



CÂNCER DE MAMA NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE JUNDIAÍ – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE 105 PACIENTES.



Introdução

Jundiaí é uma cidade com aproximadamente 400 mil habitantes⁽¹⁾. Calcula-se que 60% de sua população seja assistida por algum plano de saúde⁽²⁾. Tal número encontra-se bem acima da média nacional, 23%, e do estado de SP, 44%⁽²⁾. A elevada cobertura da saúde suplementar no município pressupõe a sua importância nos dados epidemiológicos referentes a saúde da população. O câncer de mama, por sua vez, é a malignidade mais frequente entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Um em cada dez cânceres diagnosticados ao redor do mundo ocorre na mama, sendo a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira⁽³⁾. Infelizmente o Brasil não tem feito a lição de casa quando o assunto é o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno desta doença. Apesar de importantes avanços nas duas últimas décadas, a taxa de sobrevivência global em 5 anos gira em torno de 58%⁽⁴⁾. Abaixo da média mundial, 61% ou de outros países como a Costa Rica, 70% e Estados Unidos, 84%⁽⁴⁾. Os dados epidemiológicos brasileiros, entretanto, refletem a enorme heterogeneidade socioeconômica de sua população. Os mesmos podem apresentar índices próximos à de países europeus nas

regiões de clima temperado (sul e sudeste), e dados semelhantes à de países da África central em estados da região norte⁽⁵⁾ (Figura 1). Com o objetivo de apresentar uma coorte de pacientes com câncer de mama, usuárias da saúde suplementar no município de Jundiaí, trazemos os dados epidemiológicos referentes a 105 mulheres tratadas por esta enfermidade.

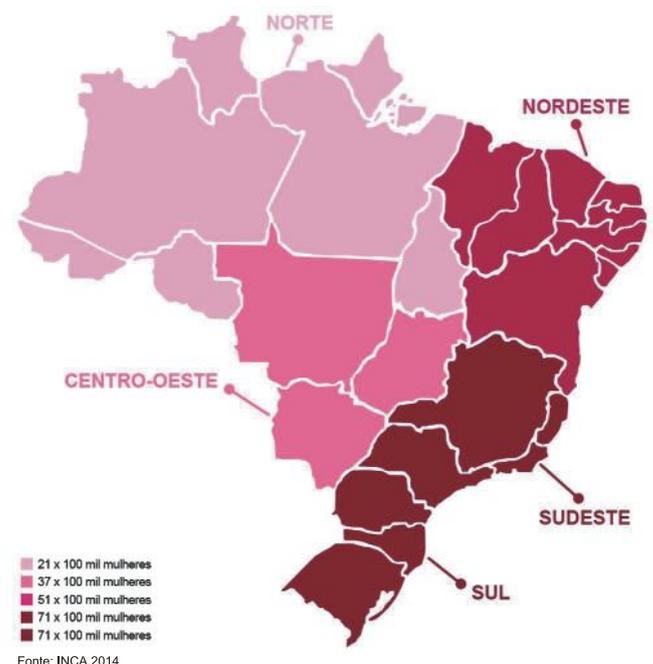


Figura 1 - Incidência de câncer de mama no Brasil, por região



Características das pacientes

As pacientes alocadas neste estudo foram diagnosticadas com neoplasia maligna da mama e encaminhadas ao mastologista entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015. Todas elas foram operadas pelo mesmo profissional. A idade média das pacientes foi de 50,8 anos, variando entre 21 a 86 anos. 79 (75%) pacientes tinham até 60 anos, e 25 (23%) delas tinham menos de 40 anos (Figura 3). A maior porcentagem se encontrava na faixa entre 41 e 50 anos (28,5%), seguida pela faixa compreendida entre 51 a 60 anos (22,8%). Todas as pacientes possuíam convênio médico, sendo 66% Unimed, 12% Bradesco, 6% Amil e 16% outros convênios (Figura 2).

