disponíveis para consulta após três tentativas de busca na instituição pesquisada, sendo selecionados, ao final, 460 prontuários.

Após cada coleta, fez-se o preenchimento de um roteiro eletrônico previamente elaborado que transferia os dados automaticamente a uma planilha de *Excel*, gerando o banco de dados final. Os dados foram analisados em *Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0*.

Quanto aos resultados, as variáveis categóricas foram apresentadas como valor absoluto (f) e valor percentual (%). O teste de *Fisher* foi utilizado para verificar a perda de seguimento relacionado à residência e ao convênio de saúde; e a perda de seguimento relacionada à recidiva e ao óbito. Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HAJ-ACCG, sob protocolo nº 001/2013, e atende às recomendações da Resolução nº 466/012.

RESULTADOS

Dos 460 prontuários de mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama no ano de 2008 e foram atendidas pela instituição estudada, 121 mulheres (26%) tiveram perda de seguimento no período de cinco anos. A tabela 2.1 traz os dados referentes à caracterização geral da amostra dos casos de perda de seguimento.

Tabela 2.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que perderam o seguimento em cinco anos. Goiânia-GO, 2008-2013

(continua)

VARIÁVEIS	NÚMERO DE CASOS (n = 121)	
	f	%
ESTADO CIVIL		
Sem companheiro	63	52,1
Com companheiro	58	47,9
COR DA PELE		
Branca	80	66,1
Outra	41	33,9

Tabela 2.1 – Caracterização geral da amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que perderam o seguimento em cinco anos. Goiânia-GO, 2008-2013

(conclusão)

VARIÁVEIS	NÚMERO DE CASOS (n = 121)	
LOCAL DE RESIDÊNCIA	f	%
Goiânia	47	38,8
Outros	74	61,2
APOSENTADA		
Não	83	68,6
Sim	36	29,8
Sem informação	2	1,6
OCUPAÇÃO		
Do lar	71	58,7
Outras	49	40,5
Sem informação	1	0,8
CONVÊNIO		
SUS	75	62,0
Outros	45	37,2
Sem informação	1	0,8
RECIDIVA		
Sim	42	34,7
Não	20	16,5
Sem informação	59	48,8
ESTADIAMENTO		
0, I e II	55	45,5
III e IV	55	45,5
Sem informação	11	9,0
ÓBITO*		
Sim	2	1,7
Não	24	19,8
Sem informação	95	78,5

A figura 2.1 mostra a perda de seguimento no período de cinco anos após o diagnóstico referente aos casos estudados.

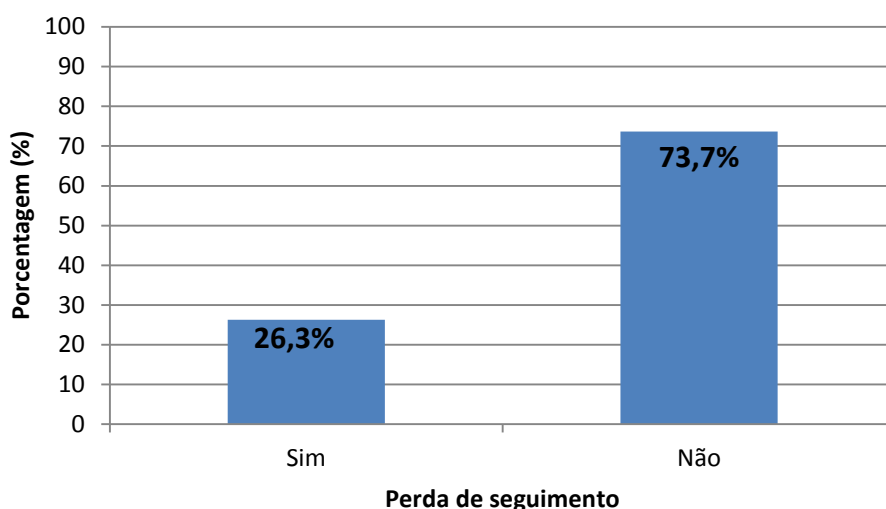


Figura 2.1 – Distribuição das mulheres quanto à perda de seguimento.
Goiânia-GO, 2008-2013

Não houve associação entre a perda de seguimento com a cor da pele ($p=0,259$) e idade ($p=0,270$). A perda de seguimento relacionada com estado marital (com companheiro ou sem companheiro), apresentou diferença significativa ($p=0,008$) com maior frequência de perda de seguimento (52,1%) entre as mulheres que registraram, em seu cadastro, estar sem companheiro no primeiro atendimento na instituição.

Dos 121 casos de perda de seguimento, 45,5% foram diagnosticados no estágio III e IV, 93,3% residiam no estado de Goiás, e 38,8% residiam na cidade de Goiânia ao realizarem o cadastro na instituição.

A faixa etária predominante foi de 50-69 anos (47,9%). Do total, 47,1% das mulheres eram casadas; a maioria (66,1%) se autodeclarou branca ao realizar o cadastro na instituição estudada; 29,7% relataram ser aposentadas; 59% responderam ser “do lar” e 62% foram atendidas na instituição pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Tabela 2.2 mostra a relação de perda de seguimento relacionado ao local de residência e ao convênio de saúde.

