

TENDÊNCIA DE ÓBITOS POR CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO MARANHÃO

BREAST CANCER DEATH TENDENCY IN THE STATE OF MARANHÃO, BRAZIL

Milena Barros Aragão Rêgo¹, Adriana Sousa Rêgo², Livia dos Santos Rodrigues², Luciana Cavalcante Costa², Ana Cleide Vasconcelos de Sousa¹, Maria Nazareth Mendes¹, Livia Anniele Sousa Lisboa², Rosângela Fernandes Lucena Batista²

Resumo

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente em todo o mundo e, provavelmente o mais temido pelas mulheres. Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, quando detectado tardiamente traz consequências dolorosas. Apresenta a capacidade de invadir o tecido normal e disseminar para locais distantes, levando muitas das vezes ao óbito. **Objetivo:** Investigar a tendência histórica dos óbitos por câncer de mama no estado do Maranhão. **Métodos:** A pesquisa delimitou-se no estudo de série temporal, tomando-se por base os óbitos notificados pelo SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) do Ministério da Saúde através das informações contidas na Declaração de Óbito (DO) nos anos 2002, 2006 e 2012. As variáveis utilizadas neste estudo foram: ano, local de ocorrência, idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, assistência médica, e a causa básica de morte. **Resultados:** Neste estudo evidenciou-se um crescimento no número de óbitos por câncer de mama na população feminina, no período pesquisado, principalmente em mulheres com idade média de 56,59 anos com desvio padrão de 15,76 anos, que possuíam menor grau de escolaridade, e que residiam no interior. **Conclusão:** Conclui-se que o rastreamento através de exames como a mamografia, ainda é um fator preponderante no diagnóstico precoce, consequentemente uma forma de evitar que essa neoplasia se estenda na população feminina.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Epidemiologia. Mortalidade.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the second most common cancer in the world, and probably the most feared by women. Although considered a cancer with good prognosis when detected early, it causes painful consequences. Breast cancer has the ability of invading the normal tissue and spreading to distant sites, often leading to death. **Objective:** To investigate the historical trend of breast cancer deaths in Maranhão, Brazil. **Methods:** The research was conducted by time series analysis, taking the deaths reported by SIM (Mortality Information System) of the Ministry of Health, through the information contained in the death certificates (DO) from 2002, 2006 and 2012. Variables analyzed were, as follows: year, place of occurrence, age, sex, race, marital status, education, health care, and the cause of death. **Results:** In the present study, there was an increase in the number of breast cancer deaths among the female population in the period studied, especially in women with mean age of 56.59 years old, standard deviation of 15.76 years, lower degree of education, and who lived in the countryside. **Conclusion:** Screening through tests, such as mammography, is still a major factor in early diagnosis. Therefore, it is a way to prevent the cervical cancer from increasing among the female population.

Keyword: Breast Neoplasms. Epidemiology. Mortality.

Introdução

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública. O rápido e progressivo aumento dos números de casos alerta para o agravamento e extensão do problema, gerando a necessidade de políticas públicas efetivas¹.

Os fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de mama estão relacionados com idade, fatores endócrinos e genéticos, características reprodutivas, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais^{1,2}.

Mundialmente cerca de 459 mil mortes foram registradas e quase 1,4 milhões de mulheres foram diagnosticadas com câncer de mama em 2008. As taxas de incidências foram superiores nos países mais desenvolvidos em comparação aos em desenvolvimento (71,7/100 mil e 29,3/100mil) respectivamente³.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de

mama continuam bem elevadas, sendo responsável por cerca de 20% dos novos casos a cada ano, possivelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados².

Apesar de terem sido formuladas propostas para o controle do câncer de mama, observa-se o aumento da mortalidade por esta neoplasia entre 2003 a 2007, nas regiões Sul e Sudeste, destacando-se São Paulo (12%), Rio de Janeiro (6%) e Minas Gerais (22%), provavelmente devido à variação do acesso aos serviços de saúde e à qualidade dos dados de registro⁴.

O câncer de mama é o mais incidente nas regiões do Brasil. Porém na região Norte o mais incidente foi de colo de útero. No Maranhão, a incidência de câncer de mama tem aumentado temporalmente, porém ainda permanece em segundo lugar em relação ao câncer de colo uterino⁵.

O objetivo desse estudo foi investigar a tendência de óbitos por câncer de mama no estado Maranhão, nos anos 2002, 2006 e 2012.

¹ Faculdade Santa Terezinha-CEST.

² Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão.
Contato: Luciana Cavalcante Costa. E-mail: lucianacavalcante10@hotmail.com

Métodos

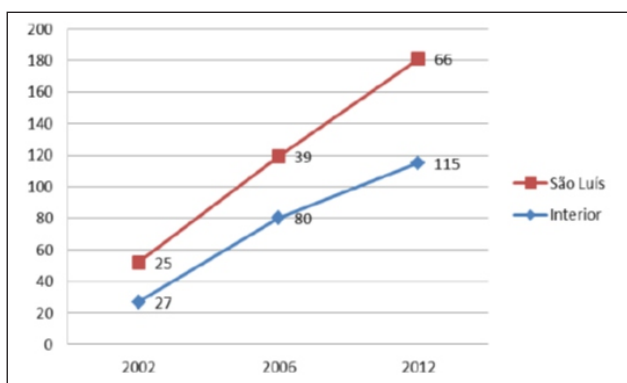
O estudo delinear-se de série temporal no Estado do Maranhão, tomando-se por base os óbitos notificados pelo SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) do Ministério da Saúde através das informações contidas na Declaração de Óbito (DO), nos anos 2002, 2006 e 2012, na capital e todos os municípios do Estado do Maranhão com notificação de óbitos. Foram identificados os óbitos que tiveram como causa básica o câncer de mama, definido pela Classificação Internacional de Doenças da CID-10 (10ª revisão). Os dados brutos sobre os óbitos estão disponíveis nas páginas eletrônicas do DATASUS e são de domínio público.

As variáveis utilizadas foram: ano, local de ocorrência, idade entre 15 a 94 anos, sexo feminino, cor: branca, negra, parda, amarela, estado civil: solteira, casada, viúva, separada ignorada, escolaridade: nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 a mais, ignorado, assistência médica: sim, não e ignorado, e a causa básica de morte, selecionadas a partir das declarações de óbito segundo regras de uso internacional, normatizadas e padronizadas pela Organização Mundial da Saúde.

Resultados

A prevalência de óbitos por câncer de mama compreende o sexo feminino, e a idade média no ano de 2002 foi de 56,59 anos (± 13,33), para o ano de 2006 a idade média foi 56,36 (± 15,35) e no ano 2012 a idade média foi de 57,03 (± 16,71). Após a pesquisa, foi constatado que a idade mínima foi de 15 anos e máxima 94 anos no de 2002, 2006 e 2012.

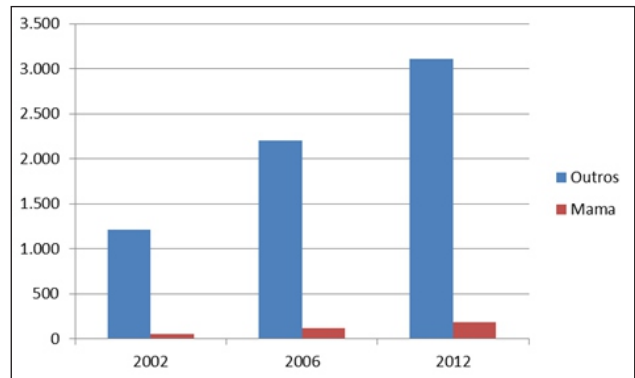
Os resultados mostraram que houve crescimento no número de óbitos tanto no interior quanto na capital do Estado do Maranhão, contudo as maiores taxas de mortalidade ocorreram no interior (222 óbitos) (Figura 1).



Fonte: SIM (2014).

Figura 1 - Óbitos por câncer de mama na Capital e municípios do Maranhão nos anos de 2002, 2006 e 2012.

Observou-se ainda, um crescimento no número de óbitos por câncer de modo geral. De acordo com os resultados obtidos no Figura 3, foi possível observar que em relação à localização tumoral: 94,32% apresentaram como localização não especificados, (2,56%) carcinoma no mamilo e aréola, (0,57%) porção central da mama, (0,85%) quadrante superior externo da mama e (1,71%) lesões invasivas (Figura 2).



Fonte: SIM (2014).

Figura 2 - Óbitos por câncer de mama em relação à classificação do câncer. Maranhão, 2002, 2006 e 2012.

Pela escolaridade, foi observado que no período de 2002 a 2012 houve um crescimento de forma expressiva no número de óbitos por neoplasia mamária no grupo de 1 a 3 anos de estudos, em relação aos outros grupos (Figura 3).

