

Importância do atendimento integrado em Mastologia para redução da mortalidade por câncer de mama

The role of integrated patient care in Mastology to reduce breast cancer mortality rate

Luiz Henrique Gebrim¹, Marcelo Madeira², Jorge Yoshinori Shida³, André Mattar⁴

Descritores

Câncer de mama
Mortalidade
Estadiamento de Neoplasias
Diagnóstico Precoce

Keywords

Breast Cancer
Mortality
Neoplasm Staging
Early Diagnosis

RESUMO

Após analisar 39.589 mulheres atendidas de julho de 2005 a maio de 2010 no Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Estadual Pérola Byington), foi observado que o atendimento resolutivo permitiu concluir o diagnóstico em lesões clínicas em 95,4% das pacientes. Cerca de 34,5% das pacientes encaminhadas não tinham nenhuma patologia mamária; destas, mais de 68% tinham realizado exames por imagem solicitados pelo ginecologista. Apenas 7,1% das pacientes encaminhadas apresentavam carcinoma. A porcentagem de pacientes no estágio I aumentou de 12,7 para 23,4%. Igualmente no estágio II, houve aumento de 40,3 para 54,1% das pacientes diagnosticadas. Ao contrário, houve redução no número de tumores avançados (estádio III) de 40,2 para 15,2%. Os resultados obtidos permitem concluir que, no momento do diagnóstico, os tumores nos estádios I e II representaram 77,5% dos casos. Esses resultados mostram de forma clara que a falta de acesso e resolutividade são as mais importantes causas de progressão da doença, pois certamente em três ou seis meses grande parte das neoplasias das pacientes diagnosticadas e tratadas nos Estádio I e II progrediria. A rápida redução no número de casos avançados permite estimar redução de mortalidade de 19,8% pela doença. O modelo de atendimento mostra uma excelente estratégia de custo efetividade voltado para instituições com grande demanda das grandes cidades brasileiras, que tratam mais de 80% dos casos de câncer de mama, permitindo uma rápida redução da taxa de mortalidade.

ABSTRACT

After examining 39,589 women attended from July, 2005 to May, 2010 in the Reference Center for Women's Health (Pérola Byington State Hospital), we concluded the diagnosis in one step consultation in 95.4% of patients. About 34.5% of referred patients had no breast pathology; of these, over 68% had undergone imaging studies requested by the gynecologist. We observed that only 7.1% of referred patients had carcinoma. The percentage of patients in stage I increased from 12.7 to 23.4%. Also, in stage II, there was an increase from 40.3 to 54.1% of those diagnosed. Instead, there was reduction in the number of advanced tumors (stage III) from 40.2 to 15.2%. The results showed that at diagnosis, the tumors in stages I and II accounted for 77.5% of the cases. These results clearly show that the lack of access and biopsy to confirm the diagnosis are the most important causes of disease progression,

¹ Professor Livre-Docente da Disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Diretor do Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, São Paulo (SP), Brasil.

² Mestre em Ginecologia e pós-graduando da Disciplina de Mastologia da UNIFESP; Médico do Departamento Materno-Infantil do Hospital Israelita Albert Einstein; Professor de Ginecologia da UNINOVE – São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutor em Medicina pela UNIFESP; Chefe do Núcleo de Mastologia do Hospital Pérola Byington, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Pós-graduando da Disciplina de Mastologia da UNIFESP; Médico Assistente do Núcleo de Mastologia do Hospital Pérola Byington – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Luiz Henrique Gebrim – Rua Mato Grosso, 366, cj 1611 – Higienópolis – CEP 01239-040 – São Paulo (SP), Brasil.

Recebido em: 12/10/2010. Aceito após modificações em: 07/12/2010

because certainly in three or six months, most tumors of patients diagnosed and treated in Stages I and II would progress. The rapid reduction in the number of cases that we have developed allows us to estimate a mortality reduction of 19.8% by the disease. The service model shows an excellent cost effective strategy aimed at institutions with high demands from large Brazilian cities, treating more than 80% of cases of breast cancer, allowing a rapid reduction of mortality rate.