Tabela 2.2 – Perda de seguimento segundo cidades de residência e ao convênio de saúde ao diagnóstico, Goiânia-GO, 2008-2013

Residência			
	Goiânia	OUTROS	valor “p”
Perda de seguimento	f	f	
Não	143	196	
Sim	47	74	0,298
Total	190	270	

Convênio			
	Outros	SUS	
Perda de seguimento	f	f	
Não	109	225	
Sim	45	75	p < 0,001*
Total	154	300	

*Teste Exato de Fisher

Das mulheres que perderam o seguimento, 34,7% apresentaram recorrência da doença durante o período de estudo; dois casos tiveram registro de óbito confirmado em prontuário; 48,8% e 78,5% dos prontuários não tiveram qualquer registro que afirmasse o desfecho de recidiva ou óbito entre as mulheres que perderam seguimento, respectivamente. A tabela 2.3 exibe a relação entre óbito com as variáveis perda de seguimento e estadiamento.

Tabela 2.3– Perda de seguimento relacionado a recidiva e óbito. Goiânia-GO, 2008-2013

		Recidiva			Óbito		
		Não	Sim	P	Não	Sim	P
		f	f		f	f	
Perda de seguimento	Não	155	90	<0,001*	188	63	0,031*
	Sim	20	42		24	2	
	Total	175	132		212	65	

*Teste: Exato de Fisher

Ao relacionar recidiva versus perda de seguimento, considerando os 460 prontuários das mulheres diagnosticadas no período estudado, 75% (345) do total de prontuários apresentaram registros quanto às duas variáveis simultaneamente; porém, em 25% (115) dos prontuários não foram encontrados dados sobre a data exata da perda de seguimento e a ocorrência de recidiva ou ambos. Paralelamente, ao relacionar óbito versus perda de seguimento, 60,2% (277) prontuários tiveram registros dessas duas variáveis simultaneamente, enquanto 39,8% (183) apresentaram falta de informações sobre alguma das variáveis ou ambas.

Das 121 mulheres que perderam o seguimento, 62,8% abandonaram o tratamento nos primeiros dois anos. No período de cinco anos, 20 mulheres realizaram pelo menos uma consulta com o enfermeiro e, destas, apenas 1,6% realizou mais de uma consulta com o enfermeiro. Portanto, 83,4% das mulheres que perderam o seguimento não realizaram sequer uma consulta com o enfermeiro durante o período de tratamento.

DISCUSSÃO

O percentual de mulheres deste estudo que deixou de realizar o seguimento dentro do período recomendado foi relevante (26,3%). Um estudo holandês realizado com 196 mulheres identificou uma taxa de perda de seguimento de 27%, semelhante a este estudo⁹. Isso demonstra a necessidade de investimento no acompanhamento das mulheres em tratamento para o câncer de mama, com políticas que priorizem o seu atendimento e a busca ativa dos casos faltosos.

A maioria das mulheres cadastradas na instituição e que participou do deste estudo declarou ser branca (63,3%). Da mesma forma, a maior parte das mulheres que perderam seguimento (66,1%) declarou ser de cor branca, sendo proporcional a predominância dessa cor de pele na população de estudo.

Por outro lado, estudo de Schneider e D'Orsi (2009) exibiu que a variável raça/cor se mostrou significativa ao ser relacionada com a sobrevida. A raça/cor branca apresentou melhor sobrevida (76,9%) em relação às raças/cores negra, parda, amarela e indígena agrupadas (62,2%)¹¹. Isso pode ocorrer devido a evidências de que a condição racial normalmente está relacionada a fatores socioeconômicos,

sendo determinantes nas desigualdades sociais, considerando que, no Brasil, piores índices sociais são mais prevalentes na população negra¹².

Em relação à faixa etária das pacientes que apresentaram perda de seguimento em cinco anos, a predominante foi de 50-69, dados que corroboram um estudo europeu¹³ e um brasileiro¹⁴, em que a idade média para diagnóstico foi de 57,5 anos e 56,4 anos, respectivamente, correspondendo à faixa de estudo encontrada.

Verificou-se neste estudo uma maior frequência de perda de seguimento (52,1%) entre mulheres que declararam não possuir companheiro, ao realizar cadastro na instituição. Segundo Maldaner et al. (2008), um dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento, principalmente em doenças crônicas, é a presença das redes de apoio ao paciente, normalmente compostas pela família, pelos amigos e por pessoas próximas, a fim de auxiliar na superação de dificuldades decorrentes da doença e do tratamento. Portanto, a presença de um companheiro e o apoio deste à mulher durante o tratamento podem beneficiar o enfrentamento da doença e incentivá-la a realizar o acompanhamento recomendado, visando seu bem-estar¹⁵.