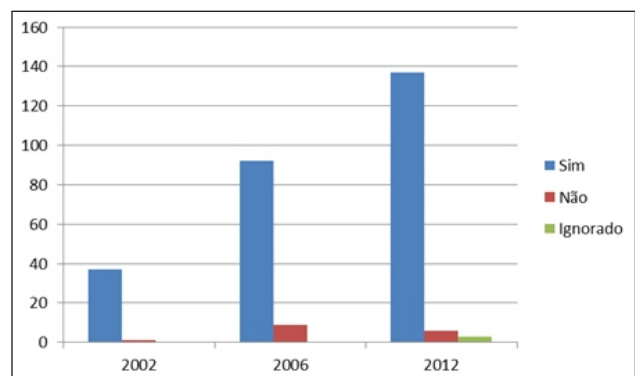


Fonte: SIM (2014).

Figura 3 - Classificação por Localização tumor. Location tumor rating.

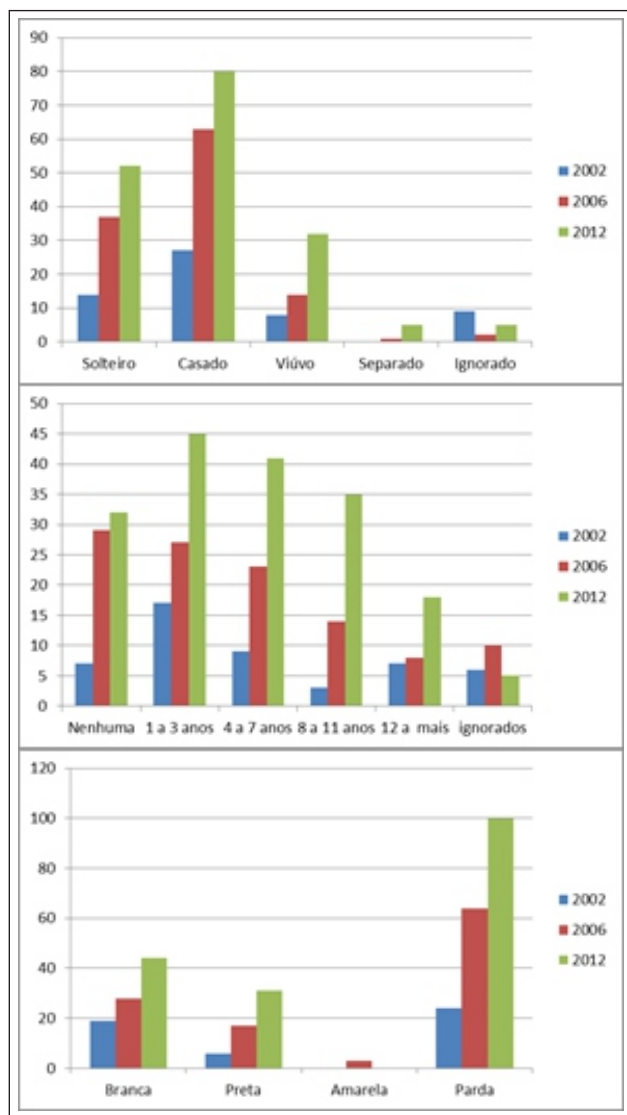
Com relação a cor, verifica-se que o maior número de óbitos ocorreu em mulheres classificadas como parda com 178 óbitos no período de 2002, 2006 e 2012, enquanto que o menor número ocorreu em mulheres classificadas como amarela, onde apresentou apenas 3 óbitos no ano de 2006 (Figura 4).

Foi demonstrado que houve predominância na procura por assistência médica no ano 2012 em relação aos anos 2002 e 2006 (Figura 5).



Fonte: SIM (2014).

Figura 5 - Óbitos por câncer de mama de acordo com a assistência médica no Estado do Maranhão.



Fonte: SIM (2014).

Figura 4 - Óbitos por câncer de mama segundo características socioeconômicas e demográficas (estado civil, escolaridade e cor/cor). Maranhão, 2002, 2006 e 2012.

Discussão

O estudo permitiu observar a elevação das taxas do câncer de mama no decorrer dos anos e com a idade. Em um estudo realizado em Minas Gerais por Simão e Sousa⁶, no período de 1994 a 1999 e Matos *et al.*,⁷ estudaram a taxa de mortalidade por câncer de mama no período de 1990 a 2004, no município de Maringá (PR), observaram que a faixa etária de maior prevalência foi de 40 a 69 anos.

Pesquisa de Régis-Borges *et al.*,⁸ evidenciou que a faixa etária está diretamente relacionada à prevalência do câncer de mama em mulheres, pois quanto maior a faixa etária, maior o risco de patologia maligna da mama, principalmente pelo fato do diagnóstico ser realizado, na maioria vezes, em estágios avançados da doença.

A análise por estado civil aponta que nos anos estudados a maioria dos óbitos por câncer de mama era entre casadas. Observa-se também que houve um crescimento constante nos anos citados. Por outro lado, as separadas obtiveram o menor número de mortes (Gráfico 4).

