

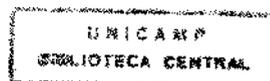
**OLAVO PEDROSO CEZAR JUNIOR**

**CARCINOMA DE MAMA EM BRAGANÇA PAULISTA:  
EXPERIÊNCIA DE UMA DÉCADA**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual  
de Campinas para a obtenção do título de  
Mestre em Tocoginecologia

**Orientador: PROF. DR. JESSÉ DE PAULA NEVES-JORGE**

**UNICAMP  
1995**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
C	339c
V.	Ex.
TEMPO	6/25 865
PROC.	433/95
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	06/10/95
N.º CPD	

CM-00077378-4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA  
DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

C339c

Cezar Junior, Olavo Pedroso

Carcinoma de mama em Bragança Paulista: experiência de uma década / Olavo Pedroso Cezar Junior. Campinas, SP: [s.n.], 1995.

Orientador: Jessé de Paula Neves Jorge

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

I. Neoplasias mamárias. 2. Ambulatório hospitalar. 3. Diagnóstico. I. Jorge, Jessé de Paula Neves. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Banca Examinadora da Dissertação de Tese de Mestrado**

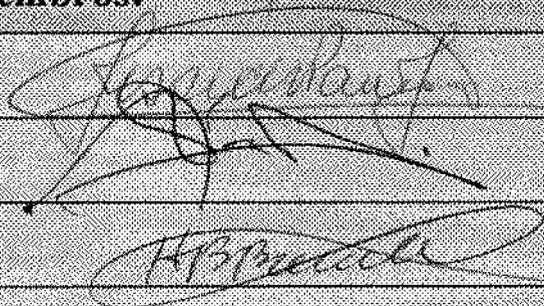
**Aluno:** Olavo Pedroso Cezar Junior

---

**Orientador:** Prof. Dr. Jessé de Paula Neves Jorge

---

**Membros:**



Two handwritten signatures are visible on the lined background. The top signature is written in dark ink and appears to be 'J. de Paula Neves Jorge'. The bottom signature is written in a lighter ink and appears to be 'H. B. ...'.

**Curso de pós-graduação em Medicina - Área de Tocoginecologia  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas.**

**Data:** 12.09.95

*Tudo quanto puderes fazer,  
ou creias poder, começa.  
A ousadia tem gênio, poder  
e magia.*

*Goethe*

## **ESTA TESE É DEDICADA ...**

A minha esposa **Priscila**, companheira de todas as horas, e que sempre me incentivou neste trabalho.

Aos meus pais, **Olavo e Maria Cândida**, que sempre confiaram em mim e que sempre me apoiaram.

Aos meus filhos, **Daniela, Olavo e Rodrigo**.

Aos meus sogros, **Décio e Nilze**, que me acompanharam nesta jornada.

Ao meu mestre e amigo, **Dr. Douglas Collina Martins**, que me abriu as portas à Mastologia e me deu preciosa colaboração para a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS ...

À Universidade São Francisco, onde completei minha formação acadêmica, profissional e que me possibilitou realizar este trabalho.

Prof. Dr. Jessé de Paula Neves-Jorge, pela orientação neste trabalho.

Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelos ensinamentos, orientações fornecidas e incentivos.

Dra. Maria Teresa Villa Lobos Aguayo, pelo trabalho estatístico.

Dra. Edna Marina Cappi Maia e Prof. Dr. Nelson L. Maia Filho, pelo incentivo e colaboração.

Dr. Waldemar Muniz, pelos conselhos e amizade.

Dr. Attilio Brisighelli Neto, pela colaboração e amizade.

Prof. Dr. Antonio Carlos Botta de Assis, pelos conselhos e amizade.

Dra. Helenice Piovesan e Dr. Enzo Magrini, pelo estudo anatomopatológico realizado.

Srta. Marina Borges, pelas primeiras revisões gramaticais.

A Srta. Margarete Amado de Souza Donadon, pela delicadeza e ajuda prestada no decorrer da Pós-Graduação.

Aos funcionários da Assessoria Técnica do CAISM, pela colaboração na elaboração deste volume.

**Pelos ensinamentos:**

Prof. Dr. Aloísio José Bedone

Profa. Dra. Ana Neuza Vieira Matos

Dr. Edson Mantovani Barbosa

Profa. Dra. Ellen Hardy

Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza

Prof. Dr. Henrique Benedito Brenelli

Dr. José Costa de Andrade

Prof. Dr. Luiz Carlos Teixeira

Dr. Nassif Alexandre Galeb Jr.

Dr. Nelson Cymbalista

Prof. Dr. Ovídio Rettori

Profa. Dra. Tereza Cristina Samico Cavalcanti

A todos os colegas da USF e UNICAMP.

Às funcionárias do SAME da USF, Dirce Aparecida Russi e Denise S. G. Dal Bianco, pela cooperação na revisão dos prontuários.

A todas as pacientes que indiretamente participaram deste trabalho.

## SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

---

<b>a.C.</b>	antes de Cristo
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>cm</b>	centímetro
<b>CMF</b>	Ciclofosfamida, Methotrexate e Fluoro-Uracil
<b>DP</b>	Desvio-Padrão
<b>et al.</b>	e outros, e outras
<b>fmol/mg</b>	fentomoles por miligrama
<b>Gy</b>	gray
<b>ml</b>	mililitro
<b>N+</b>	linfonodos metastáticos
<b>N-</b>	linfonodos livres de metástases
<b>n</b>	número
<b>p</b>	p valor
<b>QUART</b>	Quadrantectomia, Axilectomia e Radioterapia
<b>r-X</b>	raios-X
<b>SAME</b>	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
<b>TX</b>	tumor primário não pode ser avaliado
<b>UICC-TNM</b>	União Internacional Contra o Câncer - Classificação dos Tumores
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>USF</b>	Universidade São Francisco
<b><math>\chi^2</math></b>	Qui-Quadrado
<b>&amp;</b>	"e" comercial
<b>%</b>	porcentagem/percentual

**RESUMO**

---

---

## RESUMO

---

---

O principal objetivo deste trabalho foi avaliar se a existência de um Ambulatório de Mastologia, em um Hospital sem grandes recursos financeiros e tecnologia de ponta, poderia trazer algum benefício à população feminina no que se refere ao diagnóstico precoce e à evolução do câncer de mama. Para isto, foi comparado um período de sete anos e três meses sem Ambulatório com outro de três anos e seis meses com o referido Serviço em andamento. Verificou-se que o Ambulatório foi de extrema importância e que mostrou um aumento no diagnóstico precoce de quase cinco vezes. Porém, a ocorrência de estadiamentos avançados e alta porcentagem de axila comprometida mostraram que falta muito a ser investido nesta área. O Ambulatório está se tornando centro de referência para patologia mamária na região, desenvolvendo um importante trabalho social, visto que a população atendida é pobre e depende unicamente do Serviço gratuito oferecido pela Universidade. Os resultados obtidos na evolução da doença foram compatíveis com os da literatura, quando comparados por estadiamento clínico e/ou comprometimento axilar.

## **SUMMARY**

---

---

## **SUMMARY**

---

---

The main purpose of this paper was to show if the existence of the Ambulatory of Mastology in a hospital without too much financial support and high technology could bring some benefit to the female population concerning the early diagnosis and evolution of breast cancer. For that purpose a period of seven years and three months without Ambulatory was compared with another of three years and six months with this service in activity. It was confirmed that the Ambulatory was extremely important showing a raise in the early diagnosis of almost five times. However, the cases of advanced disease and high incidence of metastatic linfonodal disease show that much more has to be invested in this area. The Ambulatory is becoming a reference center in breast disease in this region, developing important social work, once the helped population is poor and depends only of the free service offered by the University. The obtained results in the evolution of the disease were similar with the literature, when compared with clinic stage and axillary involvement.

# SUMÁRIO

## RESUMO

## SUMMARY

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Importância .....	1
1.2. Epidemiologia.....	3
1.3. Prevenção e diagnóstico precoce.....	7
1.4. Tratamento.....	13
1.5. Prognóstico .....	18
1.6. A atuação em Bragança Paulista .....	25
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
2.1. Objetivo Geral .....	30
2.2. Objetivos Específicos.....	30
<b>3. PACIENTES .....</b>	<b>31</b>
3.1. Critérios de seleção.....	32
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
4.1. Desenho do estudo .....	33
4.2. Variáveis .....	33
4.3. Ficha .....	36
4.4. Coleta de dados .....	36
4.5. Acompanhamento das pacientes.....	36
4.6. Processamento dos dados .....	37
4.7. Tamanho amostral .....	37
4.8. Análise estatística .....	37
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
5.1. Características das mulheres estudadas.....	39
5.2. Estadiamento clínico e tratamento do câncer de mama na amostra total (n=136)....	46
5.3. Evolução da doença.....	48
5.4. Comparação do estadiamento clínico ao diagnóstico, antes e depois da instalação do Ambulatório de Mastologia (n=136).....	56
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>72</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>

## ANEXOS

## **INTRODUÇÃO**

---

---

# 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1. Importância

O câncer mais temido pelas mulheres é o de mama, devido a sua alta incidência e impacto psicológico que provoca, pela mutilação física, interferindo na sexualidade e na expectativa de vida (LOPES, ABREU, GADELHA, 1993), chegando a ser problema de saúde pública, com implicações sociais, pois afeta a auto-estima e a auto-imagem das mulheres e as acomete, na grande maioria das vezes, em idade onde ainda são economicamente ativas (LAGANÁ et al., 1990; GADELHA et al., 1992). Este câncer vem apresentando tal importância e gravidade, que, atualmente, quase 25% das publicações clínicas oncológicas a ele se referem (VERONESI, 1993). Sua incidência vem aumentando progressivamente, estimando-se, hoje,

que uma a cada dez mulheres irá apresentar a doença (STRAX, 1991; LASZLO, 1993). No ano de 1980, o mundo apresentou 6,35 milhões de casos novos de câncer, dos quais 572 mil eram de mama, correspondendo a 18,4% das neoplasias femininas (KOWALSKI & FRANCO, 1991).

Nos Estados Unidos, em 1987, foram diagnosticados 130 mil casos novos e ocorreram cerca de 41 mil mortes, representando grande perda, quer emocional, quer econômica (PROLLA & DIETZ, 1985). Na Europa e nos Estados Unidos, é o tumor maligno mais freqüente no sexo feminino, ocupando o primeiro lugar na mortalidade por neoplasias (PASTORELLO & GOTLIEB, 1978; HARDY, PINOTTI, FAÚNDES, 1983; RAMIREZ, 1984; PROLLA & DIETZ, 1985).

No Brasil, a taxa de incidência do câncer de mama é semelhante à dos países desenvolvidos. Porto Alegre-RS apresenta o maior índice, com 76,2 por 100 mil mulheres, seguida por São Paulo-SP, com 65,5, e Fortaleza-CE, com 61,6 por 100 mil mulheres (MENDONÇA, 1992; HORST et al., 1994).

A neoplasia maligna é a segunda causa de morte no Brasil. No sexo feminino, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar entre os óbitos por tumores nas regiões nordeste, sudeste e sul, sendo o tumor de colo uterino o principal responsável pelos óbitos nas regiões norte e centro-oeste. No Estado

de São Paulo, o câncer de mama é a principal causa de óbito feminino tanto no Estado como na capital, sendo seguida pela neoplasia de colo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; FONSECA, 1992; GADELHA et al., 1992; MENDONÇA, 1992). Na literatura nacional, encontra-se este dado referente à cidade de São Paulo com 15,4 óbitos por 100 mil mulheres, para os anos de 1962 a 1963, número este que aumentou para 19,3 por 100 mil mulheres em 1974 a 1975. Tal aumento na mortalidade deveu-se a uma incidência maior da doença e dificuldade de se fazer um diagnóstico precoce (HARDY, PINOTTI, FAÚNDES, 1983).

## **1.2. Epidemiologia**

A epidemiologia do câncer de mama é um assunto bastante estudado, e assim deve ser, pois é necessário saber quais são as pacientes de alto risco para atuar mais precocemente, talvez com quimioprevenção, num futuro muito próximo. A prevenção com tamoxifen vem sendo motivo de estudo multicêntrico em vários países da América do Norte, Europa e Oceania. Existem, no entanto, muitas dúvidas a serem esclarecidas antes de seu uso rotineiro, fora dos centros de pesquisa (FREITAS Jr. & CONTI, 1993). Alguns aspectos epidemiológicos bem estudados são: menarca, faixa etária, idade do

primeiro parto, paridade e amamentação, e como interferem na ocorrência do tumor.

Num estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, foram entrevistadas 1.891 mulheres, encontrando-se uma idade média para menarca de 13,3 anos, idade esta que variou de oito a 21 anos (MAMEDE et al., 1992). Em estudo semelhante realizado em Fortaleza-CE, encontrou-se a idade média da menarca de 13 anos (SOBREIRA et al., 1992). Uma análise de 892 pacientes com câncer de mama, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostrou uma idade média de menarca de 13,5 anos (HORST et al., 1994). Vários autores fizeram levantamentos comparando a idade da menarca de pacientes com câncer de mama à de pacientes-controles, não sendo encontrada nenhuma diferença significativa (BODIAN & HAAGENSEN, 1989a). O estudo caso-controle realizado na Suécia, por ADAMI et al. (1978), abrangendo 179 casos e igual número de controles, não mostrou também nenhuma diferença significativa relativa à idade da menarca.

No Columbia Presbyterian Center foi realizado um trabalho que evidenciou o ponto culminante do diagnóstico do câncer de mama entre 40 e 60 anos (PINHEIRO, 1986), assim como em Porto Alegre foram encontrados valores semelhantes, por HORST et al. (1994). LEIS Jr. (1984) referiu-se ao

fato de que 67% dos casos de câncer de mama são clinicamente detectáveis acima dos 50 anos e 85% dos casos acima dos 40 anos.

Em um estudo caso-controle de colaboração internacional, no qual participaram sete países, inclusive o Brasil, sobre câncer de mama e reprodução, foram entrevistadas mais de 4 mil pacientes e 13 mil mulheres-controles. Verificou-se que o risco relativo para câncer de mama aumenta conforme aumenta a idade do primeiro parto. Mulheres que o tiveram antes dos 18 anos têm risco de 1/3 daquelas que o tiveram após os 30 anos (MacMAHON et al., 1970). FENTIMAN (1990a) confirmou estes dados, em que o risco para câncer de mama aumenta com a maior idade do primeiro parto.