Neste estudo verificou-se uma taxa de 45,5% de mulheres com perda de seguimento diagnosticadas em estágios avançados (III e IV). O estadiamento tumoral no momento do diagnóstico é um dos fatores mais importantes que se relaciona com o prognóstico da mulher, sendo que a demora do diagnóstico ou atrasos no tratamento proporcionam um crescimento tumoral que pode diminuir as chances de cura da doença¹⁶. Por isso, torna-se essencial que a mulher seja acompanhada constantemente durante seu tratamento, principalmente em estágios avançados, para que se obtenham melhores resultados, sejam detectados casos de recidiva precocemente e melhore a sobrevida da paciente.

O percentual de recidiva da doença (34,7%) deste estudo foi superior ao estudo holandês (17,0%), que realiza acompanhamento conforme diretriz local⁹. Pode-se inferir que são necessárias políticas que programem ações efetivas que culminem na realização adequada do acompanhamento após início do tratamento, a fim de se identificarem os casos de recidiva precocemente. Estudos indicam que a maioria das recidivas pode ocorrer nos primeiros cinco anos de seguimento. Uma maior incidência no momento do diagnóstico dessas recorrências pode ser observada

após 24 meses e, possivelmente, também após 60 meses¹⁷, daí a importância de se realizar um seguimento adequado.

Verificou-se neste estudo uma menor frequência de perda de seguimento em mulheres residentes na cidade de Goiânia (38,8%), quando comparada a outras cidades (61,2%). Estudo de Guerra et al. (2009) identificou um menor percentual de seguimento incompleto no município de referência da instituição estudada (1,4%), quando comparada a outras cidades (10,3%)¹⁴. Assim, os resultados de ambos os estudos se mostram equivalentes, ao identificar uma menor frequência de perda de seguimento na cidade da instituição de origem, quando comparadas a outras cidades, o que evidencia uma maior facilidade em acompanhar mulheres que residem na mesma cidade da instituição onde realizam o acompanhamento.

De acordo com os dados coletados nesta pesquisa, identificou-se uma maior frequência de perda de seguimento entre mulheres atendidas na instituição pelo Sistema Único de Saúde (62,0%) do que entre as atendidas por outros convênios de saúde (37,2%) - plano de saúde ou particular. Pinheiro Filho e Sarti (2012) afirmam que o SUS vem empenhando esforços nas duas últimas décadas para consolidar uma rede de saúde hierarquizada, regionalizada e descentralizada, com participação da comunidade e atendimento integral ao indivíduo, porém ainda apresenta déficits na oferta de serviços diante da demanda de saúde necessária da população¹⁸. Esse resultado enfatiza a necessidade de se estruturar um modelo de seguimento das mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas pelo SUS, a fim de melhorar o seguimento e obter melhor resposta ao tratamento instituído, maior sobrevida e melhor qualidade de vida.

Identificou-se, ainda, um alto percentual de mulheres que não apresentou nenhum registro de desfecho ou motivo do abandono do seguimento. Esse dado denota a fragilidade de uso e alimentação do sistema de informação vigente, que depende de uma rigorosa e constante capacitação dos profissionais envolvidos, pois o campo de situação de seguimento deve ser preenchido para atualizar a situação em que se encontra a mulher para um acompanhamento eficiente¹⁹.

Notou-se nesta pesquisa que, por vezes, o preenchimento manual de prontuários é incompleto ou ilegível desde, a chegada dessas mulheres na rede de atendimento de saúde, semelhante a estudo de Grandjean et al. (2012). A conscientização do profissional para a importância do preenchimento completo do

prontuário e a utilização de um sistema informatizado para gerenciamento e repasse das informações podem se mostrar boas alternativas para solucionar essa questão.

A maioria das mulheres que perdeu o seguimento (77,0%) não realizou consulta com o enfermeiro durante o período de tratamento. É importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções no tratamento e na reabilitação².

Estudos europeus comprovam que, embora as mulheres prefiram consultas de acompanhamento realizadas pelo médico especialista, o seguimento alternado entre um enfermeiro e um médico especialista também foi aceito. Um quarto das mulheres favoreceu cuidados de acompanhamento realizados apenas por enfermeiro^{9,20}, refletindo que a mudança notada pode ser experimentada de forma positiva pelas mulheres que se submetem a cuidados de acompanhamento.

Este achado nos instiga a questionar a causa da não realização do acompanhamento pelos enfermeiros deste serviço. Sabe-se que a demanda é alta e que os recursos humanos são escassos, por isso a reorganização do atendimento se faz imprescindível para alcançar um seguimento eficaz e de qualidade. A consulta de enfermagem pode se constituir um momento oportuno onde serão sanadas dúvidas, fornecidas informações pertinentes ao tratamento e ressaltada a importância da continuidade do seguimento.

CONCLUSÕES

Dentre as mulheres com câncer de mama que apresentaram perda do seguimento, um número considerável apresentou recidiva antes de abandonar o seguimento, fator que confirma a necessidade de estratégias eficazes na garantia de permanência dessas mulheres no serviço durante o período recomendado. A realização do seguimento de forma integral e completa permite a detecção precoce de recidivas e, conseqüentemente, oferece melhor qualidade de vida e maior sobrevida.