Introdução

O câncer de mama representa um importante problema de saúde em todo o mundo. Trata-se da segunda neoplasia maligna mais diagnosticada nas mulheres. A *American Cancer Society* estima que ocorreram 192.370 novos casos da doença nos Estados Unidos, em 2009¹.

No Brasil, o número estimado de novos casos de câncer de mama em 2010 é de 49.240, com risco de 49 casos para cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente com uma estimativa de 65 casos novos por 100 mil².

Trata-se de uma doença complexa e multifatorial que sofre fortes influências de fatores genéticos e ambientais. Acomete principalmente mulheres na pós-menopausa. Entretanto, cerca de 15% dos casos ocorrem em pacientes com idade inferior a 40 anos, nos quais é menor a acurácia da mamografia, o que torna mais oneroso o rastreamento mamográfico³. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, em 2008, cerca de 60% das pacientes são tratadas em estádios avançados.

A ampla divulgação pelos meios de comunicação da importância do diagnóstico precoce modificou o conceito de que a falta de conscientização e o medo de câncer eram os principais responsáveis pelo grande número de pacientes com tumores avançados no Brasil.

O problema atual decorre, basicamente, da falta de acesso aos poucos centros especializados, os quais nem sempre estão capacitados para um diagnóstico rápido, possível de se fazer em uma única consulta. Estes centros, além de escassos e mal distribuídos, atuam com recursos humanos e infraestrutura subutilizados. A falta de um programa nacional regionalizado e hierarquizado para detecção precoce dificulta o gerenciamento das ações e a capacitação médica, sendo frequente a migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente, sobrecarregando e onerando os mais ágeis e de fácil acesso⁴.

Apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos para se detectar tumores não-palpáveis, o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis supera 150 dias. O atendimento da rede primária é deficiente, faltam diretrizes e treinamento para o profissional de saúde, o qual primeiro atende estas pacientes solicitando exames, muitas vezes desnecessários, que retardam o diagnós-

tico do câncer e sobrecarregam os centros de referência com pacientes com alterações benignas⁴.

Essa distorção dificulta o acesso e piora o prognóstico das pacientes com câncer pela demora em iniciar o tratamento especializado, além de aumentar o tempo de elucidação das queixas e a ansiedade das pacientes com alterações benignas. A terapêutica dos casos avançados, além de mais onerosa, resulta em sobrevida de apenas 30% das pacientes em dez anos (Gráfico 1). Desta maneira, a detecção precoce e, principalmente, o tratamento em estágios iniciais aumentam substancialmente as chances de cura, diminuindo também os gastos com o tratamento^{5,6}.

As principais diretrizes para tratamento do carcinoma de mama são baseadas no estadiamento inicial e o histopatológico. Assim, preconiza-se a terapia sistêmica em quase todos os casos em que há comprometimento linfonodal, especialmente tumores maiores que 2 cm, representando um gasto expressivo e uma tímida redução na mortalidade. Dados do DATASUS, em 2006, mostraram que, apesar de haver um gasto crescente com o tratamento quimioterápico, não houve redução na mortalidade nas diferentes regiões do Brasil (Gráfico 2)⁷. Há dificuldades em se realizar uma biópsia investigativa, e alguns hospitais terciários só aceitam pacientes com diagnóstico histopatológico, contribuindo ainda mais para o aumento de casos avançados.