PAPATESTAS et al. (1980), em análise de 608 pacientes, concluíram que a paridade não só influencia no aparecimento do câncer como também na sua evolução. A evolução destas pacientes em cinco anos, assintomáticas, foi de 60% para as com paridade e 46% nas nulíparas.

Em relação à lactação, no início da década de 60, MacMAHON & FEINLEIB, em estudo caso-controle, não encontraram diferença estatisticamente

---

<sup>1</sup> MacMAHON & FEINLEIB apud BODIAN, C. & HAAGENSEN, C.D. - Fatores reprodutivos no carcinoma da mama. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - *Doenças da mama*. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989a. p. 435-51.

significativo nos dois grupos quanto à duração do aleitamento. Neste mesmo período, <sup>2</sup>WYNDER, BROSS, HIRAYAMA estudaram 632 casos e 1.234 controles de pacientes do Memorial Hospital, de Nova Iorque, e também não encontraram diferença estatisticamente significativa (BODIAN & HAAGENSEN, 1989a).

A lactação e o câncer de mama já foram estudados de várias maneiras, e nenhuma delas mostrou relação entre risco para câncer de mama e lactação, tanto entre as pré como entre as pós-menopausadas (STAVRAKY & EMMONS, 1974). HARDY et al. (1989) encontraram que as mulheres que amamentaram alguma vez tinham menor risco de câncer de mama, mas a duração do aleitamento não tinha associação com o risco de desenvolver a doença.

O câncer de mama não ocorre de forma uniforme em uma população. Existem pessoas com maior risco que devem ser identificadas e seguidas com maior cuidado. Fatores epidemiológicos podem mostrar quem é de alto risco. Uma vez identificadas as mulheres com alto risco para câncer de mama, as mesmas deverão merecer toda a atenção, para se fazer diagnóstico o

---

<sup>2</sup> WYNDER, BROSS, HIRAYAMA apud BODIAN, C. & HAAGENSEN, C.D. - Fatores reprodutivos no carcinoma da mama. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - *Doenças da mama*. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989a. p. 435-51.

mais precocemente possível, mas sem se esquecer das de médio e de baixo risco, pois somente com o diagnóstico precoce haverá maior eficácia em oferecer a elas uma melhor expectativa de vida (LEIS Jr., 1984).

### **1.3. Prevenção e diagnóstico precoce**

Em matéria de prevenção do câncer, não é suficiente instruir médicos e população. Deve-se, segundo RAMOS Jr. (1974), *“ir de encontro ao câncer e não esperar que ele venha a nós, médicos”*.

Nas últimas décadas vem sendo feito um enorme esforço, com grande progresso, para o diagnóstico precoce dessa moléstia, mas que não tem mostrado resultado sobre a mortalidade, a qual vem apresentado uma tendência crescente (PROLLA & DIETZ, 1985).

Como já foi dito, o câncer de mama é a principal causa de morte por tumores no sexo feminino, sendo de importância fundamental seu diagnóstico mais precocemente. Desconhecendo-se sua etiologia, pouco pode ser feito em termos de prevenção primária (VERONESI, 1993). Cerca de 50% das pacientes que apresentam tumor operável na primeira consulta já

desenvolveram manifestações metastáticas e irão falecer em decorrência da doença (RAMIREZ, 1984).

Ainda não existe um "Papanicolaou" para as mamas. Para reduzir a mortalidade por este câncer, é necessário um programa de rastreamento e, para isto, o único método propedêutico eficaz disponível é a mamografia. Pode-se, também, dividir a responsabilidade com as mulheres, orientando-as quanto ao auto-exame (STRAX, 1976; TABÁR et al., 1985; PINOTTI et al., 1993), que é rápido, econômico, pode ser incorporado à rotina de vida e tem uma eficiência que se desenvolve com o tempo (LAGANÁ et al., 1990).

Ficou demonstrado, por HUGULEY & BROWN (1981), que o auto-exame, praticado periodicamente, tem proporcionado a essas mulheres diagnóstico mais precoce e com maior negatividade de comprometimento axilar do que àquelas que não o praticam. Para o diagnóstico precoce do câncer, seria recomendável um amplo programa de auto-exame, combinado com exame clínico periódico e mamografia, principalmente nas mulheres de alto risco (FILIPAK et al., 1993; LOPES, ABREU, GADELHA, 1993), pois até agora a única proteção efetiva é o diagnóstico precoce.

A precocidade no diagnóstico diminui tanto a incidência de carcinoma inoperável como de metástases. Mulheres que nunca fizeram auto-

exame geralmente têm seus tumores diagnosticados com aproximadamente 3,5cm, as que o fazem eventualmente têm seus tumores diagnosticados em torno de 2,5cm e aquelas que o praticam periodicamente têm seus diagnósticos mais precoces, em torno de 2cm (LAGANÁ et al., 1990). GRIESBACH & EADS (1966) encontraram dados semelhantes no seguimento de 12.245 mulheres no período de um ano.

No Departamento de Radiologia do Albert Einstein Medical Center, da Filadélfia-USA, foi realizado "screening" com mulheres sem queixas mamárias e sem alto risco. Em cinco anos de seguimento, de 1.312 mulheres com exames clínicos e radiológicos periódicos, encontrou-se 1,75% (23 casos) de carcinomas, com diâmetro médio de 1,1cm (variação de 0,5 a 3 cm), e em 70% a axila estava negativa (GERSHON-COHEN, HERMEL, BERGER, 1961).

Isso mostra que, quando se vai a sua procura, a doença é encontrada em estadiamento precoce e, na grande maioria das vezes, sem comprometimento axilar. Para diagnósticos antecipados, deve-se também aperfeiçoar o ensino de Oncologia e Mastologia nas Escolas de Medicina (MARSILLAC, 1980; PINOTTI et al., 1993).

A baixa percentagem de casos em estadiamento clínico inicial e alta em avançados mostra que falta muito a ser investido no que se refere ao diagnóstico precoce. BRONDI, STECCA, FERRO (1993) revelaram que na casuística deles encontraram 7,4% de estadiamento I, 66,9% de II e 23,5% de III, assim como FILIPAK et al. (1993).

Para diminuir as mortes por câncer de mama, é preciso fazer o diagnóstico realmente precoce, no estágio de carcinoma "in situ", pois pacientes T1 N0 morrem por doença metastática. Infelizmente, nem todos os tumores em fase inicial são radiologicamente detectáveis (FENTIMAN, 1990b).

Cerca de 90% dos tumores são descobertos tardiamente e pela própria paciente, geralmente já com mais de 2cm. O diagnóstico dos tumores mamários faz-se através do exame clínico, imagenologia (mamografia, ecografia), citologia (punção aspirativa), histologia (biópsia), entre outros menos frequentes. O principal objetivo do exame clínico é a descoberta de anormalidades mamárias (nódulos, retrações, abaulamentos e secreções) e a determinação de seu significado, se benigno ou maligno, e sempre o mais rápido possível. Uma boa anamnese deve preceder o exame clínico. Este último consiste em: inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e

cadeias de drenagem (axila e fossa supraclavicular) e expressão papilar (BARBOSA, 1992).

Os primeiros estudos de radiologia mamária foram realizados por <sup>3</sup>SALOMÓN, em 1913, mas vêm sendo utilizados como método diagnóstico desde 1934, com <sup>4</sup>LEBORGNE, no Uruguai. A mamografia simples permite uma visão panorâmica da glândula em questão, ideal para estudar suas estruturas. Possibilita a verificação detalhada de tumores ou alterações morfológicas, dando diagnóstico pela definição direta das lesões (de poucos milímetros) ou orientando suspeitas através de sinais indiretos do câncer (microcalcificações). As calcificações são as menores estruturas identificadas em uma mastografia, podendo ser o primeiro ou único sinal de malignidade, normalmente agrupadas, com formas lineares, curvilíneas ou ramificadas (GÓES, 1980).

Todo programa de detecção em massa deve ser de baixo custo, fácil realização e inócuo às pacientes. A mamografia é o exame de maior

---

<sup>3</sup> SALOMÓN apud GÓES, J.C.G.S. - Métodos complementares de diagnóstico dos tumores mamários. In: MARSILLAC, J.B., ed. - *Cancerologia - conceitos atuais*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. p. 84-95.

<sup>4</sup> LEBORGNE apud GÓES, J.C.G.S. - Métodos complementares de diagnóstico dos tumores mamários. In: MARSILLAC, J.B., ed. - *Cancerologia - conceitos atuais*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. p. 84-95.

segurança e objetividade diagnóstica, mas seu custo não é muito acessível e a sua execução não é fácil (GÓES, 1980).

A partir dos primeiros trabalhos realizados com ultra-sonografia mamária, em 1952, por <sup>5</sup>WILD & REID, houve uma grande evolução nos equipamentos. A anatomia da mama é bem conhecida ecograficamente. Este método diagnóstico é o primeiro por imagem a ser utilizado em mulheres com menos de 30 anos, pois estas apresentam mamas densas de difícil avaliação radiológica. O mesmo é inócuo e pode ser realizado seqüencialmente, quando necessário. Cerca de 90% dos tumores entre 0,5 e 2cm podem ser detectados pelo ultra-som. As principais indicações desta investigação são: avaliação de massa palpável não detectada na mamografia; mama dolorosa; lesão aparente em apenas uma incidência mamográfica; pacientes masculinos; mamas com próteses; e guia para punção (SCHMILLEVITC, 1992).

A punção aspirativa por agulha fina é, atualmente, um método de aceitação universal. Os primeiros a descreverem com detalhe esta técnica foram <sup>6</sup>MARTIN & ELLIS, em 1930, sendo aperfeiçoada a partir de 1960. É

---

<sup>5</sup> WILD & REID apud SCHMILLEVITC, J. - Ultra-sonografia das mamas. *Sociedade Brasileira de Mastologia Regional São Paulo. Atividades Científicas do Triênio 1989/1992.* p. 26-7.

<sup>6</sup> MARTIN & ELLIS apud KEMP et al. - Punção aspirativa por agulha fina: a importância do examinador na obtenção de material para análise. Estudo de 261 casos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 15:119-22, 1993.

um método simples e pouco dispendioso, consistindo do uso de uma agulha 25x6, uma seringa de 20ml e uma empunhadura, que pode ser dispensada. Punciona-se o nódulo, e o material contido na agulha é espalhado sobre uma lâmina, fixado imediatamente e a coloração é feita da mesma maneira como se faz o Papanicolaou. É praticamente isento de complicações e de fácil aprendizado. A especificidade, sensibilidade e acurácia do método dependem da prática de quem punciona e da experiência do patologista ao interpretar o exame. Apresenta um valor preditivo positivo para malignidade de 100% quando associado com a clínica e radiologia (KEMP et al., 1993).

#### **1.4. Tratamento**

As referências mais antigas sobre câncer de mama e seu tratamento, cauterização com ferro em brasa, são do chamado papiro cirúrgico, de procedência egípcia, do período de 3000/2500 a.C. Outro papiro, datado de 1500 a.C., refere-se ao tratamento com unturas e encantamentos, utilizando emplastos com zinco, bílis de vaca e larvas de moscas. Os gregos já conheciam (500/300 a.C.) as formas clínicas do câncer de mama, e denominaram "caranguejo" todas as neoplasias ulceradas que não se curavam. O primeiro livro dedicado ao câncer de mama foi publicado em

1693, por <sup>7</sup>HOUPEVILLE. <sup>8</sup>PAGET (1853) e outros cirurgiões da época trataram o câncer com tumorectomia, com resultados desastrosos, devido à recidiva local (GONZÁLEZ & GÓMES, 1986).

Até a metade do século XIX, a mulher que desenvolvia carcinoma de mama estava condenada à morte rápida. O tratamento era apenas a excisão local do tumor. Os poucos cirurgiões que estavam conscientes da extensão da doença dentro da mama, e suas vias de disseminação para os linfonodos axilares, entenderam que, para oferecer uma esperança de cura, deveriam acrescentar à remoção da mama a dos linfonodos axilares (HAAGENSEN, 1989).

<sup>9</sup>HALSTED, em 1876, fez uma revisão dos resultados cirúrgicos de Billroth em mulheres com carcinoma de mama e observou que a mortalidade operatória era de 18,5%, o índice de recidiva local após três anos era de 82% e a sobrevida, neste mesmo período, era de 4,7%. Halsted fez sua primeira

---

<sup>7</sup> HOUPEVILLE apud GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T. - Resumen del tratamiento del cáncer de mama. In: GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T., ed. - *Tratamiento del cáncer de mama*. Barcelona, Salvat, 1986. p. 1-39.

<sup>8</sup> PAGET apud GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T. - Resumen del tratamiento del cáncer de mama. In: GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T., ed. - *Tratamiento del cáncer de mama*. Barcelona, Salvat, 1986. p. 1-39.

<sup>9</sup> HALSTED apud HAAGENSEN, C.D. - História do tratamento cirúrgico do carcinoma de mama - 1863 a 1921. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - *Doenças da mama*. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989. p. 889-96.

mastectomia (que consistia em retirar toda a mama, os dois músculos peitorais e fazer esvaziamento axilar) em 1882, hoje considerada clássica, e em 1898 já havia operado 133 pacientes. Após três anos teve 9% de recidiva local e 52% de sobrevida (HAAGENSEN, 1989).

PATEY & DYSON (1948) e MADDEN (1965), na tentativa de obterem melhores resultados estéticos, modificaram a mastectomia radical de Halsted. Os primeiros preservaram o músculo grande peitoral e o segundo os dois músculos peitorais. Os resultados estéticos foram melhores e o oncológico não se modificou.

O Instituto do Câncer de Marselha, a partir de 1960, começou a fazer cirurgias conservadoras do câncer de mama, utilizando técnica de preservação do órgão, retirando somente o quadrante onde se localizava a lesão, com resultados muitos semelhantes ao tratamento radical e com efeitos estéticos, em cinco anos, satisfatórios em 90% das mamas conservadas (SPITALIER & AMALRIC, 1991).

Foi proposta uma outra cirurgia conservadora também na década de 60, no Guy's Hospital de Londres, que consistia em tumorectomia (retirada do nódulo tumoral) com radioterapia complementar na dose de 38Gy, hoje

considerada inadequada. O resultado foi inferior ao de Halsted, tanto na recidiva local como na sobrevida (FENTIMAN, 1990c).