Estudos vindouros se fazem necessários para identificar os motivos que levam à perda e ao conseqüente abandono do tratamento, a fim de que sejam pensadas intervenções acertadas e exequíveis, que permitam uma assistência integral e de boa qualidade às mulheres com câncer de mama.

A perda de seguimento prejudica a resolatividade no serviço em todos os níveis de atenção à saúde, pois, além de ocorrer uma captação tardia dessas mulheres, após o diagnóstico e tratamento, deparamo-nos com a inabilidade em mantê-la no serviço para o devido acompanhamento.

A quantidade de consultas de enfermagem realizadas durante o tratamento se mostrou insatisfatória durante o período de cinco anos. Considerando que inúmeros fatores interferem na oferta de seguimento adequado defendemos que a investigação desses fatores possibilita planejamento minucioso na melhoria da assistência às mulheres com câncer de mama e, conseqüentemente, contribuir para a redução da mortalidade por falta ou interrupção precoce do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Abr;61(2):69-90.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controles dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica nº13. 2ª ed. Brasília: 2013. 124p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2011a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro: 2012. 52 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – SISMAMA: Manual Gerencial. Rio de Janeiro: 2009.
6. Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F., and On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2011 Set; 22(6):12-24.
7. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al. Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal Of Clinical Oncology*, 2013; 31(7), pp.961-965
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: 2004
9. Grandjean I, Kwast AB, de Vries H, Klaase J, Schoevers WJ, Siesling S. Evaluation of the adherence to follow-up care guidelines for women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Jul; 16:(3):281-5.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: 2010. 215p.
11. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jun; 25(6):1285-96.
12. Sepúlveda BT, Durães, SJA. Raça e estratificação no Brasil. Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades. Niterói RJ: ANINTER-SH/PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012, ISSN 2316-266X
13. Voogd AC., Rutgers EJT, van Leeuwen FE, Poos MJJC, 2009. Hoe vaak komt borstkanker voor en hoeveel mensen sterven eraan? Retrieved February 5, 2010, from. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. RIVM. Disponível em: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1492n17276.html.
14. Guerra MR, Mendonça GAS, Bustamante-Teixeira MT, Cintra JRD, Carvalho JM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de

pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2009 Nov; 25(11):2455-66.

15. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev Gaúcha Enferm. 2008 dez, 29(4):647-53

16. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Rev Assoc Med Bras. 2008, 54(1), 72-6.

17. Demichelli R, Biganzoli E, Boracchi P, Greco M, Retsky MW. Recurrence dynamics does not depend on the recurrence site. Breast Cancer Res. 2008; 10(5):83.

18. Pinheiro Filho FP, Sarti FM. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde 2012 Nov; 17(11): 2981-2990

19. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial. Rio de Janeiro: 2011b.

20. Kimman ML, Dellaert BG, Boersma LJ, Lambin P, Dirksen CD. Follow-up after treatment for breast cancer: one strategy fits all? An investigation of patient preferences using a discrete choice experiment. Acta Oncol. 2010 Abr; 49(3):328-37.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no ano de 2008 no Hospital Araújo Jorge que serve de referência para toda a região de Goiás, o que pode auxiliar no direcionamento das ações de saúde para o câncer de mama na região e servir de subsídio para a comparação com outros estudos que serão desenvolvidos futuramente.

Além disso, esta pesquisa mostrou que houve uma melhora da sobrevida de mulheres com câncer de mama em cinco anos; no entanto, o diagnóstico em estágios iniciais precisa ser aprimorado.

Ao comparar com outros estudos, percebe-se uma porcentagem elevada de sobrevida de mulheres com câncer de mama em cinco anos; porém ainda há um número considerável de pacientes sendo diagnosticadas em estágios avançados e que apresentam recidiva da doença, o que mostra que essas taxas podem melhorar com a detecção precoce do câncer e dos casos de recidiva da doença. Ações desse cunho melhorariam a sobrevida e a qualidade de vida das mulheres que apresentam a doença.

O SUS vem implementando ações de luta contra o câncer a fim de reduzir os índices de mortalidade, porém é necessário aprimorar as estratégias que disponibilizam para todo o território brasileiro novas tecnologias, melhores formas de tratamento, diagnóstico precoce e acesso às instituições de saúde.

Esta pesquisa identificou um número considerável de mulheres que perderam o seguimento após o diagnóstico do câncer de mama, incluindo mulheres que já haviam apresentado recidiva da doença. Nesses casos, não houve registros no prontuário que apontassem encaminhamento da mulher a outro serviço de saúde e, em raros casos, uma única tentativa de entrar em contato com essas mulheres. Portanto, percebe-se que é necessário investir na adesão ao tratamento e na continuação do seguimento das mulheres diagnosticadas, por meio de planejamento, adoção de novas estratégias para acompanhamento, investimentos financeiros e recursos humanos para garantir o seguimento adequado desses casos. Tudo isso trará um impacto positivo considerável na saúde da mulher, com aumento de sobrevida e qualidade de vida às mulheres com câncer de mama, afetando todas as suas relações sociais.