O câncer de mama no município de São Paulo

No Estado de São Paulo, o Ministério da Saúde estimou para 2010 o aparecimento de cerca de 16.000 casos novos de câncer de mama, com uma taxa bruta de 78,01, sendo quase 6.200 casos na

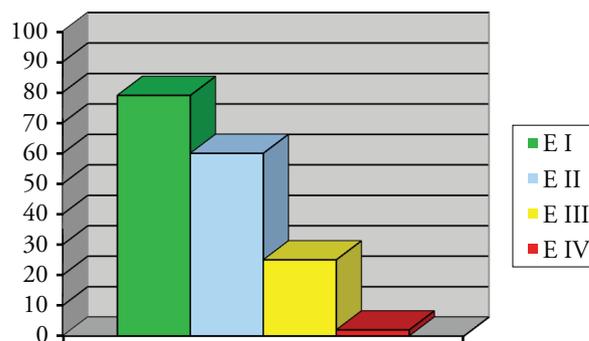


Gráfico 1. Sobrevida dez anos após o tratamento, conforme o estadiamento¹.

capital. A maior concentração de recursos materiais e humanos no Município de São Paulo e a grande população de migrantes que lá residem, contribuem para que a Metrópole tenha cerca de 4.150 óbitos por câncer de mama dos 10.000 existentes em todo o país. Apesar do crescente número de casos iniciais nas pacientes oriundas das clínicas privadas ou conveniadas, submetidas ao rastreamento mamográfico oportunístico, a mortalidade por câncer de mama se mantém estável no Município de São Paulo nas últimas décadas (Gráfico 3)⁸. Uma das principais causas é o grande número de casos avançados nas mulheres pertencentes às camadas mais carentes da população.

Tais evidências mostram claramente que antes de desencadear ações no sentido de implementar o rastreamento mamográfico, deve-se priorizar as pacientes com tumores palpáveis; facilitar o acesso à Rede Pública, a qual deve estar capacitada e hierarquizada para o diagnóstico imediato e início do tratamento no menor prazo possível. Para reverter essa realidade

em curto espaço de tempo, é necessário otimizar os recursos já existentes, disponibilizando as equipes de atendimento de forma integrada e multidisciplinar, para o atendimento resolutivo em consulta única, pactuando-se responsabilidades entre as unidades de atendimento primário e secundário, e os centros de referência (terciários) para o encaminhamento e o acesso imediato das pacientes com nódulos mamários.

O modelo de atendimento em consulta única

Nesses moldes, foi viabilizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Estadual Pérola Byington) em julho de 2005, um Centro de Alta Resolutividade em Mastologia com atendimento na mesma área física com mamógrafos, ultrassom, coloração imediata para exames citopatológicos e agulhas para biópsias percutâneas ambulatoriais.

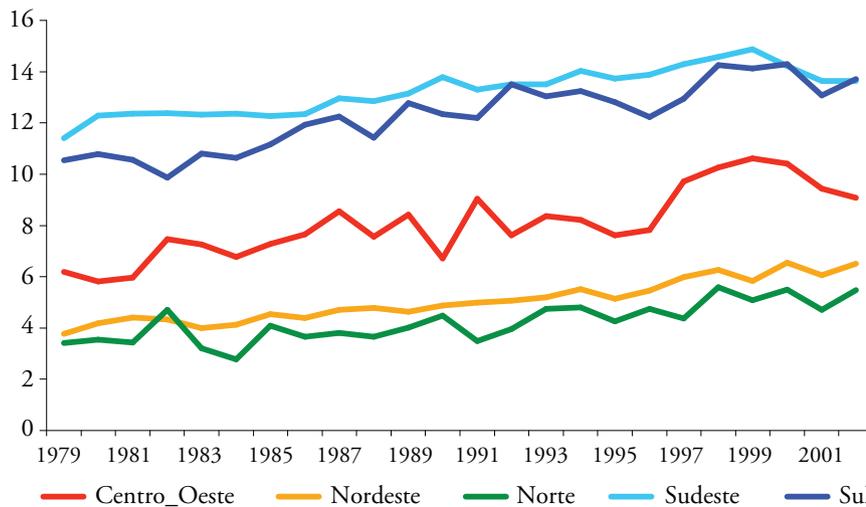


Gráfico 2. Mortalidade nas diferentes regiões do Brasil⁷.