Em 1973, uma cirurgia conservadora de mama, para tumores menores de 2cm, foi proposta pelo Instituto do Câncer de Milão, que consistia em fazer quadrantectomia com esvaziamento axilar e complementação radioterápica de 60Gy (QUART). Esta nova técnica foi comparada à de Halsted. Após dez anos de seguimento destas pacientes, o índice de sobrevida global foi de 76% para o grupo Halsted e 79% para o grupo quadrantectomia (LUINI & ANDREOLI, 1991).

Há evidências na literatura de que os resultados oncológicos obtidos nas cirurgias conservadoras da mama são semelhantes ao tratamento radical. A mastectomia de Halsted, entretanto, é ainda a mais adequada para o controle loco-regional em tumores avançados (PINOTTI et al., 1988).

O estudo com quadrantectomia na UNICAMP iniciou-se em 1981, sendo elegíveis as pacientes T1 N1 - T2 N0 (TNM UICC 1987, ANEXO 1). O grupo comparativo constituiu-se de pacientes submetidas à mastectomia radical, pareadas segundo estado menstrual e estadiamento clínico. Após seguimento de 70 meses para QUART e 150 meses para mastectomia radical, observou-se 1,05% e 5,1% de recidiva local, respectivamente (PINOTTI,

TEIXEIRA, MONTI, 1991). Em nível de tratamento, estão sendo aplicados com sucesso novos agentes biológicos, quimioterápicos e imunoterápicos (SAEZ, CLARK, McGUIRE, 1990).

O Instituto do Câncer de Milão, em estudo caso-controle com quimioterapia (ciclofosfamida, methotrexate e fluoro-uracil x 12) mais cirurgia versus cirurgia isolada, mostrou vantagens para as mulheres tratadas com CMF, particularmente as pré-menopausadas ou com envolvimento de um a três linfonodos metastáticos. Não houve diferença entre seis ou 12 ciclos de quimioterapia com CMF. Depois de 20 anos de estudos, verificou-se que o tratamento adjuvante aumentou o intervalo livre de doença e prolongou a sobrevida de muitas mulheres (BONADONNA, VALAGUSSA, VERONESI, 1993).

O estudo da radioterapia e radiologia iniciou-se com a descoberta do r-X, por <sup>10</sup>RONTGEN, em 1895. Outros pesquisadores contribuíram para desenvolver a radioterapia, entre eles <sup>11</sup>MARIE & PIERRE CURIE, com a descoberta do rádio em 1898. Os aceleradores lineares de partículas surgiram

---

<sup>10</sup> RONTGEN, W.K. apud BRAGA FILHO, A. & FERREIRA, P.R. - Princípios de tratamento radioterápico. In: SCHWARTSMANN, ed. - *Oncologia clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p. 97-105.

<sup>11</sup> MARIE & CURIE, P. apud BRAGA FILHO, A. & FERREIRA, P.R. - Princípios de tratamento radioterápico. In: SCHWARTSMANN, ed. - *Oncologia clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p. 97-105.

na década de 50, possibilitando tratamento de lesões superficiais sem afetar estruturas sadias (BRAGA FILHO & FERREIRA, 1991).

A radioterapia na Mastologia é utilizada na dose de 45 a 50Gy, sendo aplicada diariamente (cinco dias/semana) num total de 25 a 30 dias úteis. Esta terapia retarda a cicatrização, devendo começar duas a três semanas após a cirurgia. Só pode ser feita uma vez. Não deve ser suspensa no meio do tratamento. Há necessidade de revisão semanal. Exige cuidados na escolha das curvas de isodose e nos tratamentos combinados com quimioterapia. Os efeitos agudos e tardios dependem da dose, do fracionamento e dos aspectos técnicos. É utilizada no controle local da doença e está indicada quando mais de quatro linfonodos axilares estiverem comprometidos, houver invasão extracapsular nos mesmos, tumor maior de 5cm (T3), comprometimento da pele e linfáticos da derme (T4) e cirurgia conservadora (FARIA, 1993).

### **1.5. Prognóstico**

Os fatores prognósticos firmemente estabelecidos são estado linfonodal e de receptor hormonal, tamanho tumoral, grau histológico e grau nuclear.

Foi <sup>12</sup>BEATSON (1896) quem primeiro sugeriu a dependência hormonal de um tumor, quando observou a regressão de lesões metastáticas mamárias após ooforectomia. <sup>13</sup>JENSEN et al. (1971) demonstraram a existência de receptores hormonais. Existem várias técnicas para se determinar a positividade para receptores em tumores mamários. Consideram-se positivos os tumores que apresentam 3fmol/mg ou mais de proteína. Os tumores receptores negativos não têm possibilidade de regressão pela terapia endócrina, enquanto nos positivos a taxa de resposta varia de 40 a 80% (PISANI, 1991).

Sendo os linfáticos axilares a principal via a disseminar o câncer de mama, não existem dúvidas sobre sua importância no prognóstico e no tratamento desta patologia (BRONDI, 1987). Pacientes com axila negativa têm mostrado uma sobrevida, em cinco anos, maior de 85% e aquelas com axila positiva, 53% ou menos (VALAGUSSA, BONADONNA, VERONESI, 1978; STRAX, 1991). Dados semelhantes foram descritos por FENTIMAN et al. (1984).

---

<sup>12</sup> BEATSON apud PISANI, R.C.B. - Receptores de estrógeno em Mastologia. In: PINOTTI, J.A., ed. - *Compêndio de mastologia*. São Paulo, Manole, 1991. p. 187-94.

<sup>13</sup> JENSEN et al. apud PISANI, R.C.B. - Receptores de estrógeno em Mastologia. In: PINOTTI, J.A., ed. - *Compêndio de mastologia*. São Paulo, Manole, 1991. p. 187-94.

Somente se conhecerá a real situação dos linfonodos axilares após sua retirada e exame histológico em parafina, sendo muito arriscada uma amostragem com exame de congelação. O número médio de linfonodos aumenta em relação ao número de comprometimento dos mesmos e a taxa de positividade histológica é proporcional ao tamanho. O número médio de linfonodos por axila variou muito, segundo os autores. Fisher encontrou uma média de 17, Rosen 21, Contesso 22, Monroe 30,4, Brondi 33,2, Montoro e Monteiro 40,3 e Durkin e Haagensen 50,3 (BRONDI, 1987).

Nas pacientes tratadas no Departamento de Oncologia da Santa Casa de Sorocaba-SP, num total de 7.608 linfonodos dissecados de 230 mastectomias, foram encontradas 32,6% das pacientes sem invasão axilar, 33,9% delas apresentavam de um a três linfonodos comprometidos e 33,5% mais de quatro linfonodos com invasão metastática (BRONDI, STECCA, FERRO, 1993).

Dos dados coletados no "National Surgical Adjuvant Breast Project", em que se analisava a taxa de recorrência e sobrevida de mais de 2 mil pacientes com câncer de mama provenientes de 46 instituições, encontrou-se um número médio de linfonodos que variou de sete a 28. Verificou-se que axila negativa ou linfonodos metastáticos de um a três têm o

mesmo prognóstico concernente à sobrevida e recidiva local. A média de linfonodos dissecados foi de 17 quando a axila era negativa e de 21 quando apresentava mais de quatro linfonodos metastáticos. Os resultados mostraram que o prognóstico não depende do número de linfonodos dissecados. Isto foi observado em pacientes com cinco a dez negativos examinados e tiveram a mesma taxa de recorrência que as pacientes com 25 a 30 também negativos. Pacientes que apresentaram dois linfonodos metastáticos em cinco dissecados não apresentaram maior risco que aquelas também com dois metastáticos em 30 dissecados (FISHER & SLACK, 1970).

A recidiva local é o reaparecimento do câncer após tratamento cirúrgico, nas partes moles, dentro dos limites do campo operatório, seja porque este já estava disseminado ou porque foi retirado incompletamente. Representa o fracasso do tratamento (DONEGAN, 1982). Quanto ao reaparecimento da doença local ou regional, Halsted estava convencido de que, via de regra, era surpreendentemente rápido, após uma cirurgia incompleta. Quando se usava tratamento químico, o reaparecimento era mais tardio (HALSTED, 1907).

A recidiva local do câncer de mama pode ocorrer a qualquer momento após a mastectomia radical, entretanto é mais provável que apareça

nos primeiros dois anos. No Hospital Estadual do Câncer Ellis Fischel (EFSCCH) em Columbia, Missouri, 17,4% das pacientes tratadas com mastectomia radical apresentaram recidiva local ao final de cinco anos. Os dados do EFSCCH mostraram também que a mesma é mais alta quando os linfonodos axilares estão comprometidos no momento da cirurgia (26%) do que quando não estão (6,5%) (DONEGAN, 1982). ROSENMAN et al. (1986) também encontraram diferença significativa na proporção de ressurgimento local com axila comprometida (19%) e negativa (4%).<sup>14</sup>HAAGENSEN relatou 4% em estágio A (I) e 13,9% em estágio B (II). O<sup>15</sup>BREAST CANCER STUDY GROUP apresentou 28% com axila comprometida. <sup>16</sup>VALAGUSSA obteve 6% com axila negativa e 18% com axila comprometida.

Na "Divisione di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Tolmezzo", Itália, foram seguidos 238 casos de mulheres com câncer de mama, a grande maioria delas operada segundo técnica de mastectomia

---

<sup>14</sup> HAAGENSEN apud ROSENMAN, J. et al. - Local recurrences in patients with breast cancer at the North Carolina Memorial Hospital (1970-1982). *Cancer*, 57:1421-5, 1986.

<sup>15</sup> BREAST CANCER STUDY GROUP apud ROSENMAN, J. et al. - Local recurrences in patients with breast cancer at the North Carolina Memorial Hospital (1970-1982). *Cancer*, 57:1421-5, 1986.

<sup>16</sup> VALAGUSSA apud ROSENMAN, J. et al. - Local recurrences in patients with breast cancer at the North Carolina Memorial Hospital (1970-1982). *Cancer*, 57:1421-5, 1986.

radical modificada de Patey (88%), encontrando-se 10,5% de recidiva. O tempo médio para o aparecimento foi de 35 meses (variou de quatro a 127 meses). Nesta casuística, 72% das pacientes eram N+ (axila com linfonodos metastáticos), o que mais uma vez demonstrou que o comprometimento linfonodal é fundamental no surgimento da recidiva local (ZUCCOLO et al., 1992).

ZUCCOLO et al. (1992) demonstraram que o comprometimento linfonodal não só é fator de grande importância no surgimento da recorrência local, como também altera de modo significativo a sobrevida após o aparecimento da mesma: uma média de sete meses para as pacientes N+ contra 49 meses para as N-.

No carcinoma mamário bilateral é muitas vezes difícil a distinção entre novo tumor primário e metastático, principalmente se o câncer encontra-se em fase inicial. Quando a doença encontra-se em fase avançada, o comprometimento da mama oposta pode ser devido à permeação linfática através da linha média do tórax ou às metástases generalizadas por via hematogênica (BODIAN & HAAGENSEN, 1989b).

O carcinoma bilateral pode ser simultâneo ou sincrônico quando surge com intervalo menor que seis meses, e metacrônico, quando o intervalo

é superior a seis meses. Fatores que têm aumentado a incidência do câncer bilateral são o aumento da sobrevida e a sistematização da mamografia como diagnóstico e seguimento. No Instituto Nacional dos Tumores de Milão, nas pacientes tratadas entre 1965 e 1989, a incidência de bilateralidade foi de 8,3% (McLEAN, GRECO, SACCHINI, 1993). Comparada com a população normal, uma mulher que desenvolveu câncer de mama tem uma probabilidade cinco vezes maior de apresentar outro tumor na mama oposta. A incidência varia de 0,1 a 2% para os carcinomas sincrônicos e de 1 a 12% nos metacrônicos (DONEGAN & SPRATT, 1982). BRONDI, STECCA, FERRO (1993) relataram ter encontrado 4,4% de bilateralidade em sua casuística de 230 casos, sendo dois sincrônicos e oito metacrônicos.

O câncer de mama é uma doença com múltiplos aspectos: social, científico, diagnóstico, terapêutico, psicológico e de reabilitação. Um dos aspectos mais assustadores é o da morte associada à humilhação do tratamento mutilante da mastectomia, o qual retira um órgão que é, para as mulheres, o símbolo da maternidade e feminilidade. Tanto o tratamento cirúrgico como o adjuvante têm evoluído muito nas últimas décadas. O cirúrgico, que dependendo do estadiamento no momento do diagnóstico, passou de mutilador a conservador, com excelentes resultados estéticos; a

radioterapia, que a cada dia vem apresentando menos efeitos secundários e maior efetividade no tratamento loco-regional; a quimioterapia na prevenção da disseminação da doença, em casos que apresentam indícios de mau prognóstico, e a hormonoterapia, que já não é mais usada ao acaso e sim de acordo com os receptores hormonais (VERONESI, 1993).

Daí vê-se que a sistematização de condutas ao atendimento das mulheres portadoras da doença leva a resultados melhores, tanto do ponto de vista oncológico como estético.

#### **1.6. A atuação em Bragança Paulista**

No Hospital Universitário da Universidade São Francisco de Bragança Paulista, o câncer de mama começou a ser tratado em 1983, e as pacientes eram acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia, pois o de Mastologia só teve início em 1991, após vencer muitas barreiras internas.

O diagnóstico por imagem começou a ser realizado somente em 1992, quando o Serviço de Radiologia adquiriu um mamógrafo, um ecógrafo e um tomógrafo. As pacientes muitas vezes eram tratadas sem a realização destes exames, pois compareciam ao Pronto-Socorro do Hospital

Universitário com tumores em estadiamento avançado e não havia tempo hábil para solicitá-los, uma vez que só eram realizados em São Paulo ou em Campinas.

O Ambulatório de Oncologia iniciou-se em 1992 e, até então, as quimioterapias eram realizadas no Pronto-Socorro, onde as pacientes não tinham o mínimo conforto e privacidade. A radioterapia ainda não existe em Bragança Paulista, e as pacientes que precisam, realizam-na em São Paulo ou em Campinas, e sem atraso, já que, quando indicada, a assistência social do Hospital Universitário entra em contato, imediatamente, com os Serviços de apoio, marcando a consulta inicial para no máximo sete dias. Devido à incidência crescente do diagnóstico de tumores malignos, não só de mama, na região bragantina, já estão em andamento estudos para a aquisição e instalação de um Serviço de Radioterapia nesta Universidade.