A pesquisa realizada por Gonçalves e Barbosa⁹, na região Sudeste, no período 1998 a 2003, evidenciou que a maioria dos óbitos das mulheres acometidas pelo câncer de mama era casada. Os mesmos resultados foram observados na pesquisa realizada por Sousa *et al.*,¹⁰ com mulheres da Região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009, onde as mulheres casadas foram as que obtiveram a maior taxa de mortalidade, seguindo-se das viúvas e solteiras.

A maioria dos óbitos é de mulheres com baixa escolaridade e baixa renda. Estudos detectaram uma predominância na taxa de óbitos de mulheres com baixo nível de escolaridade e menor classe econômica^{11,12}. Para Peres e Santos¹³, Novaes *et al.*,¹⁴ Cruz *et al.*,¹⁵ Scowitz *et al.*,¹⁶ a baixa escolaridade é um indicativo forte no que diz respeito à prevenção primária, quanto à identificação do fator de risco. A falta de informação aumenta a prevalência no número de óbitos.

Estudo¹⁷ realizado em São Luís (MA), com 552 mulheres dos 14 setores censitários, sorteados de forma aleatória, encontrou: 93,4% com escolaridade menor que cinco anos, 49,5% com baixa renda familiar mensal, 38,6% com até um salário mínimo, 63,6% sem emprego, 20,8% possuindo função como mantenedora da casa e 32,2% que não conheciam o autoexame da mama. Por outro lado, a maior renda está associada a maior prática do autoexame¹⁸.

Diante desse contexto, pode-se inferir que a baixa escolaridade dificulta no diagnóstico precoce do câncer de mama, no que tange à prática do autoexame e à procura pelos serviços de saúde que realizem o exame clínico das mamas e a mamografia.

Quanto à cor o número maior foi em pardas. Em Belém (PA), houve a predominância da cor parda¹⁹, o que coincide com os dados do presente estudo. Contudo, em um estudo realizado por Melo *et al.*,²⁰ na cidade de Maringá-PR observou-se um aumento expressivo da mortalidade em mulheres brancas em comparação às outras cores. Estudo feito por Gonçalves *et al.*,¹⁹ no estado na região sudeste também observou a maior ocorrência de óbitos por câncer de mama em mulheres brancas.

Na pesquisa realizada por Gonçalves e Barbosa⁹, evidenciou na região sudeste no período 1998 a 2003, que a maior ocorrência de óbitos por câncer de mama foi verificada entre as mulheres brancas, sobretudo nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Em Minas Gerais e no Espírito Santo notou-se o predomínio de óbitos por câncer de mama entre as mulheres brancas, embora em menor magnitude. Porém o autor citado afirma que os resultados apresentados devem ser analisados com cautela, considerando-se a grande miscigenação da população estudada, o elevado percentual de casos sem informação sobre a cor, entre outros aspectos.

Neste estudo as maiores taxas de mortalidade ocorreram no interior do estado. Diferente do estudo de Boschi, Coleman e Castilho²², sobre as diferenças regionais de mortalidade por câncer no Estado do Rio de Janeiro, verificaram que as taxas de mortalidade por câncer em ambos os sexos foram maiores na capital que no interior. Pode-se inferir que procedência da capital, na maioria das vezes é justificada pela hospedagem das mulheres que mencionam o endereço na capital como de sua residência.

Após uma pesquisa realizada nas regiões da grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Sul²³, detectou-se que houve um aumento no número de óbitos nas capitais. Correlacionaram esse aumento com um maior índice populacional, e apontaram que outro fator importante seria a vinda desses pacientes que residem no interior do estado para a capital a procurarem tratamento especializado.

Segundo dados da Agência Internacional para a Pesquisa do Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número global de mortes por câncer subiu para 8,2 milhões em 2012, mostrando uma expansão da doença nos países em desenvolvimento. Na população estudada evidenciou-se que os tipos de câncer mais comuns são os de pulmão, mama e colorretal. A agência ainda prevê um "aumento substancial" nos casos mundiais de câncer, podendo chegar a 19,3 milhões em 2025, acompanhando a expansão e envelhecimento da população²⁴.

A maioria dos casos de câncer de mama é diagnos-

ticada quando o tumor está nos estágios III e IV da doença. Tal característica representa 60% dos diagnósticos. Nessas condições observa-se uma diminuição das chances de sobrevivência e com isso há a perda da qualidade de vida dessas mulheres, levando muitas vezes a óbito²⁵.