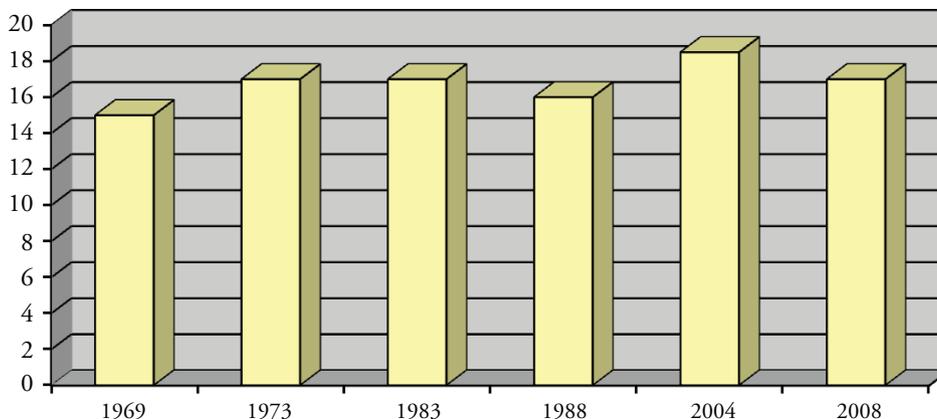


Gráfico 3. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em 100.000 mulheres, de 1969 a 2008, em São Paulo⁸.

O atendimento em consulta única foi implantado com supervisão de mastologistas capacitados para o atendimento resolutivo, em conjunto com ginecologistas e residentes. A equipe atende toda demanda espontânea e referenciada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), cerca de 80 casos novos por dia. O modelo de atendimento tem finalidade não só assistencial, mas também de ensino, capacitando futuros especialistas.

As pacientes são submetidas a um breve questionário para identificar o motivo da consulta. Após o exame físico para confirmação de alterações clínicas, procede-se, a critério médico, à propedêutica imagenológica, punção biópsia com coloração e leitura imediata da lâmina e, nos casos duvidosos, a biópsia por agulha grossa ou incisional. Havendo apenas alterações imagenológicas (*Bi-Rads* 4 ou 5), o grupo de lesões não-palpáveis reavalia e agenda a investigação (*core* ou biópsia vácuo-assistida). As pacientes que necessitam de tratamento oncológico têm seus exames pré-operatórios ou pré-quimioterapia solicitados, e a modalidade terapêutica inicial (cirurgia ou quimioterapia) agendada para um período de no máximo 30 dias.

Pelo fato de a incidência de câncer ser maior após os 40 anos de idade, as mulheres com nódulos pertencentes a este grupo etário são priorizadas e, geralmente, submetidas à punção biópsia para elucidação diagnóstica (Gráfico 4)⁹.

A implantação de uma ação integrada voltada para o diagnóstico precoce é fundamental para uma rápida redução na mortalidade no Brasil, pois aumenta a resolutividade das complexas e dispendiosas etapas do diagnóstico, evitando exames desnecessários, propiciando uma terapêutica imediata e individualizada.

Resultados

Após analisar 39.589 mulheres atendidas de julho de 2005 a maio de 2010 no Centro de Referência da Saúde da Mulher