O tratamento hormonal, quando indicado, é feito sem o conhecimento da existência ou não de receptores hormonais, pois ainda não se dispõe de sua quantificação.

O Serviço de Patologia, ao estudar os linfonodos, o faz no geral, não os separando em níveis, mas isto se deve principalmente à não marcação

destes durante o ato operatório. A realização do estudo do grau histológico e grau nuclear iniciou-se em 1992.

Antes do início do Ambulatório de Mastologia (1983-1990), o diagnóstico precoce era feito eventualmente, tendo, portanto, uma frequência muito baixa e, conseqüentemente, as cirurgias conservadoras eram também raramente praticadas. Com a instalação do Ambulatório, o percentual de estadiamentos clínicos iniciais começou a aumentar, crescendo também o número de intervenções cirúrgicas conservadoras.

O Serviço de Mastologia da Universidade São Francisco ainda está sendo iniciado, mas tem grandes perspectivas, pois está crescendo e amadurecendo rapidamente. Em apenas três anos e meio de atividades, já mostra um aumento significativo de diagnósticos precoces.

Durante vários anos, trabalhou-se sem o Ambulatório de Mastologia, fundamental para um Serviço que se propõe a tratar o câncer de mama. Juntamente com o Ambulatório, iniciou-se uma orientação aos estudantes de graduação, sobre Mastologia, e, principalmente, a prevenção, ou seja, no diagnóstico precoce da doença. Com o Ambulatório em atividade, as pacientes com queixas mamárias passaram a ter um atendimento mais específico, especializado e individualizado, sendo orientadas quanto à

importância do auto-exame mensal e, sempre que necessário, complementado com exame por imagem.

Com a instalação do Ambulatório de Mastologia em 1991, a assistência às pacientes passou a ser feita com o acompanhamento do médico residente, cuja frequência era obrigatória em estágio com duração de três meses. Em 1992, foi implantado um curso teórico de Mastologia para os estudantes do 6º ano, que, em 1994, passaram a frequentar também o Ambulatório. Neste mesmo ano, em harmonia com a Cirurgia Plástica, iniciou-se um programa para reconstrução mamária.

Nesse trabalho, algumas variáveis epidemiológicas das pacientes tratadas no período 1983-1994 (n=136) foram comparadas com outras de 482 mulheres sadias, atendidas também no Hospital Universitário São Francisco. Realizou-se uma análise da evolução das pacientes tratadas no período de 1983-1993 (n=122).

Analisou-se, ainda, o estadiamento clínico e a técnica cirúrgica utilizados nas pacientes tratadas antes e após o início da especialidade, para avaliar o que se conseguiu quanto ao diagnóstico mais precoce, dado que este é o objetivo almejado para a população atendida pela Universidade São

Francisco, que abrange toda região bragantina e sul do Estado de Minas Gerais.

É importante afirmar que o principal objetivo do Ambulatório de Mastologia é aumentar a proporção de diagnóstico precoce, dando às pacientes um melhor nível e maior expectativa de vida, com uma maior chance de "cura", além de *tratamentos menos mutilantes e menos incapacitantes*. Se este objetivo for alcançado, terá sido válida a intenção para a qual o Ambulatório de Mastologia foi idealizado.

## **OBJETIVOS**

---

---

## **2. OBJETIVOS**

---

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar a importância do Ambulatório de Mastologia no diagnóstico precoce do câncer de mama e avaliar a evolução das pacientes tratadas no período de outubro de 1983 a setembro de 1993, no Hospital Universitário da Universidade São Francisco, de Bragança Paulista-SP.

### **2.2. Objetivos Específicos**

**2.2.1.** Analisar alguns dados epidemiológicos, tais como: idade referida da menarca, idade da paciente, paridade, idade do primeiro parto e amamentação.

**2.2.2.** Avaliar o estadiamento clínico das pacientes tratadas pelo autor, à época do diagnóstico.

**PACIENTES**

---

---

### 3. PACIENTES

---

No período de outubro de 1983 a setembro de 1993, no Hospital Universitário da Universidade São Francisco, de Bragança Paulista, foram tratadas 122 pacientes com câncer de mama. Estas pacientes foram analisadas quanto à evolução da doença. Foi também feita uma análise do diagnóstico precoce para avaliar a importância de se manter um Ambulatório de Mastologia. O período estudado sem Ambulatório foi de sete anos e três meses (outubro 1983 a dezembro 1990), com 64 pacientes, e o período com Ambulatório foi de três anos e meio (janeiro 1991 a junho 1994), com uma casuística de 72 casos (n=136).

### **3.1. Critérios de seleção**

As pacientes selecionadas foram as portadoras de carcinoma de mama diagnosticadas histologicamente, tratadas pelo pesquisador no período já descrito.

Para se ter ciência das características reprodutivas da população geral da região bragantina, foram coletados dados referentes à idade, idade mencionada da menarca, idade do primeiro parto, paridade e amamentação de 482 mulheres sem câncer, com idade acima de 30 anos, do Ambulatório Geral de Ginecologia e Mastologia, no período de novembro de 1994 a fevereiro de 1995 (ANEXO 3). Estes dados foram comparados com os das pacientes portadoras de câncer de mama.

## **METODOLOGIA**

---

---

## **4. METODOLOGIA**

---

### **4.1. Desenho do estudo**

O estudo foi descritivo, observacional e retrospectivo.

### **4.2. Variáveis**

As variáveis analisadas foram:

- **Idade da paciente:** idade em anos completos, até o diagnóstico do câncer de mama.
- **Menarca:** idade em anos completos, em que a paciente afirma ter apresentado a primeira menstruação.

- **Paridade:** número de gestações acima de 28 semanas, antes do diagnóstico do câncer de mama.

- **Idade do primeiro parto:** idade em anos completos quando do primeiro parto normal ou cesárea, de gravidez acima de 28 semanas.

- **Amamentação:** número de vezes que a paciente amamentou por mais de um mês, até o diagnóstico do câncer de mama.

- **Estadiamento clínico:** esta variável seguiu o estadiamento padronizado pela UICC, 1987 (ANEXO 1).

- **Técnica cirúrgica:** as técnicas cirúrgicas utilizadas foram:

*Mastectomia radical à Halsted* - é retirada toda a mama, os dois músculos peitorais e se faz o esvaziamento axilar completo.

*Mastectomia radical modificada de Patey* - é retirada toda a mama, o músculo pequeno peitoral e se faz esvaziamento axilar completo, preservando-se o músculo grande peitoral.

*Mastectomia simples:* é retirada toda a mama, preservando os músculos peitorais e conteúdo axilar.

***Mastectomia Auchincloss:*** é retirada toda a mama e se faz esvaziamento axilar parcial (nível I de Berg), preservando-se os músculos peitorais.

***Quadrantectomia, axilectomia e radioterapia (QUART):*** é retirado o quadrante onde se encontra o nódulo tumoral e se faz esvaziamento axilar completo. O músculo pequeno peitoral pode ou não ser conservado. Dependendo da localização do tumor, podem ser feitas incisões separadas para a quadrantectomia e axilectomia. Necessita-se, obrigatoriamente, de radioterapia complementar no restante da mama.

- **“Status” axilar anatomopatológico:** o número de linfonodos axilares homolaterais retirados e o seu estado anatomopatológico.

- **Bilateralidade:** surgimento do tumor em ambas as mamas, que será simultâneo se surgirem os dois ao mesmo tempo. Sincrônico, com um intervalo de até seis meses, e metacrônico, quando o intervalo entre eles for superior a seis meses.

- **Recidiva local:** aparecimento de novo nódulo tumoral em uma mama previamente tratada, diagnosticado pelo exame físico, mamografia (em cirurgias conservadoras) e confirmado histologicamente.

- **Taxa de mortalidade:** número de óbitos em consequência do câncer de mama, do total das pacientes tratadas pelo pesquisador.

#### **4.3. Ficha**

No ANEXO 2 é mostrada a ficha em utilização no Hospital Universitário para registrar as informações das pacientes com câncer de mama.

#### **4.4. Coleta de dados**

Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes, pelo pesquisador, no SAME do Hospital Universitário São Francisco.

#### **4.5. Acompanhamento das pacientes**

As pacientes do Ambulatório de Mastologia, portadoras de câncer de mama, após terminarem o tratamento inicial indicado para cada caso, vêm sendo acompanhadas semestralmente, para avaliar se ainda são portadoras de doença em atividade, ou não. Caso não compareçam à consulta, o Serviço Social do Hospital entra em contato com as mesmas, através de carta, telefone ou aviso pela rádio local, convocando-as a comparecer ao Ambulatório.

#### **4.6. Processamento dos dados**

Foi feita uma revisão manual dos dados, com nova leitura das fichas dos prontuários. Quanto à qualidade das informações, as fichas foram todas preenchidas pelo pesquisador ou na presença do mesmo (pelo médico residente), pois este é o único a dar atendimento às pacientes portadoras de câncer de mama, no Hospital Universitário São Francisco. Os dados foram digitados e processados através dos "softwares" "Epi Info" e "SAS/STAT 6.0".

#### **4.7. Tamanho amostral**

O tamanho amostral mínimo foi de 114 casos calculados para um estudo tipo descritivo, com uma proporção de pacientes com recidiva local igual a 10%, uma diferença desejada entre a proporção amostral e populacional de 55% e erro tipo I de 5%.

#### **4.8. Análise estatística**

1. Análise descritiva dos dados com representação tabular. Sobre tais tabelas foram realizados os testes para homogeneidade entre grupos, segundo a natureza dos dados representados, e que serão explicados a seguir:

- a. Quando a variável foi contínua, como no caso da idade, aplicou-se o Teste de Fisher de Análise da Variância, prévio teste de normalidade.
- b. À variável ordinal, como no caso do estadiamento clínico, aplicou-se o teste de Wilcoxon.
- c. À variável nominal, como no caso da técnica cirúrgica, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) sempre que os valores esperados foram maiores que 5. Caso contrário, utilizou-se o Teste Exato de Fisher.

2. A análise de sobrevivência com cálculo das taxas de sobrevivência foi feita de acordo com o método de Kaplan-Meier e comparações de curvas pelo método de "log-rank".

## **RESULTADOS**

---

---

## **5. RESULTADOS**

---

Os resultados do presente estudo serão apresentados sob a forma descritiva de tabelas e figuras, para cada variável estudada.

### **5.1. Características das mulheres estudadas**

As TABELAS de 1 a 5 referem-se às características epidemiológicas da amostra (n=136) e não serão divididas em antes e após o Ambulatório, porque estas características não dependem da sua existência. Estas variáveis foram comparadas com as das mulheres sem câncer (n=482).

A média de idade encontrada foi de 53,7 anos, com um DP=12,72.

Metade das pacientes tiveram seu diagnóstico entre 40 e 59 anos, 16,9% antes dos 40 e 34,6% após os 60 anos (TABELA 1).

**TABELA 1**

**DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO  
IDADE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 - 29	1	0,7
30 - 39	22	16,2
40 - 49	34	25
50 - 59	32	23,5
60 - 69	31	22,8
> 70	16	11,8

A idade média das mulheres sem câncer (n=482) foi de 49,9, com um DP=9,52.

A idade referida da menarca variou de 10 a 18 anos, com uma média de 13,36 e um DP=1,72. Os dados encontram-se na TABELA 2.

**TABELA 2**

**DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO  
IDADE REFERIDA DA MENARCA (n=129\*)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
10	1	0,8
11	19	14,7
12	27	20,9
13	21	16,3
14	28	21,7
15	19	14,7
16	10	7,8
17	1	0,8
18	3	2,3

\* Faltaram dados de sete pacientes

Nas mulheres sem câncer esta variável teve uma média de 13,20, com um DP=1,75 (TABELA 2a).

**TABELA 2a**

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
IDADE REFERIDA DA MENARCA (n=481\*)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
8	1	0,2
9	5	1,0
10	17	3,5
11	58	12,1
12	91	18,9
13	101	21,0
14	94	19,6
15	75	15,6
16	26	5,4
17	10	2,1
18	1	0,2
19	1	0,2
20	0	0
21	1	0,2

\*Faltou dado de uma paciente

A TABELA 3 mostra que a maior parte das mulheres com câncer de mama tiveram o primeiro parto com até 25 anos.

**TABELA 3**

**DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO IDADE AO PRIMEIRO PARTO (n=107\*)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 20	45	42,1
21 - 25	35	32,7
26 - 30	18	16,8
> 30	9	8,4

\*22 eram nuligestas e em 7 faltaram dados

**TABELA 3a**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES COM E SEM CÂNCER SEGUNDO IDADE DO PRIMEIRO PARTO**

<b>idade</b>	<b>com câncer (%)</b>	<b>sem câncer (%)</b>
< 20	42,1	48,9
21 - 25	32,7	35,1
26 - 30	16,8	11,3
> 30	8,4	4,7

Análise de variância p=0,0053

Mais da metade (52,9%) das pacientes tiveram entre um e três filhos (TABELA 4).

**TABELA 4**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES  
SEGUNDO PARIDADE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO  
(n=136)**

<b>paridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
nulípara	22	16,2
1 a 3	72	52,9
mais de 4	42	30,9

**TABELA 4a**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES  
COM E SEM CÂNCER SEGUNDO PARIDADE**

<b>paridade</b>	<b>com câncer (%)</b>	<b>sem câncer (%)</b>
nulípara	16,2	8,1
1 a 3	52,9	51,0
mais de 4	30,9	40,9

$x^2=9,836$        $p=0,007$

Na TABELA 5, aparece a distribuição das pacientes por período de amamentação, cuja média foi de 8,3 meses para cada gravidez a termo.

**TABELA 5**  
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES**  
**SEGUNDO TEMPO DE DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO**  
**(n=113\*)**

<b>período (meses)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
não amamentou	33	29,2
1 a 6	31	27,4
7 ou mais	49	43,4

\*22 pacientes eram nuligestas e 1 faltou dado

Nas mulheres sem câncer a média de amamentação foi de 8,3 meses, para cada gravidez a termo.