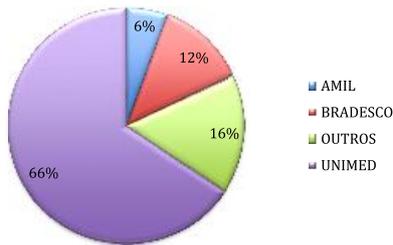


Figura 2 - Convênios médicos observados nas pacientes do estudo (n = 105) (%)

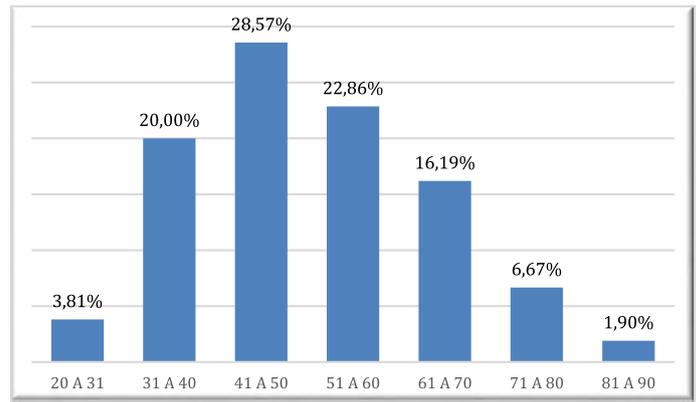


Figura 3 - Idade das pacientes no momento do diagnóstico de câncer de mama atendidas no sistema de saúde suplementar do município de Jundiáí, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 (n=105) (%)



Estadiamento

Observamos que 13 (12,3%) pacientes foram diagnosticadas com carcinoma ductal in situ (estadiamento 0), 43 (40,9%) no estadiamento I, 34 (32,3%) no estadiamento II, 11 (10,4%) estadiamento III e 2 (1,9%) no estadiamento IV.

Foi observado que 61 (58%) pacientes foram diagnosticadas com tumores abaixo de 2,0cm. 75 (71,4%) delas apresentaram doença local (restrita a mama), 28 (26,6%) doença regional (envolvendo a mama e a axila) e apenas 2 (2%) com doença sistêmica, no momento do diagnóstico (Figura 4).