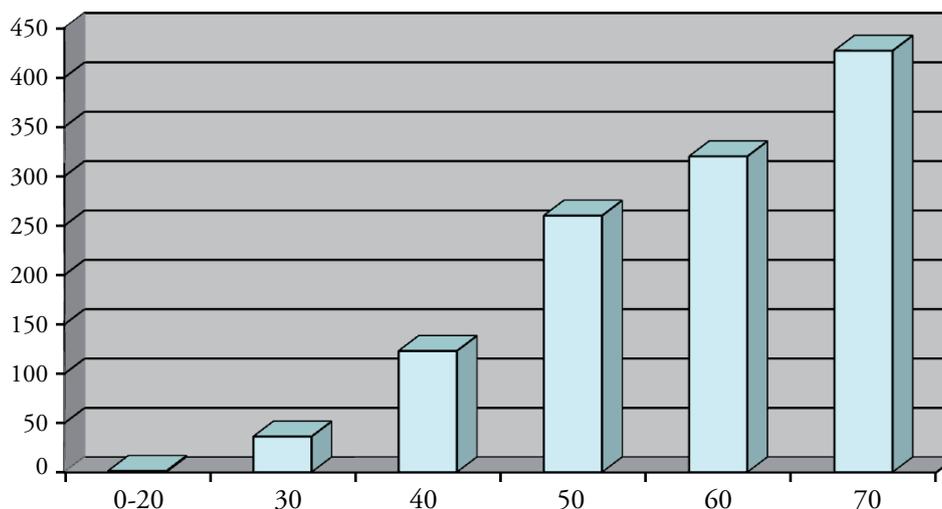


Gráfico 4. Incidência bruta de câncer de mama por 100.000 habitantes, segundo a idade no Município de São Paulo⁹.

(Hospital Estadual Pérola Byington), observou-se que o atendimento resolutivo permitiu concluir o diagnóstico em lesões clínicas em 95,4% das pacientes. Cerca de 34,5% das pacientes encaminhadas não tinham nenhuma patologia mamária, destas, mais de 68% tinham realizado exames por imagem solicitados pelo ginecologista.

Os dados revelaram um grande contingente de casos com encaminhamentos e exames desnecessários, evidenciando a necessidade da realização de cursos de capacitação para os médicos que atuam na rede primária. O atendimento resolutivo, por outro lado, reduziu o período de ansiedade das pacientes cancerofóbicas.

As demais causas de encaminhamento foram as alterações não-palpáveis (28%), fibroadenomas (18%), cistos (15%) e os carcinomas com apenas 7% do total de pacientes atendidas (Gráfico 5).

Tendo em vista o grande número de alterações mamográficas e doenças benignas, há necessidade de qualificar os Hospitais ou Unidades Secundárias de contrarreferência

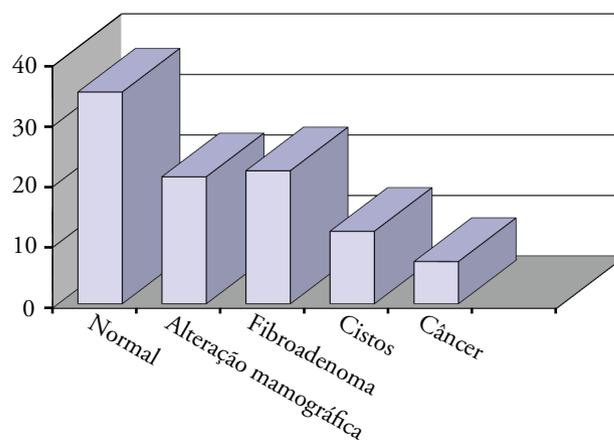


Gráfico 5. Principais causas de encaminhamento para o atendimento especializado em Mastologia do Hospital Estadual Pérola Byington.

para a triagem e a resolução desses casos, impedindo o deslocamento da paciente ou realização de exames subsidiários desnecessários. Outro aspecto importante observado foi o grande número de mulheres jovens com faixa etária próxima aos 38 anos, mostrando maior conscientização neste grupo etário, possivelmente pela constante exposição à mídia de mulheres jovens com câncer de mama. O aspecto negativo que tal distorção gera é a grande “cancerofobia”, e a demanda por consultas e exames, o que dificulta ainda mais o acesso da paciente idosa, menos conscientizada do risco de câncer e muitas vezes dependente de algum familiar para acompanhamento à consulta. No Gráfico 6, é possível observar a distribuição etária das pacientes encaminhadas para atendimento especializado em Mastologia no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.