**TABELA 5a**  
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES COM**  
**E SEM CÂNCER SEGUNDO DURAÇÃO DA**  
**AMAMENTAÇÃO**

<b>amamentação</b>	<b>com câncer (%)</b>	<b>sem câncer (%)</b>
não amamentou	29,2	15,1
1 a 6	27,4	40,0
7 ou mais	43,4	44,9

$\chi^2=13,745$      $p=0,001$

**5.2. Estadiamento clínico e tratamento do câncer de mama na amostra total (n=136)**

**TABELA 6**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES  
SEGUNDO ESTADIAMENTO CLÍNICO (n=129\*)**

<b>estadiamento clínico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
IS	5	3,8
I	13	10,1
IIA	35	27,2
IIB	29	22,5
IIIA	16	12,4
IIIB	20	15,5
IV	11	8,5

\* 7 pacientes eram TX

A técnica cirúrgica foi conservadora em apenas 13,2% das mulheres (TABELA 7).

**TABELA 7**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES  
SEGUNDO A TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA**

<b>técnica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Auchincloss	2	1,5
M. simples	2	1,5
Quadrantectomia	18	13,2
Patey	81	59,5
Halsted	33	24,3
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>

No total, 68,7% das pacientes apresentaram axila comprometida, mostrando o avançado estadiamento da doença no momento do diagnóstico (TABELA 8).

**TABELA 8**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES  
SEGUNDO COMPROMETIMENTO AXILAR (n= 134\*)**

<b>n de linfonodos comprometidos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	42	31,3
1 a 3	30	22,4
4 a 9	28	20,9
+ 10	34	25,4

\* 2 pacientes foram submetidas à mastectomia simples, não tendo seus linfonodos avaliados

O número total de linfonodos dissecados foi de 2.188, com uma média de 16,6 por paciente (TABELA 9).

**TABELA 9**

**MÉDIA DE LINFONODOS AXILARES DISSECADOS DE  
ACORDO COM "STATUS" AXILAR (n= 134\*)**

	<b>n</b>	<b>média</b>	<b>desvio-padrão</b>
axila positiva	92	17,2	8,14
axila negativa	42	15,2	7,77

\* 2 pacientes não tiveram seus linfonodos avaliados

Na amostra total (n=136), encontraram-se dez casos (7,4%) de carcinoma bilateral, sendo um sincrônico e nove metacrônicos. Quanto à distribuição por "status" axilar, 90% das pacientes estavam com a axila comprometida. Em relação ao óbito, 100% apresentavam mais de quatro linfonodos metastáticos.

### 5.3. Evolução da doença

Da TABELA 10 a 14 e da FIGURA 1 a 4, mostra-se a evolução das pacientes tratadas no período de outubro de 1983 a setembro de 1993 (n=122).

A TABELA 10 ilustra que a recidiva local não foi uniformemente distribuída entre os estadiamentos clínicos, mostrando diferença significativa. O índice de recidiva local com até um ano de seguimento foi de 5,8% (n=7).

**TABELA 10**

**PORCENTAGEM DE PACIENTES COM RECIDIVA LOCAL DE  
CÂNCER DE MAMA SEGUNDO ESTADIAMENTO CLÍNICO  
COM ATÉ UM ANO DE SEGUIMENTO**

estadiamento clínico (n)	total no grupo	%
I	15	0
II	57	2 (1)
III	34	12 (4)
IV	9	11 (1)
[TX]	[7]	[14 (1)]

Wilcoxon p=0,0338

Na TABELA 11, verificou-se que a porcentagem de recidiva local foi maior e estatisticamente significativa quando houve axila com quatro ou mais linfonodos comprometidos. Não existiu diferença quando a axila foi negativa ou com até três linfonodos comprometidos.

**TABELA 11**

**PORCENTAGEM DE PACIENTES COM RECIDIVA LOCAL  
SEGUNDO "STATUS" AXILAR\* (n), COM ATÉ UM  
ANO DE SEGUIMENTO**

axila	total no grupo**	%
N-	37	3 (1)
⇒ 1 a 3	25	0
N+ ⇒ 4 a 9	27	4 (1)
⇒ + 10	31	13 (4)

Wilcoxon  $p=0,0590$

\* não inclui um caso de mastectomia simples

\*\* 2 pacientes não tiveram seus linfonodos avaliados

A proporção de recidiva local foi ligeiramente maior com a técnica de Halsted, por ser esta utilizada em estadiamentos mais avançados (TABELA 12).

**TABELA 12**

**PORCENTAGEM DE PACIENTES QUE APRESENTARAM RECIDIVA  
LOCAL SEGUNDO TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA (n)**

técnica	total no grupo	%
Patey	68	3 (2)
Halsted	33	12 (4)
M. Simples	2	50 (1)
Auchincloss	2	0
QUART	17	0

Fisher  $p=0,045$

Na evolução geral das pacientes, até o momento 47,5% das mulheres encontram-se vivas e sem doença, 13,9% vivas com doença, 32,8% foram a óbito e em 5,7% houve perda de acompanhamento. O seguimento médio foi de 40,2 meses.

A TABELA 13 mostra que o percentual de óbitos foi aumentando conforme aumentava o comprometimento axilar, e este aumento foi estatisticamente significativo.

**TABELA 13**

**DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO EM  
CONSEQÜÊNCIA DA NEOPLASIA SEGUNDO  
"STATUS" AXILAR (\* n=36)**

<b>comprometimento axilar</b>	<b>n</b>	<b>total no grupo**</b>	<b>%</b>
0	4	37	11
1 - 3	4	25	16
4 - 9	10	27	37
+ 10	18	31	58

Wilcoxon  $p=0,0001$

\* 1 paciente não teve seus linfonodos avaliados

\*\* 2 pacientes não tiveram seus linfonodos avaliados

A distribuição do óbito como consequência da neoplasia apresentou um aumento diretamente proporcional ao estadiamento clínico, e foi estatisticamente significativa (TABELA 14).

**TABELA 14**

**DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO  
SEGUNDO ESTADIAMENTO CLÍNICO (n=37)**

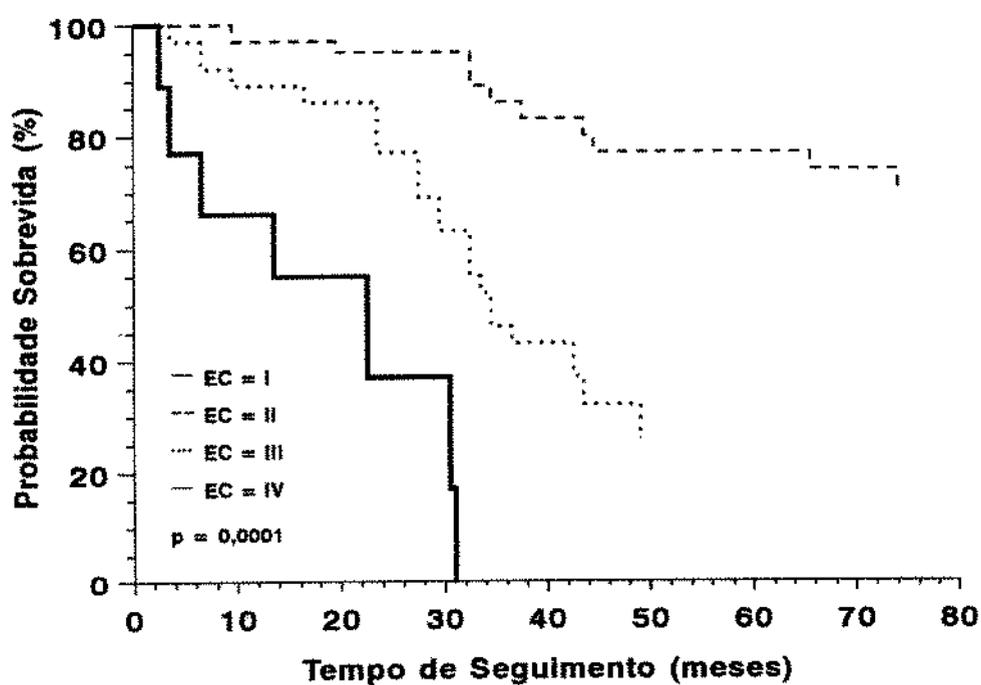
<b>estadiamento clínico</b>	<b>n</b>	<b>total no grupo</b>	<b>%</b>
I	0	15	0
II	11	57	21
III	18	34	53
IV	7	9	78
(X)	(1)	(7)	(14)

Wilcoxon            p=0,0001

As FIGURAS de 1 a 4 mostram a análise de sobrevivência em função do estadiamento clínico, "status" axilar e sobrevida geral em cinco anos. Os resultados foram estatisticamente significativos.

**FIGURA 1**

**Sobrevida segundo Estadiamento Clínico: Método de Kaplan-Meier**

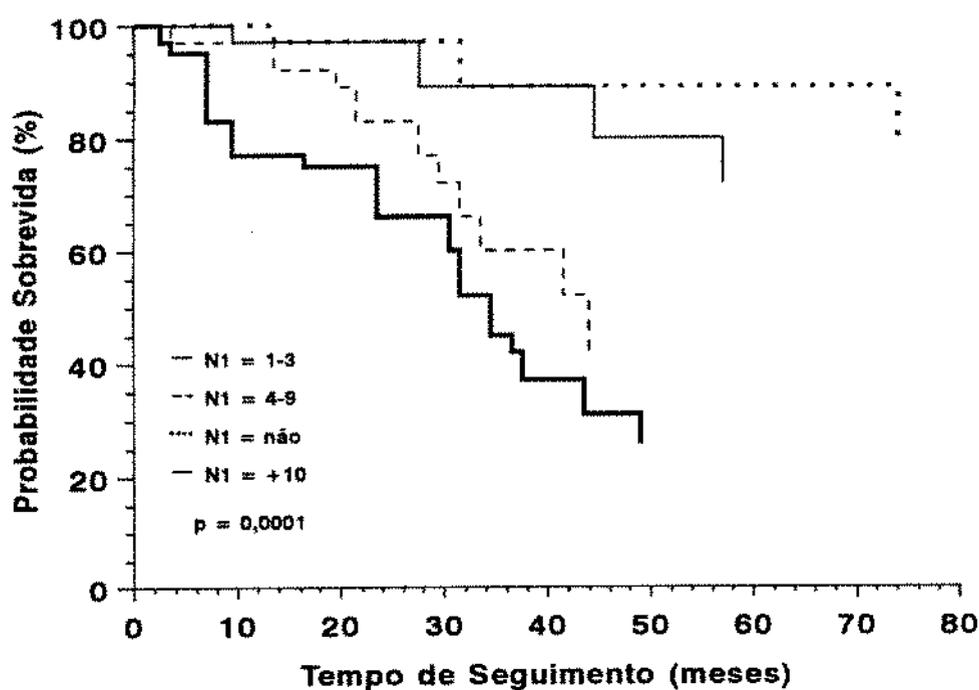


**Estimativa da função de sobrevivência para 1, 2, 3, 4 e 5 anos**

EC	SOBREV1	SOBREV2	SOBREV3	SOBREV4	SOBREV5
I	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000
II	0.95452	0.91111	0.86968	0.83013	0.79237
III	0.81454	0.66348	0.54043	0.44021	0.35857
IV	0.53175	0.28276	0.15036	0.07995	0.04252

**FIGURA 2**

**Sobrevida segundo "Status" Axilar: Método de Kaplan-Meier**

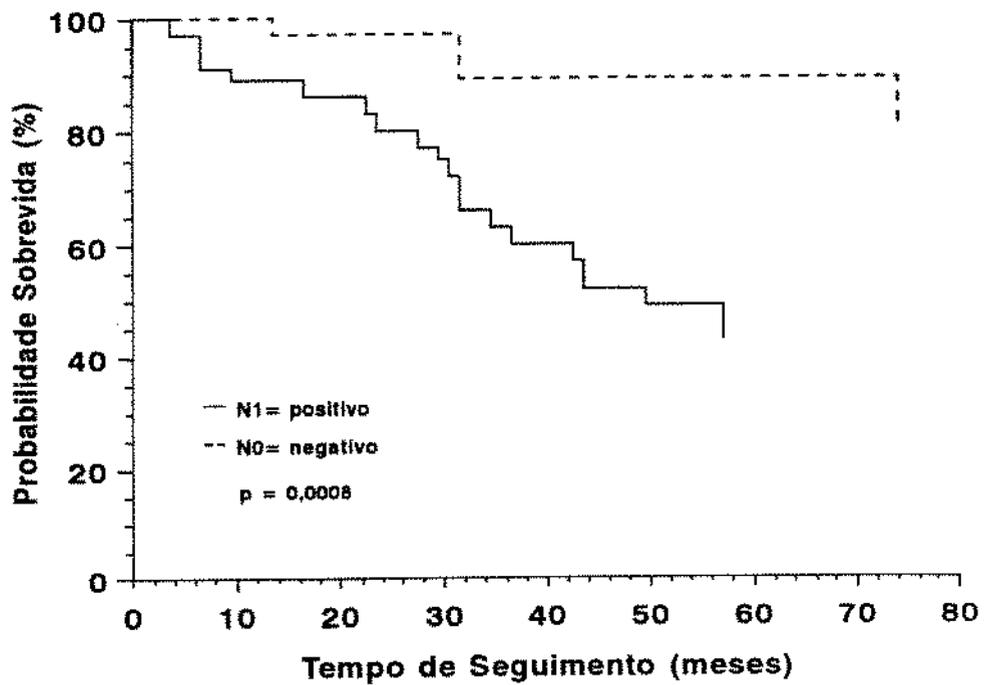


**Estimativa da função da sobrevivência para 1, 2, 3, 4 e 5 anos**

N1	SOBREV1	SOBREV2	SOBREV3	SOBREV4	SOBREV5
não	0.97474	0.95011	0.92611	0.90272	0.87991
1-3	0.95531	0.91263	0.87184	0.83289	0.79567
4-9	0.88818	0.78887	0.70066	0.62232	0.55273
+10	0.78871	0.62206	0.49062	0.38695	0.30519