Quanto à localização tumoral, 94.32% apresentaram como não especificados. No entanto, o local de maior incidência de tumores mamários é o quadrante súpero-lateral da mama, pois contém a maior porção de tecido glandular. Diante desses resultados pode inferir que o grande número de não especificados pode ser gerado pela deficiência na elaboração dos registros hospitalares.

Destaca-se que a limitação do registro em coletar a informação quanto ao estadiamento do tumor (TNM) deve-se a vários fatores dentre eles a habilidade do registrador em coletar esta informação; dificuldade de acesso ao prontuário médico com os dados, e pelo fato de que a informação de estadiamento não é uma variável obrigatória a ser coletada pelos registros.

Referências

1. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*, 2002; 48(1): 113-131.
2. Instituto Oncoguia. *Tipos de Câncer de Mama. 2012*. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/>>.
3. Youlten DR, Cramb SM, Dunn NA, Muller JM, Pyke CM, Baade PD. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiol*, 2012; 36(3): 237-248.
4. Marques CAV, Gutiérrez MGR, Figueiredo EM. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. *Rev. enferm. UERJ*, 2015; 23(2): 272-278.
5. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*, 2006; 9(3): 325-334.
6. Simão AB, Souza LM. *A evolução da Morbidade e Mortalidade por Câncer de Mama entre a população Feminina de Minas Gerais - 1995 a 2001*. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 Nov 4-8; Ouro Preto - MG; ABEP, 2002. p.94.
7. Matos JC, Carvalho MDB, Pelloso SM, Uchimura TT, Mathias, TAF. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. *Rev Gaúch Enferm*, 2009; 30(3): 445-452.
8. Regis-Borges RA, Aburad A, Régis-Aranha LA, Borges, ED. Prevalência do câncer de mama em mulheres submetidas a "core biopsy" em Cuiabá - MT. *Rev Unin-gá Review*, 2013; 16(1): 39-43.
9. Gonçalves ME, Barbosa AB. *Mortalidade e morbidade por câncer de mama feminino na região Sudeste do Brasil (segundo UF's): uma análise para 1998 e 2003*. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006 Set 18-22; Caxambú - MG; ABEP; 2006. p.543.
10. Souza MM, Winnikow EP, Moretti GP, Panatto APR, Rosa MI, Simões PWTA. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009. *Cad. Saúde Coletiva*, 2013; 21(4): 384-390.
11. Trufelli DC, Bensi CG, Valada Pane CE, Ramos E, Otsuka FC, Tannous NG, *et al*. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. *Rev Bras Mastologia*, 2007; 17(1): 14-17.
12. Rezende MGR, Koch HA, Figueiredo HA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2009; 31(2): 75-81.
13. Peres RS, Santos MAD. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev Latinoam Enferm*, 2007; 15(Nº Esp.): 786-791.
14. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras: PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006; 11(4): 1023-1035.
15. Cruz ICFD. Saúde e iniquidade raciais no Brasil: população negra - uma revisão de literatura. *Online Braz J Nurs (Online)*, 2006; 05(2): 1-15.
16. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3): 340-349.
17. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Maranhão HRC. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2010; 32(5): 241-246.
18. Marinho CCA, Blanco NC, Viana Júnior A. *Abordagem fisioterapêutica nas complicações de mulheres mastectomizadas decorrentes do câncer de mama. 2007*. disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/cancer/mama_camila.htm>. Acesso em 12 maio 2015.
19. Brasil. *Estimativa de incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012.

20. Melo WA, Souza LAO, Zurita RCM, Carvalho MDB. Fatores associados na mortalidade por câncer de mama no noroeste paranaense. *Rev Elet Gestão Saúde*, 2013; (Nº Esp.): 2087-2094.
21. Gonçalves, ATC, Jobim PFC, Vanacor R, Nunes LN, Albuquerque IM, Bozzetti MC. Câncer de mama: mortalidade crescente na região sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(8): 1785-1790.
22. Boschi C, Coleman MP, Castilho EA. Diferenciais regionais de mortalidade por câncer no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1979-1981. *Rev Saúde Pública*, 1991; 25(4): 45-50.
23. Silva AS, Ropelatto C, Filippini CAF, Bianchini E, Bagatini F, Brocardo GA *et al*. Ocorrência de câncer de mama no Brasil e no estado de Santa Catarina. 2014. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/ler.php?id=157>. Acesso em: 25 mar. 2015.
24. Cambricoli F. Pesquisa aponta que aumenta número de mortes por câncer no mundo. 2013. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mortes-por-cancer-de-mama-aumentam-14-imp-,1107943>. Acesso em: 25 mar. 2015.
25. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras de Cancerol*, 2006; 52(1): 49-58.