Por fim, pode-se observar dentre as pacientes com carcinoma, um aumento no número de pacientes pertencentes aos estádios iniciais I e II após o início do atendimento integrado resolutivo. A porcentagem de pacientes no estágio I aumentou de 12,7 para 19,3 e 23,4%. Igualmente no estágio II, houve aumento de 40,3 para 54,2 e 54,1% das pacientes diagnosticadas. Ao contrário, houve redução no número de tumores no estágio III de 40,2 para 20,0 e 15,2%, nos três períodos estudados. Entretanto, não houve variação significativa na proporção de pacientes diagnosticadas no estágio IV, as quais se mantiveram entre 6 e 7%.

Os resultados obtidos permitem concluir que, no momento do diagnóstico, os tumores nos estádios I e II representaram 77,5% dos casos. A proporção de casos avançados (Estádios III e IV) foi de apenas 21,5%, ou seja, 60% menor do que a relatada pelo Ministério da Saúde em torno de 55% (Gráfico 7).

Esse resultado mostra de forma clara que a falta de acesso e de resolutividade diagnóstica são as mais importantes causas

de progressão da doença, pois certamente em três ou seis meses, grande parte das neoplasias das pacientes diagnosticadas e tratadas nos estádios I e II progrediria para II ou III. A rápida redução no número de casos avançados permite estimar que há uma redução de mortalidade de 19,8% pela doença. O modelo de atendimento demonstra uma excelente estratégia de custo-efetividade voltado para Instituições com grande demanda das grandes cidades brasileiras, que tratam mais de 80% dos casos de câncer de mama, permitindo uma rápida redução da taxa de mortalidade.

Conclusão

O atendimento integrado e resolutivo torna mais ágil o atendimento na Rede Pública; utiliza recursos humanos e materiais já existentes nas Instituições; acarreta imediata redução no número de casos avançados; e a médio e a longo prazo o efeito multiplicador de ações integradas irá reduzir a mortalidade da doença, permitindo em etapa subsequente, implementar o rastreamento mamográfico com infraestrutura voltada para a investigação de lesões não-palpáveis nos centros secundários (Figura 1), resgatando aos centros terciários sua função primordial que é essencialmente a terapêutica e o seguimento oncológico (Figura 2).

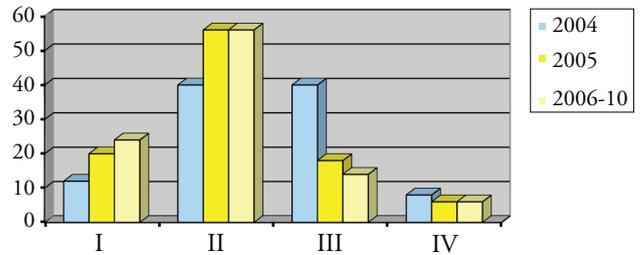


Gráfico 7. Estadiamento clínico das 3.765 pacientes atendidas em consulta única no Hospital Estadual Pérola Byington (em São Paulo), de janeiro de 2004 a maio de 2010.