**FIGURA 3**

**Sobrevida segundo "Status" Axilar: Método de Kaplan-Meier**

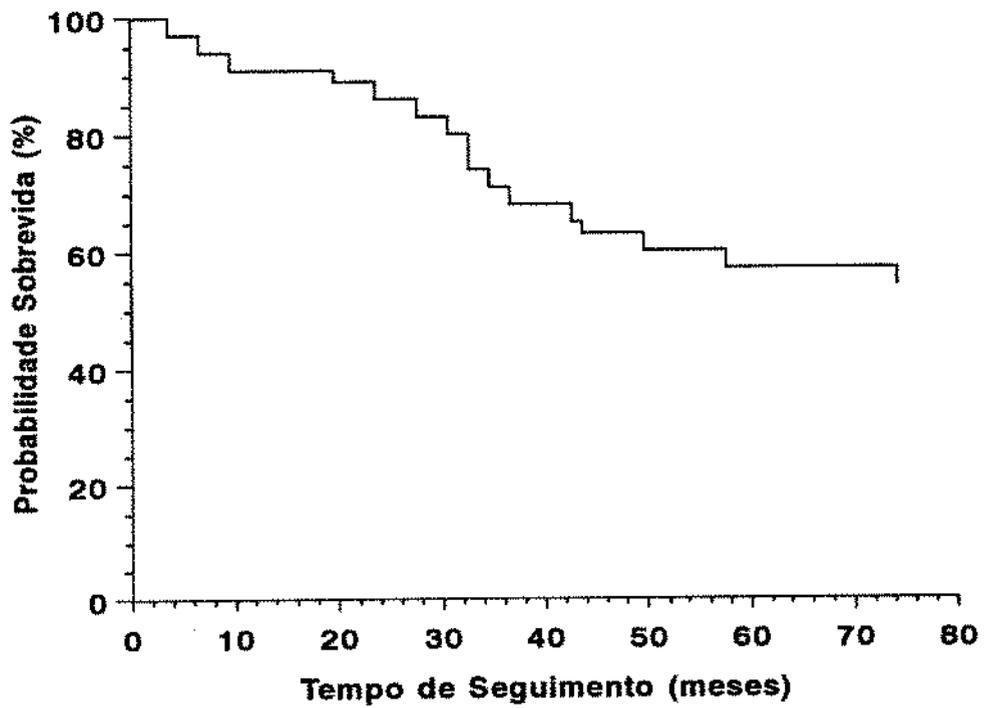


**Estimativa da função de sobrevivência para 1, 2, 3, 4 e 5 anos**

N1	SOBREV1	SOBREV2	SOBREV3	SOBREV4	SOBREV5
-	0.97474	0.95011	0.92611	0.90272	0.87991
+	0.87879	0.77228	0.67867	0.59641	0.52412

**FIGURA 4**

**Sobrevida em Geral: Método de Kaplan-Meier**



**Estimativa da função de sobrevivência para 1, 2, 3, 4 e 5 anos**

<b>SOBREV1</b>	<b>SOBREV2</b>	<b>SOBREV3</b>	<b>SOBREV4</b>	<b>SOBREV5</b>
0.91342	0.83434	0.76211	0.69612	0.63586

#### 5.4. Comparação do estadiamento clínico ao diagnóstico, antes e depois da instalação do Ambulatório de Mastologia (n=136)

A TABELA 15 mostra que a proporção de casos de câncer de mama, diagnosticados precocemente, foi quase cinco vezes maior após a implantação do Ambulatório de Mastologia. Esta diferença foi estatisticamente significativa.

**TABELA 15**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES POR ESTADIAMENTO CLÍNICO PRECOCE E TARDIO ANTES E APÓS A INSTALAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA (\* n=129)**

<b>instalação</b>	<b>antes (%)</b>	<b>depois (%)</b>
diagnóstico precoce **	5,0	21,7
diagnóstico tardio	95,0	78,3

Fisher  $p=0,00938$

\* 7 pacientes não puderam ter seus estadiamentos avaliados (X)

\*\* são os estadiamentos clínicos IS e I

Na TABELA 16, verificam-se os diversos estadiamentos clínicos onde os iniciais aumentaram claramente, assim como os mais avançados.

**TABELA 16**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES POR ESTADIAMENTO CLÍNICO ANTES (1983-1990) E APÓS (1991-1994) A INSTALAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA**

<b>estadiamento clínico</b>	<b>antes (%)</b>	<b>depois (%)</b>
I	4,7	20,8
II	53,1	41,7
III	32,9	20,9
IV	3,1	12,5
(X)	(6,3)	(4,2)

Houve um aumento estatisticamente significativo de cirurgias conservadoras após o Ambulatório (TABELA 17).

**TABELA 17**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES SEGUNDO TÉCNICA CIRÚRGICA ANTES E APÓS A INSTALAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA**

<b>técnica cirúrgica</b>	<b>antes (%)</b>	<b>depois (%)</b>
cirurgia conservadora *	3,1	22,2
cirurgia radical * *	96,9	77,8

Fisher p=0,000

\* cirurgia conservadora = quadrantectomia, axilectomia e radioterapia

\*\* cirurgia radical = mastectomia simples, mastectomia Auchincloss, Patey e Halsted

A média de linfonodos livres de doença assim como o número de pacientes N0 mostraram um aumento não-significativo após o Ambulatório (TABELA 18).

**TABELA 18**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES SEGUNDO "STATUS" AXILAR, ANTES E APÓS A INSTALAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA**

"status" axilar	antes		depois	
	pacientes	média linfonodos	pacientes	média linfonodos
N0	16	10,6	26	18,0
N1	47	15,3	43	17,8
total*	63		69	

Fisher p=0,140

\*Uma paciente de cada grupo não teve seus linfonodos estudados (ambas foram submetidas à mastectomia simples) e duas pacientes do grupo "depois" apresentaram um conglomerado de linfonodos metastáticos no exame anatomopatológico (TABELA 19).

**TABELA 19**

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PACIENTES SEGUNDO COMPROMETIMENTO AXILAR (\* n=134)**

comprometimento axilar	antes (%)	depois (%)	total
negativa	25,4	37,1	42
1 a 3	22,2	22,9	30
4 a 9	23,8	18,6	28
10 ou mais	28,6	21,4	34

\* 2 pacientes foram submetidas à mastectomia simples, não tendo seus linfonodos avaliados

## **DISCUSSÃO**

---

---

## 6. DISCUSSÃO

---

Neste estudo, procurou-se demonstrar que a instalação do Ambulatório de Mastologia foi seguida de um aumento significativo da proporção de casos de câncer diagnosticados precocemente. Bragança Paulista pertence a uma região que até 1983 não dispunha de qualquer Serviço dedicado ao cuidado das pacientes portadoras de câncer de mama. Acredita-se que este resultado seja justificado pela forma como o programa foi realizado.

Deu-se importância, por exemplo, à divulgação feita junto aos médicos da região, da possibilidade de encaminhamento das mulheres portadoras da moléstia, para tratamento e seguimento no Hospital Universitário da Universidade São Francisco. Também deve ter influenciado

o comparecimento do autor à rádio local para uma entrevista sobre o assunto e divulgação do Ambulatório à população.

Outro fator muito importante que justificou o resultado foi uma maior atuação junto aos médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, dando-lhes uma maior orientação sobre Mastologia, cobrando-lhes um maior rastreio de patologias mamárias das mulheres atendidas no Ambulatório Geral e a solicitação de mamografia a todas acima de 45 anos. Deu-se também muita ênfase ao ensino e estímulo à prática do auto-exame a todas as mulheres que passam pelos Ambulatórios de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, porque a literatura mostra a importância deste na descoberta de tumores em estádios iniciais, visto que a grande maioria dos nódulos são descobertos pela própria paciente.

Esta maior atenção às mamas, incluindo pacientes assintomáticas, foi o que levou a estes diagnósticos precoces. Como consequência, houve um aumento nas cirurgias conservadoras. Este Ambulatório, porém, levou também a uma casuística maior de casos de câncer. Em três anos e meio foram feitos mais diagnósticos de tumores que em sete anos sem o mesmo .

O número de pacientes com estadiamento clínico precoce e o número de cirurgias conservadoras não são iguais, devido à atuação da

paciente. Quando é encontrado um nódulo neoplásico com até 3cm em seu maior diâmetro, em uma mama volumosa, explica-se à mulher a gravidade de sua doença e as possibilidades aplicáveis ao seu caso, com sua respectiva segurança. Após isso, a paciente tem o direito de expressar sua opinião, optando por uma ou outra técnica cirúrgica. Várias mulheres com tumores menores de 2cm (T1) optaram pela radical, por se sentirem mais seguras. Outras com tumores maiores de 2cm (T2), mas não acima de 3cm, escolheram a conservadora, alegando sentirem-se mais femininas com as mamas. A relação médico/paciente, sobretudo com a participação da paciente na opção terapêutica, torna-se mais produtiva, com uma maior aderência ao tratamento.

Esta maior proporção de diagnósticos precoces, devido à criação de um Serviço especializado, vem ao encontro do que PINOTTI et al. (1993) postularam sobre a organização de um “Programa de Controle do Câncer de Mama”, que mostrou como foram revertidos os estadiamentos clínicos desta doença na Universidade de Campinas, após a sua implantação. GÓES Jr. (1994) também conseguiu os mesmos resultados em programa realizado pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) em São Paulo.

Os estadiamentos precoces que se procura são os "in situ", que se apresentam próximos de 100% de cura e os estádios I (tumor até 2cm com axila livre de comprometimento). Se o diagnóstico for feito em estadiamento mais avançado, sem comprometimento axilar (T2N0), também estará atuando mais precocemente do que vinha sendo feito antes do Ambulatório e, com certeza, haverá uma melhor sobrevida da paciente. Neste estudo, houve uma pior evolução nas pacientes com comprometimento axilar. A literatura mostra esta pior evolução nos trabalhos de FISHER & SLACK (1970), DONEGAN (1982), ROSENMAN et al. (1986) e ZUCCOLO et al. (1992), entre outros.

Este estudo mostrou que a grande maioria das pacientes estava com a axila comprometida no momento do diagnóstico e que este comprometimento mostrou uma diminuição após a criação do Ambulatório. A média de linfonodos dissecados foi de 16,6, sendo ligeiramente maior quando a axila mostrava-se metastática. Esta média foi inferior à encontrada na literatura, diferença que se justifica pela diversidade anatômica das pacientes, pela experiência de cada patologista e pela própria dificuldade de se identificar linfonodos com menos de 0,5cm na peça anatômica. FISHER &

SLACK (1970) relataram que o número total de dissecados não é importante, mas sim o número de metastáticos.

A recidiva local representa um fracasso do tratamento a que foi submetido a enferma. Isto pode ser devido a um tratamento incompleto e ineficiente e/ou a um tumor de mau prognóstico. ZUCCOLO et al. (1992) relataram que, em seus casos de reincidência, encontraram 72% das pacientes com axila positiva. Nas mulheres deste estudo, encontrou-se uma distribuição não uniforme nos vários estadiamentos clínicos e, em 85% dos casos, a axila estava comprometida, mostrando, mais uma vez, a importância da sua avaliação no estabelecimento do prognóstico das mesmas.

As recidivas locais deste trabalho mostraram diferença significativa, segundo a técnica cirúrgica utilizada. Na de Halsted, a proporção foi significativamente maior, porém esta técnica é utilizada em estadiamentos clínicos mais avançados, o que justifica esta diferença.

A bilateralidade encontrada nesta amostra teve seu percentual dentro do descrito pela literatura. Notou-se que 90% destas pacientes apresentaram axila comprometida e que 100% dos óbitos ocorridos neste grupo mostraram mais de quatro linfonodos metastáticos. Esta variável não

apresentou diferença quanto à distribuição por estadiamento clínico, estado menstrual e idade da paciente.

O óbito mostrou uma relação direta com o estadiamento clínico no momento da primeira consulta. Observou-se apenas 2,4% de óbitos não decorrentes da doença. Os demais tiveram sua maior proporção nos estadiamentos mais avançados, o que correspondeu com a da literatura. A axila livre de comprometimento não representa um estadiamento mais precoce, mas sim um melhor prognóstico. O que se encontrou referente a isso foi também concordante com a literatura (SOUZA & SALVATORE, 1976; VALAGUSSA, BONADONNA, VERONESI, 1978), pois houve uma diferença significativa no número de óbitos quando a axila estava contaminada, principalmente quando havia mais de quatro linfonodos metastáticos.

A idade média relativa ao diagnóstico, de 53,5 anos, com maior incidência na faixa de 40-59 anos, foi concordante com a literatura.

No estudo, a idade média referida da menarca foi exatamente igual à encontrada por MAMEDE et al. (1992) e SOBREIRA et al. (1992), em trabalhos realizados em mulheres sem câncer. Em pacientes portadoras de carcinoma, a idade foi semelhante à encontrada por HORST et al. (1994).

Não encontramos diferença nesta variável entre as portadoras da doença e as sadias. ADAMI et al. (1978) e BODIAN & HAAGENSEN (1989a) não encontraram relação entre a primeira menstruação e o câncer de mama.

STAVRAKY & EMMONS (1974) e BODIAN & HAAGENSEN (1989) não encontraram diferença significativa entre a associação câncer de mama e lactação. Neste trabalho, encontrou-se uma média de 8,3 meses de amamentação para cada gravidez a termo, tanto entre as 136 pacientes portadoras de câncer de mama como entre as 482 sadias. Entretanto, o percentual da moléstia entre as que nunca amamentaram foi significativamente maior. HARDY et al. (1989) referiram que, independentemente do tempo de duração, a mulher que amamentou alguma vez terá menor risco para a doença.

Tenta-se, o máximo possível, seguir as orientações do Dr. RAMOS Jr. (1974), que afirmou que temos que ir ao encontro do câncer e não esperar que ele venha até nós, pois, sempre que se vai a ele, chega-se a um estágio menos avançado; se não for um estadiamento precoce, que seja pelo menos uma axila negativa. Após a instalação do Ambulatório de Mastologia, o número de pacientes tratadas que não apresentaram comprometimento axilar mostrou uma tendência a ser significativamente maior (FISHER  $p=0,140$ ).

Procura-se fazer o melhor, por acreditar-se que a paciente só tem uma chance de cura, que é a primeira consulta (<sup>17</sup>RALSTON PATERSON). A cura do câncer de mama ainda é limitada e está relacionada com o estadiamento clínico no momento do diagnóstico, e com a conduta adotada na primeira consulta, sendo fundamental que o diagnóstico não seja adiado, o que acontece com certa frequência devido ao despreparo do médico generalista em relação à Oncologia (LOPES et al., 1994). Outro problema que atrasa o diagnóstico é que a grande maioria das mulheres não procura socorro médico logo que apresenta qualquer anormalidade mamária, pelo medo de que lhe seja dito ser portadora de câncer. Não acreditam ou não têm conhecimento da possibilidade de um tratamento cirúrgico conservador e com maior chance de cura. Para grande número delas, câncer é sinônimo de morte e cirurgia mutiladora. Cabe a nós, médicos, a responsabilidade de inverter este conceito.