Estudos futuros se fazem necessários para identificar os motivos que levam à perda de seguimento e, conseqüentemente, ao abandono ao tratamento, a fim de que ocorra um planejamento minucioso das ações em saúde e de que sejam adotadas novas condutas que permitam uma assistência integral e de qualidade prestada a essas mulheres.

O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, tem importante papel no planejamento e execução dessas ações por meio da consulta de enfermagem. O atendimento à mulher e à sua família em todos os níveis de atenção em saúde permite estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer dúvidas que esses apresentem, desde o diagnóstico até a conclusão do tratamento instituído. Além disso, a consulta de enfermagem possibilita acompanhar de perto a evolução da paciente, repassar e discutir com outros profissionais questões valiosas referentes ao estado da mulher em acompanhamento, garantindo ações integradas e uma assistência de qualidade.

A limitação deste estudo se refere a fonte de dados pesquisada, em que foram utilizados prontuários, muitas vezes com falta de informações ou relatórios e dados ilegíveis, dificultando a realização da pesquisa. Isso mostra a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde quanto à importância do registro adequado, com conteúdo claro e legível e com a inclusão de dados significativos referentes ao acompanhamento da paciente. Essa conduta possibilitaria ações em conjunto entre as categorias de saúde pela leitura dos relatórios, alimentaria os registros públicos de saúde para avaliação e subsidiaria pesquisas de extrema importância para o desenvolvimento científico nacional e mundial.

REFERÊNCIAS

Adamo V, Lorusso V, Rossello R, Adamo B, Ferraro G, Lorusso D, et al. Pegylated liposomal doxorubicin and gemcitabine in the front-line treatment of recurrent/metastatic breast cancer: a multicenter phase II study. *British Journal of Cancer*, 2008, 98(12): 1916 – 1921.

Aebi S, Davidson T, Gruber G, Cardoso F., and On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2011 Set; 22(6):12-24.

Associação de Combate ao Câncer de Goiás [página na internet]. Goiânia (GO): ACCG; 2010a [acesso 2014 jan 15]. Disponível em: <http://www.accg.org.br/timeline>

Associação de Combate ao Câncer de Goiás [página na internet]. Goiânia (GO): ACCG; 2010b [acesso 2014 jan 15]. Disponível em: <http://www.accg.org.br/unidades/hospital-araujo-jorge/sobre-o-hospital-araujo-jorge>

Batschauer, APB. Avaliação hemostática e molecular em mulheres com câncer de mama receptor hormonal negativo (Tese). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 116f.

Benoy IH, Salgado R, Elst H, Van Dam P, Weyler J, Van Marck E, et al. Relative microvessel area of the primary tumour, and not lymph node status, predicts the presence of bone marrow micrometastases detected by reverse transcriptase polymerase chain reaction in patients with clinically non-metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res.*, 2005; 7(2): 210–219.

Blamey RW, Hornmark-Stenstam B, Ball G, Blichert-Toft M, Cataliotti L, Fourquet A, et al. ONCOPOOL – A European database for 16,944 cases of breast cancer. *Eur J Cancer*. 2010 Jan; 46(1):56 –71.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 de junho de 2013; Seção 1.

Brasil, Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF, 2006a. 124 p

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: 2002. 66 p

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. 120p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 52 p.

Broet P, de la Rochefordière A, Scholl SM, Fourquet A, Mosseri V, Durand JC, Pouillart P, Asselain B: Contralateral breast cancer: annual incidence and risk parameters. *J Clin Oncol*. 1995, 13:1578-1583.

Caldas FAA, Curtis JAG, Baldelin TAR, Zignani JM, Bauab SP. Recidivas cutâneas de tumores mamários: formas de apresentação e diagnóstico diferencial. *Rev Imagem*. 2006; 28(3):197–201.

Cardoso F, Senkus-Konefka E, Fallowfield L, Costa A, Castiglione M, and on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Clinical practice guidelines. *Ann Oncol*. 2010; 21(5):15–19

Cardoso F, Costa A, Norton L, Cameron D, Cufer T, Fallowfield L, et al. 1st International consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 1). *The Breast*. 2012a Jun; 21(3) 242-252

Cardoso F, Harbeck N, Fallowfield L, Kyriakides S, Senkus E, and on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2012b Out; 23(7):11-19.

Castilho RS, Amorim WC, Santos Júnior JL, Rezende CAL. Cirurgia conservadora da mama 1981-2002: uma visão histórica. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(1): 49-55.

Chen Y, Thompson W, Semenciw R, Mao Y: Epidemiology of contralateral breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999, 8:885-861.

Cheng JCH, Chen CM, Liu MC, Tsou MH, Yang PS, Jian JJM, et al. Locoregional failure of postmastectomy patients with 1-3 positive axillary lymph nodes without adjuvant radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2002, 52(4):980-988

Clagnan WS, Andrade JM, Carrara HHA, Tiezzi DG, Reis FJC, Marana HRC, et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2008; 30(2): 67-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000200004&lng=en. Acesso em: 15/jan/2014

Cheng L, Michael D. Swartz, Hui Zhao, et al. Hazard of Recurrence among Women after Primary Breast Cancer Treatment - A 10-Year Follow-up Using Data from SEER-Medicare. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012; 21:800-809

Demichelli R, Biganzoli E, Boracchi P, Greco M, Retsky MW. Recurrence dynamics does not depend on the recurrence site. *Breast Cancer Res*. 2008; 10(5):83.