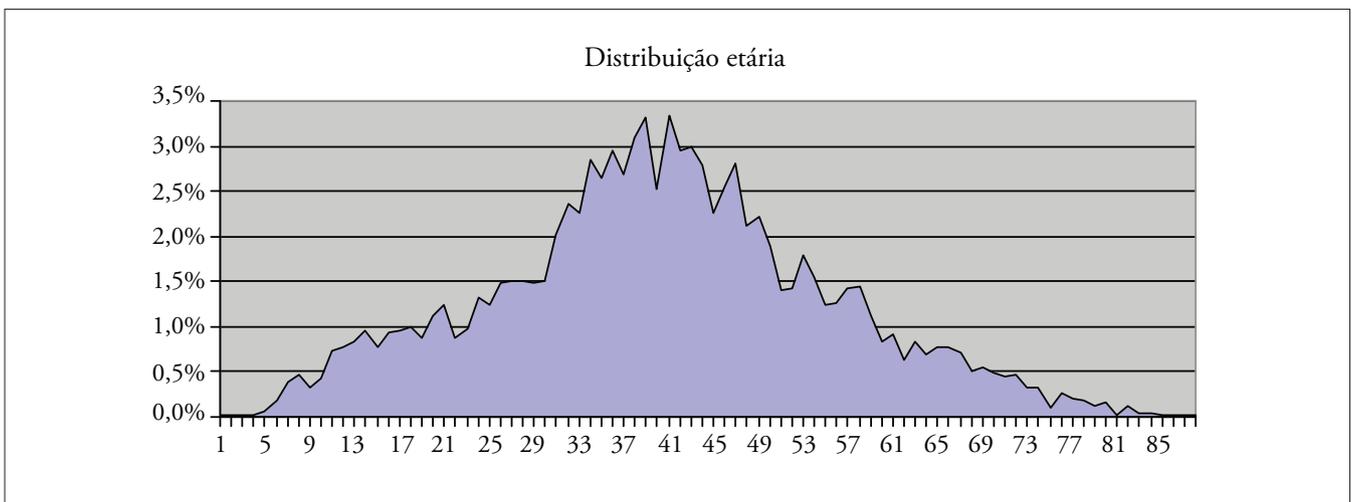


Gráfico 6. Distribuição etária das pacientes encaminhadas para atendimento especializado em Mastologia no Hospital Pérola Byington.

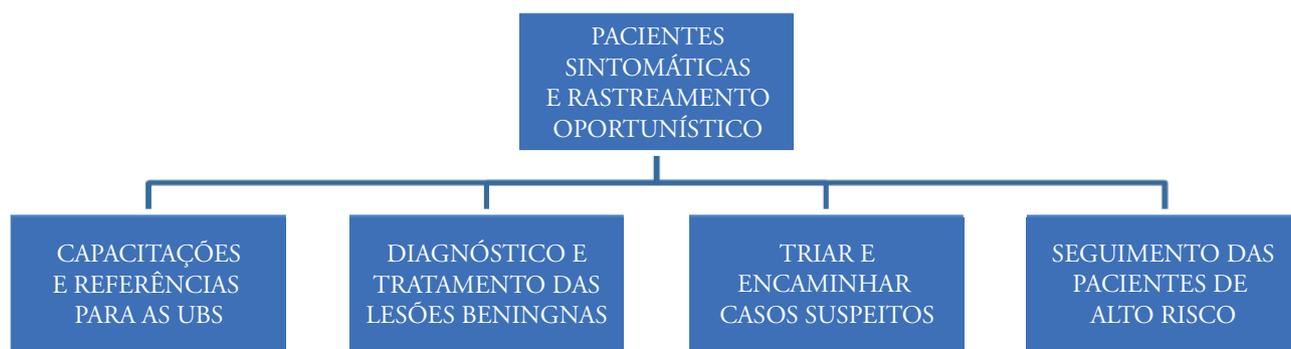


Figura 1. Atendimento no centro de referência secundário.



Figura 2. Atendimento no centro de referência terciário.

Referências

1. Society AC. Cancer facts & figures 2009. In: Society AC, editor. Atlanta; 2009.
2. INCA. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Tiezzi DG. [Epidemiology of breast cancer]. Rev Bras Ginecol Obstet. [Editorial]. 2009;31(5):213-5.
4. Gebrim LH. [Breast cancer screening and stage at diagnosis]. Rev Bras Ginecol Obstet. [Editorial]. 2009;31(5):216-8.
5. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 1999;353(9159):1127-31.
6. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 1999;353(9159):1119-26.
7. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007. In: Saúde SdVe, editor. Brasília; 2006.
8. Lisboa LF. Tendências da incidência e da mortalidade do câncer de mama feminino no município de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
9. Seade F. Situação da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama feminina no município de São Paulo em anos recentes. In: CEInfo CdEeI-, editor. São Paulo: Seade; 2006.