Antes de se implantar o Ambulatório de Mastologia, o diagnóstico de câncer de mama não era muito frequente, devido à inexistência de um local de referência na região. As mulheres, então, na sua grande maioria, procuravam ajuda nos centros próximos. Após a criação deste Serviço - o

---

<sup>17</sup> RALSTON PATERSON apud RAMOS Jr., J. - Planejamento geral do tratamento do câncer. In: RAMOS, Jr., J., ed. - *Oncologia clínica*. São Paulo, Sarvier, 1974. p. 55.

Ambulatório de Mastologia -, as mesmas não precisaram mais sair do local de sua residência. Assim, passou-se a fazer mais diagnóstico da moléstia, o que justificou o aumento da frequência do estadiamento IV que foi apresentado neste estudo.

Poder-se-ia argüir que este estudo peca por apresentar uma casuística relativamente pequena para alguns estadiamentos clínicos e técnicas cirúrgicas e devido ao seguimento de algumas pacientes ser inferior a 24 meses. Entretanto, como o objetivo principal foi o de avaliar a possível influência da instalação do Ambulatório sobre a possibilidade de diagnósticos em estádios mais precoces, o número resulta suficiente e o seguimento perde importância.

Na literatura nacional, desconhece-se algum trabalho nesse gênero: um Hospital sem grandes recursos, com finalidades filantrópicas, em uma cidade de médio porte (99.378 habitantes, IBGE, 1991), que se comprometeu a montar e dar seqüência a um Serviço especializado para o tratamento de uma doença tão grave e com tanta repercussão física e psicológica sobre a paciente e familiares como o câncer de mama.

A importância deste trabalho consistiu em mostrar o que pode ser feito em benefício das pacientes que não apresentam situação econômica

confortável, em um Hospital onde também as condições financeiras são restritas. Já foi dito que existe apenas tecnologia para realização de diagnóstico por imagem, não havendo dosagens de receptores hormonais e outros exames prognósticos. Os exames para prognóstico, disponíveis na Universidade São Francisco, são aqueles que o patologista pode oferecer, ou seja, os marcadores tumorais morfológicos (tamanho tumoral, tipo histológico, "status" axilar, grau histológico e grau nuclear). Para tratamento radioterápico, encaminham-se as mulheres aos centros que dão apoio a este Serviço, sem atraso na sua realização.

Com o pouco que se dispõe neste Hospital Universitário e com a boa vontade da equipe multidisciplinar (mastologista, patologista, oncologista, radiologista, enfermeiro, assistente social e muito recentemente psicólogo, fisioterapeuta e cirurgião plástico) muito pode ser feito, sem prejuízo para as pacientes, visto que os resultados referentes à evolução das mesmas são concordantes com os da literatura. Portanto, é um conceito errôneo pensar que para minimizar o problema, já que resolvê-lo no momento é impossível, é necessário recorrer à tecnologia sofisticada e dispendiosa.

Ficou clara, neste estudo, a relevância do Ambulatório de Mastologia no diagnóstico precoce do câncer de mama. Outro aspecto

relevante foi o tratamento e seguimento oferecido às pacientes. A paciente não é tratada sem antes serem discutidas as possibilidades terapêuticas, visto que ela tem o direito de opinar. Não se esconde o diagnóstico e sempre se procura transmitir esperança ao comunicar a verdade, convencendo a paciente que câncer não é igual à sentença de morte. Cada paciente é considerada individualmente, pois não se trata de um tumor de mama, mas sim de uma pessoa com câncer em suas mamas.

Após o tratamento inicial indicado para cada caso, este Ambulatório oferece um acompanhamento periódico, necessário à manutenção de um bom nível de vida, e uma relação médico-paciente compatível com a ansiedade que ela apresenta. A tranquilidade então é devolvida à paciente por um médico amigo e sempre pronto a lhe atender e conversar, tirando-lhe dúvidas e transmitindo-lhe a paz necessária.

Quando se organiza um Serviço, é óbvio que os resultados tendem a melhorar. Contudo, quando se tenta organizar alguma coisa, muitos obstáculos surgem. Por motivos diversos, sempre há alguém contra a proposta. Quando se convencem, outros problemas surgem: espaço físico muitas vezes falta, dificultando o objetivo, e condições financeiras geralmente são grandes adversários.

Quando se encontram aliados, mais facilmente os obstáculos tendem a ser vencidos. Sendo a Mastologia uma especialidade multidisciplinar, deve-se ter o apoio de outros colegas. Isso foi conseguido com a Anatomia Patológica, Oncologia Clínica, Cirurgia Plástica, Radiologia e Serviço Social, entre outros.

Não se dispondo de alta tecnologia, lança-se mão do que se tem, pois, quando se trabalha com dedicação, ética, bom senso e objetividade, bons resultados são obtidos, suplantando-se a falta de recursos.

O câncer do colo uterino é uma doença onde é possível fazer-se a prevenção, detectando-a em uma fase pré-maligna ou de carcinoma “in situ”. O mesmo não ocorre com as moléstias mamárias, que, em sua grande maioria, são encontradas pela própria paciente, e em estágio avançado.

O que se pretende fazer na Universidade São Francisco é aumentar a proporção de diagnósticos precoces. Para tanto, foi organizado o Ambulatório de Mastologia e implantado um curso de “Fundamentos de Mastologia” aos alunos do 6º ano. Isto só foi possível após vencer os obstáculos já mencionados.

Este trabalho mostrou o óbvio: os obstáculos foram vencidos, o Serviço organizado, aliando-se aos que eram favoráveis à idéia, e os bons resultados foram surgindo, além da melhora do ensino.

Justificando o título "**Carcinoma de mama em Bragança Paulista: experiência de uma década**", observa-se que foi uma experiência profícua, beneficiando a população bragantina e região, que não mais precisa se deslocar aos grandes centros, na maioria das vezes com ônus que não se pode arcar; beneficiou-se também o ensino de graduação e residência médica, que passaram a receber orientação sobre Mastologia. Para o autor, que foi o criador do Ambulatório de Mastologia e é o responsável pela sua manutenção, foi uma experiência proveitosa, por haver alcançado neste período todos os objetivos: criou o Ambulatório de Mastologia e aumentou a proporção de diagnóstico precoce; como consequência, também a prática de cirurgias conservadoras aumentou e o "follow up" foi concordante com a literatura, mostrando o que pode ser feito com poucos recursos e com a boa vontade da equipe multidisciplinar. Estes resultados positivos são motivo de entusiasmo e incentivo a melhorar o que já foi alcançado.

## **CONCLUSÕES**

---

---

## 7. CONCLUSÕES

---

7.1. O aumento estatisticamente significativo de diagnóstico precoce e cirurgias conservadoras após a implantação do Ambulatório de Mastologia mostra a importância deste. O pequeno percentual de pacientes onde houve perda de seguimento prova a confiabilidade que os usuários têm a respeito do Serviço. Os resultados mostram o que é possível realizar sem alta tecnologia e com poucos recursos financeiros. Outro aspecto muito importante é que este Ambulatório está se tornando ponto de referência para a região. A evolução da doença (recidiva local, período livre de doença, bilateralidade e óbito) mostrou uma relação direta com o comprometimento axilar e estadiamento clínico no momento do diagnóstico.

7.2. Não foi encontrada diferença entre as características epidemiológicas das mulheres da região bragantina, atendidas no Ambulatório de Mastologia da Universidade São Francisco, e as apresentadas pela literatura. Estas variáveis, entretanto, são regionais, independentemente da existência de um Serviço especializado.

7.3. Apesar do aumento de diagnóstico precoce, a grande maioria das pacientes apresentou doença avançada à época da primeira consulta.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

---

- ADAMI, H.-O.; RIMSTEN, A.; STENKVIST, B.; VEGELIUS, J. -  
Reproductive history and risk of breast cancer. **Cancer**, 41:747-57, 1978.
- BARBOSA, E.M. - Exame clínico. **Sociedade Brasileira de Mastologia Regional de São Paulo**. Atividades científicas do triênio 1989/1992. p. 15-7.
- BODIAN, C. & HAAGENSEN, C.D. - Fatores reprodutivos no carcinoma da mama. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - **Doenças da mama**. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989a. p. 435-51.
- BODIAN, C. & HAAGENSEN, C.D. - Carcinoma mamário bilateral. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - **Doenças da mama**. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989b. p. 453-73.
- BONADONNA, G.; VALAGUSSA, P.; VERONESI, U. - Tratamento adjuvante do carcinoma de mama com quimioterapia e/ou hormonioterapia e quimioterapia primária - Experiência do Instituto Nacional de Tumores, Milão. In: VERONESI, U., ed. - **Câncer de mama**. São Paulo, Icone, 1993. p. 161-75.

---

\*HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1990. 45p.

- BRAGA FILHO, A. & FERREIRA, P.R. - Princípios de tratamento radioterápico. In: SCHWARTSMANN, ed. - **Oncologia clínica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p. 97-105.
- BRONDI, L.A.G. - Importância da linfadenectomia axilar no tratamento cirúrgico do câncer da mama. **Rev. Bras. Cancerol**, 33:119-26, 1987.
- BRONDI, L.A.G.; STECCA, J.; FERRO, M.C. - Linfadenectomia axilar completa no tratamento do câncer da mama. Experiência com 230 casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 15:266-70, 1993.
- DONEGAN, W.L. - Recurrencia local y regional. In: DONEGAN, W.L. & SPRATT, J.S., ed. - **Cáncer de mama**. 2. ed. Buenos Aires, Panamericana, 1982. p. 345-58.
- DONEGAN, W.L. & SPRATT, J.S. - Cáncer de la segunda mama. In: DONEGAN, W.L. & SPRATT, J.S., ed. - **Cáncer de mama**. 2. ed. Buenos Aires, Panamericana, 1982. p. 332-44.
- FARIA, S.L. - Aula ministrada no Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia - UNICAMP em 19/11/93.
- FENTIMAN, I.S.; CUZICK, J.; MILLIS, R.R.; HAYWARD, J.L. - Which patients are cured of breast cancer? **Br. Med. J.**, 289:1108-11, 1984.
- FENTIMAN, I.S. - The causes of breast cancer. In: FENTIMAN, I.S., ed. - **Detection and treatment of early breast cancer**. London, Martin Dunitz, 1990a. p. 1-30.
- FENTIMAN, I.S. - Screening. In: FENTIMAN, I.S., ed. - **Detection and treatment of early breast cancer**. London, Martin Dunitz, 1990b. p. 58-72.
- FENTIMAN, I.S. - Breast conservation. In: FENTIMAN, I.S., ed. - **Detection and treatment of early breast cancer**. London, Martin Dunitz, 1990c. p. 73-87.

- FILIPAK, R.M.A.; RODRIGUES, M.B.; BACK, R.V.W.; CARREÑO, P.A.T.; URBANETZ, A.A.; COELHO, A.; CALDERARI, L.H.; ASSIS, M.; PACHECO, R.A.B.; KALED, C.C. - Câncer de mama. Diagnóstico precoce. **Femina**, 21:93-113, 1993.
- FISHER, B. & SLACK, N.H. - Number of lymph nodes examined and the prognosis of breast carcinoma. **Surg. Gynecol. Obstet.**, july, p. 79-88, 1970.
- FONSECA, L.A.M. - Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo. **Oncologia Atual**, 2:6-14, 1992.
- FREITAS Jr., R. & CONTI, R.C. - Quimioprevenção do câncer de mama. Já é chegada a hora? **Femina**, 21:1181-4, 1993.
- GADELHA, M.I.P.; SALTZ, E.; REZENDE, M.C.R.; PINHEIRO, L.R. - Câncer: um problema de Saúde Pública no Brasil. **J. Bras. Med.**, 63:38-46, 1992.
- GERSHON-COHEN, J.; HERMEL, M.B.; BERGER, S.M. - Detection of breast cancer by periodic X-ray examinations. **Jama**, 176:1114-6, 1961.
- GÓES, J.C.G.S. - Métodos complementares de diagnóstico dos tumores mamários. In: MARSILLAC, J.B., ed. - **Cancerologia - conceitos atuais**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. p. 84-95.
- GÓES Jr., J.S. - Câncer de mama: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: HALBE, H.W., ed. - **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo, Editora Roca Ltda., 1994. p. 1711-4.
- GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T. - Resumen del tratamiento del cáncer de mama. In: GONZÁLEZ, F.T. & GÓMES, A.T., ed. - **Tratamiento del cáncer de mama**. Barcelona, Salvat, 1986. p. 1-39.
- GRIESBACH, W.A. & EADS, W.S. - Experience with screening for breast carcinoma. **Cancer**, 19:1548-50, 1966.

- HAAGENSEN, C.D. - História do tratamento cirúrgico do carcinoma de mama - 1863 a 1921. In: HAAGENSEN, C.D., ed. - **Doenças da mama**. 3. ed. São Paulo, Roca, 1989. p. 889-96.
- HALSTED, W.S. - The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. **Ann. Surg.**, 46:1-19, 1907.
- HARDY, E.E.; PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A. - Variações internacionais da incidência e da mortalidade por câncer de mama. **Femina**, 11:106-15, 1983.
- HARDY, E.E.; PINOTTI, J.A.; ALGABA, M.F.O.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A. - Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama. Estudo caso-controle desenvolvido em Campinas, São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 11:212-6, 1989.
- HORST, J.L.; BOZKO, L.P.; MAHFUS, M.A.; BETAT, R.; MAESTRI, T.; BIAZUS, J.V.; MENKE, C.H.; CAVALHEIRO, J.A. - Câncer de mama: Análise clínico-epidemiológica de 892 casos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 16:220-5, 1994.
- HUGULEY, C.M. & BROWN, R.L. - The value of breast self-examination. **Cancer**, 47:989-95, 1981.
- KEMP, C.; LIMA, G.R.; KOGOS, W.; GEBRIM, L.H.; ALCÂNTARA, A.M.P.; MIYAZAWA, M. - Punção aspirativa por agulha fina: a importância do examinador na obtenção de material para análise. Estudo de 261 casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 15:119-22, 1993.
- KOWALSKI, L.P. & FRANCO, E.L. - Epidemiologia do câncer no Brasil e no mundo. In: SCHWARTSMANN, G., ed. - **Oncologia clínica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p. 19-30.
- LAGANÁ, M.T.C.; GUALDA, D.M.R.; HASHIMOTO, M.R.H.; IMANICHI, R.M. - Auto-exame de mama: identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) requeridos para elaboração de propostas educativas. **Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo**, 24:281-99, 1990.