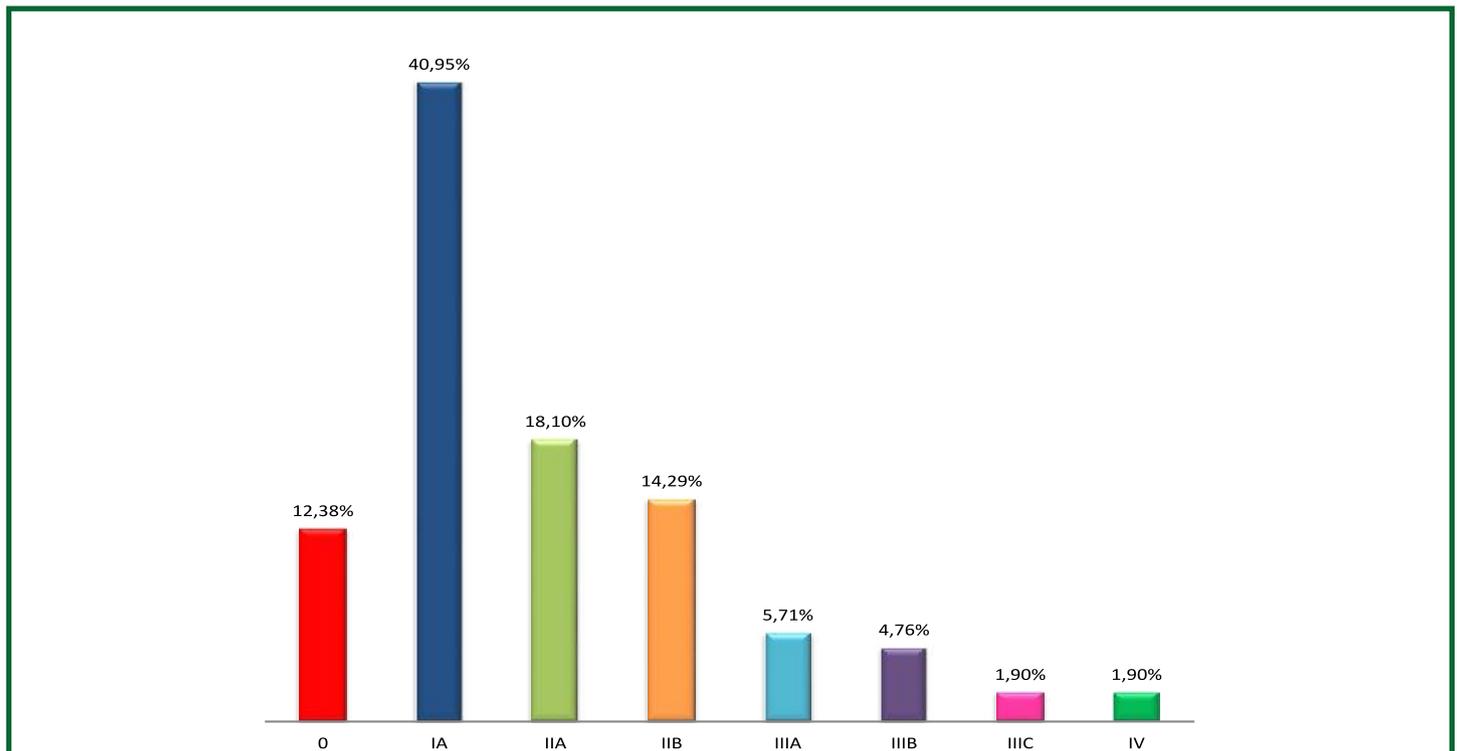


Figura 4 - Demonstrativo do percentual do estadiamento clínico encontrado nas pacientes com câncer de mama atendidas no sistema de saúde suplementar do município de Jundiáí (n=105) (%)



Cirurgias Realizadas

A cirurgia conservadora (quadrantectomia) foi a opção terapêutica em 76 (72,3%) pacientes, sendo que 29 (27,6%) foram submetidas à mastectomia (Figura 6). Subdividimos as mastectomias em A) Mastectomia Total, 19 casos, B) Mastectomia Subcutânea, 10 casos. Descrevemos abaixo o significado de cada termo:

A) Mastectomia Total - retirada da mama, incluindo a pele que a recobre e o mamilo. A abordagem axilar foi realizada de acordo com estadiamento pré-operatório (Figura 5).

B) Mastectomia Subcutânea - retirada da glândula mamária com preservação das estruturas de revestimento (pele e/ou complexo areolomamilar). A abordagem axilar foi realizada de acordo com estadiamento pré-operatório (Figura 5).



Figura 5: A direita a mastectomia total (retirada da pele e mamilo). A esquerda a mastectomia subcutânea bilateral e reconstrução com implantes definitivos.



Reconstrução Mamária

Entre as 105 pacientes incluídas nesta coorte, 50 (47,6%) foram submetidas a procedimentos de reconstrução mamária imediata (Figura 7). A modalidade mais utilizada foi a mamoplastia oncológica, realizada em 26 mulheres, seguida pela reconstrução com implantes definitivos, 16 pacientes, expansores temporários, 5 e expansores definitivos, 3. Em nenhum caso foi optado pelo uso de retalhos miocutâneos para reconstrução imediata. Descrevemos abaixo as modalidades de reconstrução realizadas:

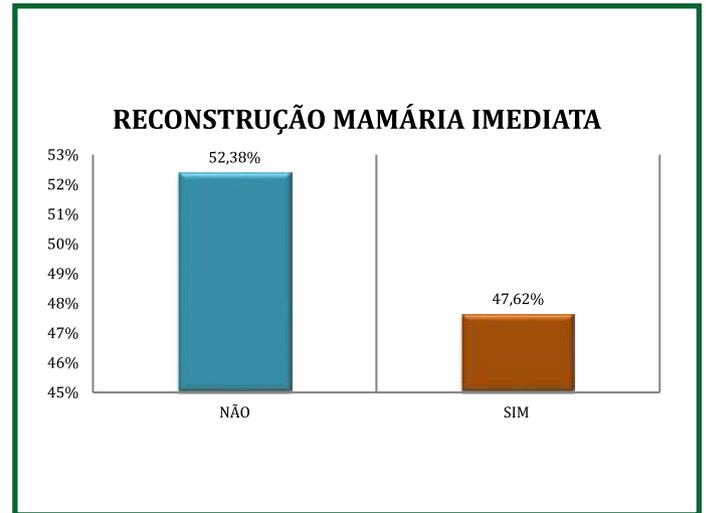


Figura 7 – Distribuição das pacientes que realizaram reconstrução mamária imediata no sistema de saúde suplementar do município de Jundiá, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015.