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365: 1687-1717

Eicher MRE, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer*. 2006; 42(18):3117–26

Faria G, Cardoso MJ, Martins D, Bettencourt H, Amendoeira I, Schimitt F. Caderina-P: Valor Prognóstico na Recidiva Loco-regional do Cancro da Mama 2012;25(2).

Faria, GFR. Factores moleculares de prognóstico na recidiva loco-regional do cancro da mama. 2009 (dissertação). Porto: Universidade do Porto; 2009. 87f.

Faria SL, Leme LHS, GOMES JCN. Seguimento pós tratamento de pacientes com câncer de mama: quando e como orientar?. *Rev Ciênc Méd.*, 2000; 9(1):32-37

Greenfield DM, Absolom K, Eiser C, Walters SJ, Michel G, Hancock BW, et al. Follow-up care for cancer survivors: the views of clinicians. *Br J Cancer*, 2009; 101(4): 568–574

Gonçalves, LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Oliveira LAR, Abud ACF et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18(3): 468-72.

Gondos A, Bray F, Brewster DH, Coebergh JWW, Hakulinen T, Janssen-Heijnen MLG, et al., and EUNICE Survival Working Group. Recent trends in cancer survival across Europe between 2000 and 2004: A model-based period analysis from 12 cancer registries. *Eur J Cancer*. 2008 Jul; 44(10):1463–75

Hofermann DA, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; 2013. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13937. Acesso em: 15/jan/2014

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estados: Goiás. Rio de Janeiro, RJ; 2013a (acesso em 15 jan 2014). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades: Goiânia-GO. Rio de Janeiro, RJ; 2013b (acesso em 15 jan 2014). Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232P4>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades: Goiânia-GO. Infográficos: estabelecimentos de saúde e morbidade hospitalar (acesso em 15 jan 2014). Rio de Janeiro, RJ; 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/12B7>

van Hezewijk M, van den Akker ME, van de Velde CJ, Scholten AN, Hille ET. Costs of different follow-up strategies in early breast cancer: A review of the literature. *Breast*. 2012 Dez; 2(6): 693-700

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(2): 69–90.

Jones HA, Antonini N, Hart AA, Peterse JL, Horiot JC, Collin F, et al. Impact of pathological characteristics on local relapse after breast-conserving therapy: a

subgroup analysis of the EORTC boost versus no boost trial. *J Clin Oncol.*, 2009 Oct 20; 27(30):4939-47

Jung SY, Rosenzweig M, Sereika SM, Linkov F, Brufsky A, Weissfeld JL. Factors associated with mortality after breast cancer metastasis. *Cancer Causes Control.* 2012 Jan; 23(1):103–12

Kheradmand AA, Ranjbarnovin N, Khazaeipour Z. Postmastectomy locoregional recurrence and recurrence-free survival in breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 2010, 8(30).

Kimman ML, Dellaert, BGC, Boersma LJ, Lambin P, Dirksen CD. Follow-up after treatment for breast cancer: One strategy fits all? An investigation of patient preferences using a discrete choice experiment. *Acta Oncol*, 2010. 49 (3): 328–337.

Kimman ML, Dirksen CD, Voogd AC, Falger P, Gijzen BC, Thuring M, et al. Nurse-led telephone follow up and an educational group programme after breast cancer treatment: results of a 2 x 2 randomised controlled trial. *Eur J Cancer.* 2011 Mai; 47(7):1027-36

Lee BL, Liedke PE, Barrios CH, Simon SD, Finkelstein DM, Goss PE. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. *Lancet Oncol.* 2012; 13(3):e95-e102.

Liukkonen S, Leidenius M, Saarto T, Sjöström-Mattson J. Breast cancer in very young women. *EJSO.* 2011 Dez; 37(12):1030-7

Mayer EL, Gropper AB, Neville BA, Partridge AH, Cameron DB, Winer EP et al. Breast cancer survivors' perceptions of survivorship care options. *J Clin Oncol.* 2012 Jan 10;30(2):158-63.

Mjaaland I, Segers R, Dybvik K, Bjerkeset O, Kvaløy J, Heikkilä R. Recurrence and survival after breast-conserving treatment of breast cancer. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010;130(4):370-4.

Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Méd Bras*; 49(2): 185-90, 2003.

Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, Viale G, Renne G, Cancellato G, et al. Breast cancer subtypes and outcome after local and regional relapse. *Annals of Oncology* 2012, 23: 324–331.

Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006, Rio de Janeiro, 22(10):2219-2228

National Collaborating Centre for Cancer (UK). Advanced Breast Cancer: Diagnosis and Treatment. Cardiff (UK): National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2009 Feb. (NICE Clinical Guidelines, No. 81.) Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61870/>

Panieri E. Breast cancer screening in developing countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 53(3): 121-2, 2011.