- LASZLO, J. - Breast cancer: What do the numbers really mean? **Coping**, may/june, p. 23, 1993.
- LEIS Jr., H.P. - Fatores de risco e epidemiologia do carcinoma de mama. In: MONTORO, A.F., ed. - **Mastologia**. São Paulo, Sarvier, 1984. p. 79-88.
- LOPES, E.R.; ABREU, E.; GADELHA, M.I.P. - Detecção do câncer de mama: atualização e recomendações. **Rev. Bras. Cancerol.**, 39:21-6, 1993.
- LOPES, E.R.; ABREU, E.; REZENDE, M.C.; LAVOR, M.F. - Prevenção e controle do câncer no Brasil. Ações do Pró-Onco/INCa. **Rev. Bras. Cancerol.**, 40:105-10, 1994.
- LUINI, A. & ANDREOLI, C. - Lo studio clinico controllato Milano I: mastectomia radicale vs. quadrantectomia più dissezione ascellare e radioterapia. In: VERONESI, U., ed. - **La conservazione del seno**. Milano, Sorbona, 1991. p. 11-9.
- MacMAHON, B.; COLE, P.; LIN, T.M.; LOWE, C.R.; MIRRA, A.P.; RAVNIHAR, B.; SALBER, E.J.; VALAORAS, V.G.; YUASA, S. - Age at first birth and breast cancer risk. **Bull WHO**, 43:209-21, 1970.
- MADDEN, J.L. - Modified radical mastectomy. **Surg. Gynecol. Obstet.**, 121: 1221-30, 1965.
- MAMEDE, M.V.; SOUZA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; SHIMO, A.K.K.; NAKANO, A.M.S.; ALMEIDA, A.M.; RAVAGNANI, M.J.C.; SILVA, R.M.; MATUO, Y.K.; BIFFI, E.F.; FELIPE, M.V.; MESSIAS, D.K.H. - Menarca - menopausa: quando ocorrem? **J. Bras. Ginecol.**, 102:441-4, 1992.
- MARSILLAC, J. - O ensino da Cancerologia (Histórico e execução no Brasil). In: MARSILLAC, J., ed. - **Cancerologia - conceitos atuais**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. p. 411-5.
- McLEAN, L.H.; GRECO, M.; SACCHINI, V. - Câncer de mama bilateral. In: VERONESI, U., ed. - **Câncer de mama**. São Paulo, Icone, 1993. p. 137-46.

MENDONÇA, G.A.S. - Câncer no Brasil: um risco crescente. **Rev. Bras. Cancerol.**, **38**:167-76, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatísticas de Mortalidade Brasil, 1986.** Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986, 366p.

PAPATESTAS, A.E.; MULVIHILL, M.; JOSI, C.; IOANNOVICH, J.; LESNICK, G.; AUFSES, A.H. - Parity and prognosis in breast cancer. **Cancer**, **45**:191-4, 1980.

PASTORELO, E.F. & GOTLIEB, S.L.D. - Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, Brasil 1970/1972. **Rev. Saúde públ., S. Paulo**, **12**:1-15, 1978.

PATEY, D.H & DYSON, W.H. - The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. **Br. J. Cancer**, **2**:7-13, 1948.

PINHEIRO, J.C.L. - Câncer de mama feminina. Algumas considerações. **Femina**, **14**:41-8, 1986.

PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C.; KEPPKE, E.M.; TEIXEIRA, Y.N. - Análise crítica das novas modalidades terapêuticas no câncer da mama: quadrantectomia, axilectomia e mastectomia radical com reconstrução imediata. In: PINOTTI, J.A. - **Oncologia ginecológica e mamária (v. 3)**. Campinas, Editora da UNICAMP, 1988. p. 123-49.

PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C.; MONTI, C.R. - Quadrantectomia, axilectomia e radioterapia: Experiência do "Centro de Assistência Integral à Saúde da mulher" - UNICAMP. In: PINOTTI, J.A., ed. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991. p. 351-70.

PINOTTI, J.A.; BARROS, A.C.S.D.; HEGG, R.; ZEFERINO, L.C.; AGUIAR, L.F. - Programa de controle do câncer da mama em países em desenvolvimento. In: VERONESI, U., ed. - **Câncer de mama**. São Paulo, Icone, 1993. p. 13-21.

PISANI, R.C.B. - Receptores de estrógeno em Mastologia. In: PINOTTI, J.A., ed. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991. p. 187-94.

- PROLLA, J.C & DIETZ, J. - Dados epidemiológicos do câncer de mama feminina no Rio Grande do Sul, Brasil. Mortalidade no período 1970-1982, incidência em 1980-1981. **R. AMRIGS**, 29:217-23, 1985.
- RAMIREZ, G. - Terapêutica adjuvante no carcinoma mamário. In: MONTORO, A.F., ed. - **Mastologia**. São Paulo, Sarvier, 1984. p. 103-8.
- RAMOS Jr., J. - Princípios fundamentais de Oncologia clínica. In: RAMOS Jr., J., ed. - **Oncologia clínica**. São Paulo, Sarvier, 1974. p. 3-54.
- ROSENMAN, J.; BERNARD, S.; KOBER, C.; LELAND, W.; VARIA, M.; NEWSOME, J. - Local recurrences in patients with breast cancer at the North Carolina Memorial Hospital (1970-1982). **Cancer**, 57:1421-5, 1986.
- SAEZ, R.A.; CLARK, G.M.; McGUIRE, W.L. - Fattori prognostici nel carcinoma della mammella. In: VERONESI, U., ed. - **Carcinoma della mamella**. Milano, Sorbona, 1990. p. 107-20.
- SCHMILLEVITC, J. - Ultra-sonografia das mamas. **Sociedade Brasileira de Mastologia Regional São Paulo**. Atividades Científicas do triênio 1989/1992. p. 26-7.
- SOBREIRA, T.T.; DAMASCENO, R.N.; SIMÕES, M.M.M.; OLIVEIRA, Z.R.; XIMENES, A.M.; GURGEL, A.H.; CARVALHO, F.A.M.; ARRAIS, F.M.A.; FORTE, B.P.; FERNANDES, A.F.C.; BRAGA, V.A.B. - Investigação sobre a idade da menarca e da menopausa em mulheres de Fortaleza-CE. **Femina**, 20:97-103, 1992.
- SOUZA, A.Z. & SALVATORE, C.A. - Fatores de prognóstico no carcinoma mamário. **J. Bras. Ginecol.**, 85:205-12, 1976.
- SPITALIER, J.M. & AMALRIC, R. - Tratamento conservador do câncer da mama: 25 anos de experiência do Instituto do câncer de Marselha. In: PINOTTI, J.A., ed. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991. p. 342-50.

- STAVRAKY, K. & EMMONS, S. - Breast cancer in premenopausal and postmenopausal women. **Cancer**, 53:647-53, 1974.
- STRAX, P. - Control of breast cancer through mass screening. **Jama**, 235: 1600-2, 1976.
- STRAX, P. - Controle do câncer mamário por triagem populacional. In: PINOTTI, J.A., ed. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991. p. 297-302.
- TABÁR, L.; GAD, A.; HOLMBERG, L.H.; LJUNGQUIST, U.; FAGERBERG, C.J.G.; BALDETORP, L.; GRÖNTOFT, O.; LUNDSTRÖM, B.; MANSON, J.C. - Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. **Lancet**, april, p. 829-32, 1985.
- U.I.C.C. - União Internacional Contra o Câncer. **TNM Classification of malignant tumors**. 4. ed., Springer, Verlag, 1987.
- VALAGUSSA, P.; BONADONNA, G.; VERONESI, U. - Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. Analysis of 716 consecutive patients. **Cancer**, 41:1170-8, 1978.
- VERONESI, U. - Prefácio. In: PINOTTI, J.A., ed. - **Compêndio de mastologia**. São Paulo, Manole, 1991.
- VERONESI, U. - Prefácio. In: VERONESI, U., ed. - **Câncer de mama**. São Paulo, Icone, 1993.
- ZUCCOLO, M.; PETRI, R.; DELLA BIANCA, C.; ZUCCHIATTI, V.; BERGNACH, A. - La recidiva locale e regionale di cancro della mammella. **Minerva Chir.**, 47:987-93, 1992.

**ANEXOS**

---

---

## ANEXO 1

### Classificação Clínica TNM - UICC, 1987

#### T - tumor

TX - O tumor primário não pode ser avaliado.

T0 - Sem evidência de tumor primário.

Tis - Carcinoma *in situ*: carcinoma ductal ou lobular *in situ* ou doença de Paget do mamilo, sem tumor.

*Nota:* A doença de Paget, associada a um tumor, é classificada de acordo com o tamanho do tumor.

T1- Tumor com 2cm ou menos em sua maior dimensão.

T2- Tumor com mais de 2cm em sua maior dimensão, mas inferior a 5cm.

T3- Tumor com mais de 5cm em sua maior dimensão.

T4- Tumor de qualquer tamanho, acompanhado por comprometimento da parede torácica ou pele.

*Nota:* A parede torácica inclui as costelas, os músculos intercostais e o músculo serrátil anterior, mas não o músculo peitoral.

T4a- Extensão à parede torácica.

T4b- Edema (*incluindo peau d'orange*) ou ulceração da pele da mama ou nódulos cutâneos satélites, restritos a mesma mama.

T4c- T4a e T4b associados.

T4d- Carcinoma inflamatório.

### **N - linfonodos regionais**

NX- Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por exemplo, foram removidos previamente).

N0- Sem metástases nos linfonodos regionais.

N1- Metástases nos linfonodos axilares ipsolaterais móveis.

N2- Metástases nos linfonodos axilares ipsolaterais que estão fixos uns aos outros ou a outras estruturas.

N3- Metástases nos linfonodos mamários internos ipsolaterais.

### **M - metástases a distância**

MX - A presença de metástases a distância não pode ser avaliada.

M0 - Sem metástase a distância.

M1 - Metástases a distância (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares).

## GRUPOS DOS ESTÁDIOS

<b>Estádio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estádio I</b>	T1	N0	M0
<b>Estádio IIA</b>	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
<b>Estádio IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>Estádio IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1- N2	M0
<b>Estádio IIIB</b>	T4	qualquer N	M0
	qualquer T	N3	M0
<b>Estádio IV</b>	qualquer T	qualquer N	M1

## ANEXO 2

### HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO

#### MASTOLOGIA

Nome: ..... Registro: .....  
Data de Nascimento: ...../...../..... Naturalidade: .....  
Cor: ..... Nacionalidade: .....  
Endereço: ..... Fone: .....

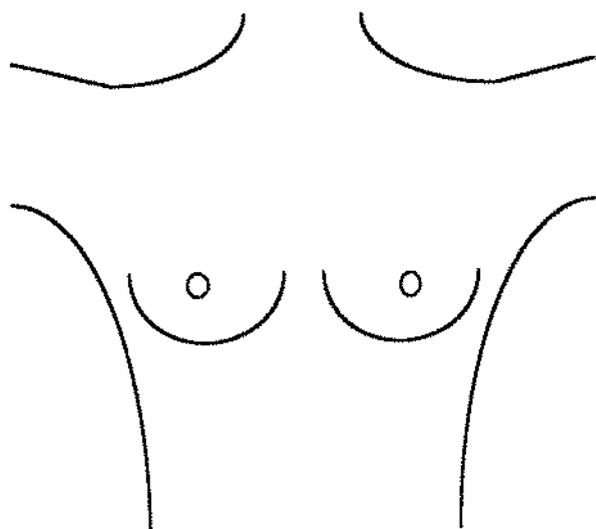
QD: .....

HPMA: .....  
.....  
.....

Menarca: ..... Telarca: ..... DUM: .....  
Menopausa: ..... Natural? ..... Cirúrgica?.....  
Gesta: ..... Para: ..... Aborto: .....  
Idade 1ª gestação: ..... Início atividade sexual: .....  
Amamentação: .....  
Dispareunia: ..... Sinussiorragia: .....  
Método anticoncepcional: .....  
Tratamento hormonal anterior: .....  
Colpocitologia oncótica: ..... Em: .....  
Antecedentes pessoais: .....

Antecedentes familiares: .....

Exame físico: .....



Inspeção estática: .....

Inspeção dinâmica: .....

Linfonodos axilares e supraclaviculares: .....

Palpação: .....

Expressão: .....

Exames subsidiários: .....

HD: .....

Conduta: .....

Observador: ..... Data: ...../...../.....

### ANEXO 3

Foram coletados dados de 482 mulheres sem câncer, do Ambulatório de Ginecologia e Mastologia do Hospital Universitário da Universidade São Francisco, de Bragança Paulista, no período de novembro de 1994 a fevereiro de 1995, referentes à idade, idade mencionada da menarca, paridade, idade do primeiro parto e amamentação, para ciência das características reprodutivas da população da região bragantina.

TABELA 20

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
IDADE (n=482)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
30 - 39	44	9,1
40 - 49	233	48,3
50 - 59	129	26,8
60 - 69	56	11,6
> 70	20	4,2

A idade média foi de 49,9 anos, com um DP=9,52.

**TABELA 21**

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
IDADE REFERIDA DA MENARCA (n=481\*)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
8	1	0,2
9	5	1,0
10	17	3,5
11	58	12,1
12	91	18,9
13	101	21,0
14	94	19,6
15	75	15,6
16	26	5,4
17	10	2,1
18	1	0,2
19	1	0,2
20	0	0,0
21	1	0,2

\*faltou dado de uma paciente

A idade referida da menarca variou de 8 a 21 anos com uma média de 13,2 e um DP=1,75.

**TABELA 22**

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
PARIDADE (n=482)**

<b>paridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
nulípara	39	8,1
1 a 3	246	51,0
+ 4	197	40,9

\*22 eram nuligestas e em 7 faltaram dados

**TABELA 23**

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
IDADE DO PRIMEIRO PARTO (n=442\*)**

<b>idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 20	216	48,9
21 - 25	155	35,1
26 - 30	50	11,3
> 30	21	4,7

\*nulíparas=39: faltou dado de uma paciente

Foram encontrados 1.716 partos, com 14.280 meses de amamentação, com uma média de 8,3 para cada parto a termo.

**TABELA 24**

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO  
AMAMENTAÇÃO (n=443\*)**

<b>amamentação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
não	67	15,1
1 a 6 meses	177	40,0
+ 7 meses	199	44,9

\*nulíparas=39