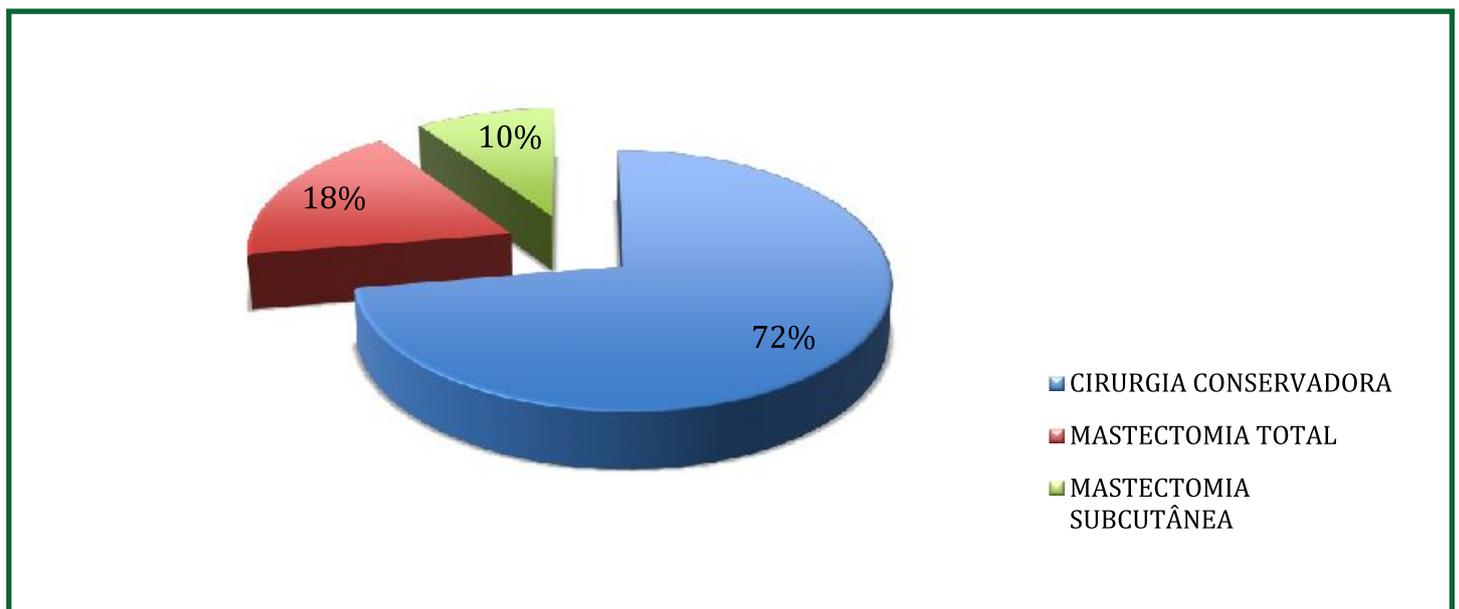


Figura 6 – Distribuição das cirurgias realizadas nas pacientes com câncer de mama tratadas pelo sistema de saúde suplementar de Jundiá, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015.

A) Implantes de silicone definitivos - são as próteses de silicone, em sua maioria de formato anatômico, com caráter definitivo, e que portanto, não necessitam de um novo procedimento de substituição (Figura 5).

B) Implantes expansores definitivos - são próteses que contêm em sua composição, gel de silicone (50% ou 30%) e o restante pode ser preenchido com solução fisiológica. Utiliza-se uma válvula posicionada no tecido subcutâneo para infusão de solução líquida, o que possibilita expansão do volume mamário. Não requer a troca do implante, já que o mesmo tem caráter definitivo. A válvula remota, entretanto, precisa ser retirada após a expansão completa do tecido.

C) Implantes expansores provisórios - são próteses "vazias" localizadas atrás do músculo peitoral maior, contendo uma válvula posicionada no tecido subcutâneo. Possibilita a infusão de solução fisiológica de forma gradativa, com expansão do volume mamário e recrutamento cutâneo para reconstrução da mama. Requer obrigatoriamente a sua troca por implante definitivo após 12 a 18 meses de sua inserção.