Roujun Peng, Shusen Wang, Yanxia Shi, Donggen Liu, Xiaoyu Teng, Tao Qin, Yixin Zeng, Zhongyu Yuan. Patients 35 years old or younger with operable breast cancer are more at risk for relapse and survival: A retrospective matched case e control study. *The Breast* 20 (2011) 568 e 573

Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo, AS. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2007, 9 (1), 154 – 165.

Punglia RS, Morrow M, Winer EP, Harris JR. Local therapy and survival in breast cancer. *N Engl J Med*, 2007, 356 (23): 2399–2405.

Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV, et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário axila-negativo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(4): 499-503.

Rauschecker HHF, Clarke MJ, Gatzemeier W, Recht A. Systemic therapy for treating locoregional recurrence in women with breast cancer. *The Cochrane Library*. 2008; (Issue 4). Review. doi: 10.1002/14651858.CD002195

Sheppard C. Breast cancer follow-up: literature review and discussion. *Eur J Oncol Nurs*. 2007 Set; 11(4):340-7

Rosso S, Gondos A, Zanetti R, Bray F, Zakelj M, Zagar T, et al., and EUNICE Survival Working Group. Up-to-date estimates of breast cancer survival for the years 2000–2004 in 11 European countries: the role of screening and a comparison with data from the United States. *Eur J Cancer*. 2010 Dez;46(18):3351-7.

Silva, APS. Ações básicas de detecção precoce e fatores de risco para o câncer de mama em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde de Fortaleza-Ceará. 2008. 61 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal Do Ceará. Fortaleza, 2008.

Silva G, Santos, MA. “Será que não vai acabar nunca?”: perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Jul-Set; 17(3): 561-8.

Soerjomataram I, Louwman MJ, Ribot J, Roukema J, Coebergh J. An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2008; 107(3):309-30.

Takeuchi H, Muto Y, Tashiro H. Clinicopathological characteristics of recurrence more than 10 years after surgery in patients with breast carcinoma. *Anticancer Res.*, 2009, 29(8): 3445-8.

Truong PT, Olivotto IA, Kader HA, Panades M, Speers CH, Berthelet E. Selecting breast cancer patients with T1-T2 tumors and one to three positive axillary nodes at high postmastectomy locoregional recurrence risk for adjuvant radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2005, 61(5):1337-1347

Van Laar RK. Design and multiseres validation of a web-based gene expression assay for predicting breast cancer recurrence and patient survival. *J Mol Diagn*. 2011; 13(3): 297–304.

WHO. World Health Organization. The International Agency for Research on Cancer (IARC). *Globocan 2012*. Lyon, 2012. Disponível em: <<http://www.uicc.org/iarc-release-latest-world-cancer-statistics>>. Acesso em: 01/09/2014.

Zapponi, ALB.; Melo, ECP. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.18 n.4, out/dez, 2010.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	
No de identificação: _____	Iniciais nome: _____
Nº prontuário: _____	Telefone: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Naturalidade: _____
Cidade em que reside: _____	
Idade: _____	Cor da pele: _____
Estado civil: _____	Ocupação: _____
Convênio: _____	Aposentada: () Sim () Não
Data da coleta: ____/____/____	Coletador de dados: _____

LOCALIZAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO DO TUMOR

Localização

1. Sublocalização

1.1 – () Mama D	1.2 – () Mama E
a) () Mamilo (C50.0)	a) () Mamilo (C50.0)
b) () Porção central (C50.1)	b) () Porção central (C50.1)
c) () Quad. sup. interno (C50.2)	c) () Quad. sup. interno (C50.2)
d) () Quad. inf. interno (C50.3)	d) () Quad. inf. interno (C50.3)
e) () Quad. sup. externo (C50.4)	e) () Quad. sup. externo (C50.4)
f) () Quad. inf. externo (C50.5)	f) () Quad. inf. externo (C50.5)
g) () Prolongamento axilar (C50.6)	g) () Prolongamento axilar (C50.6)

() Sem informações no prontuário

Classificação Clínica

2. (T) Extensão do tumor primário

2.1 - () Mama D	2.2 - () Mama E
() 2.1.1TX- O tumor primário não pode ser avaliado () 2.1.2 -T0 Sem evidência de tumor primário () 2.1.3 -Tis Carcinoma in situ: () 2.1.3.1 Tis (CDIS) Carcinoma ductal in situ () 2.1.3.2 Tis (CLIS) Carcinoma lobular in situ () 2.1.3.4 Tis (Paget) Doença de Paget do mamilo sem tumor na mama () 2.1.4 -T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. () 2.1.4.1 T1mic Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão () 2.1.4.2T1a Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão () 2.1.4.3T1b Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão () 2.1.4.4T1c Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão () 2.1.5- T2 Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão () 2.1.6 - T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão () 2.1.7 - T4 Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d () 2.1.7.1 T4a Extensão à parede torácica () 2.1.7.2 T4b Edema (inclusive "pele de laranja"), ou ulceração da pele da mama,ou nódulos cutâneos satélites confinados àmesma mama	() 2.2.1 -TX O tumor primário não pode ser avaliado () 2.2.2-T0 - Sem evidência de tumor primário () 2.2.3 - Tis Carcinoma in situ: () 2.2.3.1 Tis (CDIS) Carcinoma ductal in situ () 2.2.3.2 Tis (CLIS) Carcinoma lobular in situ () 2.2.3.4 Tis (Paget) Doença de Paget do mamilo sem tumor na mama () 2.2.4 -T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. () 2.2.4.1 T1mic Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão () 2.2.4.2T1a Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão () 2.2.4.3T1b Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão () 2.2.4.4T1c Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão () 2.2.5 T2 Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão () 2.2.6 -T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão () 2.2.7- T4 Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d () 2.2.7.1 T4a Extensão à parede torácica () 2.2.7.2 T4b Edema (inclusive "pele de laranja"), ou ulceração da

• () 2.1.7.3 T4c Ambos (T4a e T4b), acima • () 2.1.7.4 T4d Carcinoma inflamatório	pele da mama, ou nódulos cutâneos satélites confinados à mesma mama • () 2.2.7.3 T4c Ambos (T4a e T4b), acima • () 2.2.7.4 T4d Carcinoma inflamatório
--	--

() Sem informações no prontuário

3- (N) Linfonodos Regionais

3.1 – () Mama D	3.2 - () Mama E
3.1.1 () NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados 3.1.2 () N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais 3.1.3 () N1 Metástase em linfonodo(s) axilar, homolateral (ais), móvel(eis) 3.1.4 () N2 Metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es) • 3.1.4.1 () N2a Metástase em linfonodo(s) axilar(es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas • 3.1.4.2 () N2b Metástase clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es) 3.1.5 () N3 Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es); ou clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es); ou metástase	3.2.1 () NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados 3.2.2 () N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais 3.2.3 () N1 Metástase em linfonodo(s) axilar, homolateral (ais), móvel(eis) 3.2.4 () N2 Metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es) • 3.2.4.1 () N2a Metástase em linfonodo(s) axilar(es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas • 3.2.4.2 () N2b Metástase clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es) 3.2.5 () N3 Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es); ou clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es); ou

em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s) • 3.1.5.1 () N3a Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) • 3.1.5.2 () N3b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilares • 3.1.5.3 () N3c Metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es)	metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s) • 3.2.5.1 () N3a Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) • 3.2.5.2 () N3b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilares • 3.2.5.3 () N3c Metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es)
--	--

() Sem informações no prontuário

4 – (M) Metástase a Distância

4.1 - () Mama D	4.2 - () Mama E
() 4.1.1 MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada	() 4.2.1 MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
() 4.1.2 M0 Ausência de metástase à distância	() 4.2.2 M0 Ausência de metástase à distância
() 4.1.3 M1 Metástase à distância	() 4.2.3 M1 Metástase à distância

ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS À DOENÇA	
Estadio TNM:	Receptores Hormonais:

1. Data do diagnóstico: ____/____/____

2. Diagnóstico: _____

3. Data início do tratamento: ____/____/____

4. Número de consultas:

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médica						
Enfermagem						

Data da última consulta 2012: ____/____/____

Data da última consulta 2013: ____/____/____

Possível perda de seguimento? () Sim () Não

5. Metástase

() Não () Sim. Data: ____/____/____ () Sem informações

Local: _____

6. Recidiva (local ou regional)

() Não () Não informado

() Sim. Data: ____/____/____ Local: _____

Estadiamento.: T____ N____ M____

7. Óbito

() Não () Não informado () Sim. Data: ____/____/____

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PROTOCOLO CEP/ACCG N° 001/2013

Goiânia, 07 de março de 2013.

N° CAAE Plataforma Brasil: (Instituição proponente): 11319512.8.0000. 5078

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: En^{fa}. Valéria Costa Peres

PESQUISADORES PARTICIPANTES: En^{fa}. Danyelle Lorrane Carneiro Veloso,
En^{fa}. Janaína Valadares Guimarães e En^{fa}. Juliane Lopes.

TÍTULO: "Análise dos fatores relacionados ao câncer de mama em mulheres em tratamento ambulatorial em hospital de referência em Goiânia".

Área Temática: Grupo III

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Enfermagem

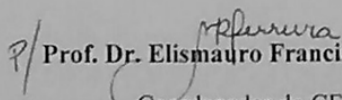
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem/UFG

Local de Realização: Hospital Araújo Jorge/ACCG – Ginecologia e Mama

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da ACCG analisou e aprovou *com recomendações o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e os mesmos foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes. *Recomendamos: Apresentação de esclarecimentos acerca do tamanho da amostra e também sobre a participação de acompanhantes na pesquisa.

O Pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/ACCG, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões), resultados e publicação (ões). Os relatórios deverão ser entregues em CD e devidamente assinados.

O CEP/ACCG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em pesquisa – Item 13*).


Prof. Dr. Elismauro Francisco de Mendonça
Coordenador do CEP/ACCG



ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS

(62) 3878-7000 | 3243-7000
Rua 239, nº 206, St. Universitário
Goiânia - Goiás - Brasil - CEP 74.605-070
www.accg.org.br