D) Mamoplastias oncológicas - são técnicas de redução do volume mamário e/ou do excedente de pele, realizadas concomitante à retirada do câncer. São



Figura 9 – Reconstrução da mama após o uso do retalho do músculo grande dorsal associado a prótese de silicone definitiva.

técnicas muito semelhantes às mamoplastias redutoras clássicas. Consegue-se simetrizar as mamas após a retirada do tumor com margens de segurança. A cicatriz segue aquela utilizada para a mamoplastia, o que resulta em melhor resultado cosmético final (Figura 8).

E) Retalhos miocutâneos - são utilizados retalhos compostos por músculo, gordura e a pele que os recobrem, para reconstrução da mama. Os mais utilizados são o retalho do músculo grande dorsal e o retalho do músculo reto-abdominal (TRAM). Raramente são utilizados para reconstrução imediata (Figura 9).



Tratamento Adjuvante

Entre as 105 pacientes analisadas, 60 (57,1%) realizaram quimioterapia. O tipo de esquema utilizado, assim como o tratamento com hormonioterapia, não foram analisadas neste estudo.



Figura 8 – A esquerda o resultado após a quadrantectomia clássica. No centro e a direita o resultado após a quadrantectomia associada a técnica de mamoplastia oncológica.

TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO IMEDIATA

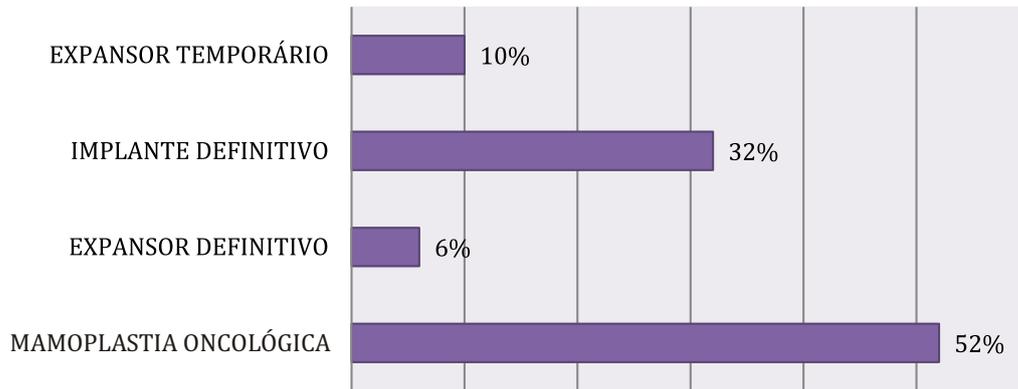


Figura 10 – Distribuição das cirurgias de reconstrução mamária realizadas nas pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no sistema de saúde suplementar do município de Jundiá.



Pontos para Reflexão

Elevada incidência de câncer de mama em idade inferior a 40 anos

Observamos que 23% das pacientes foram diagnosticadas com câncer de mama em idade abaixo dos 40 anos. Este valor é bastante superior ao observado em outras casuísticas. Nos EUA, apenas 6,6% estão abaixo desta faixa etária, 5% no Canadá e 4% no Reino Unido⁽⁷⁾. O que explica o elevado número encontrado de pacientes jovens com câncer de mama na amostragem apresentada?

Avaliamos estudos epidemiológicos e observamos que a taxa de câncer de mama em

mulheres abaixo de 40 anos encontra-se estável nos últimos 30 anos⁽⁸⁾. As pacientes foram tratadas pelo mesmo profissional, com idade jovem (34 anos). Possivelmente este fato possa ter influência sobre a maior taxa de pacientes jovens encontrada.

A distribuição pelas faixas etárias da população atendida pela saúde suplementar em Jundiá não parece diferir daquela observada na população do município. Dados divulgados pela Unimed demonstram entre os pacientes acima de 20 anos, 53,3% estão na faixa entre 20 e 40 anos. No município, este número é de 48%⁽¹⁾. Em última análise, a coorte incluída neste estudo pode ter sofrido viés de seleção, aonde o universo amostrado não corresponderia exatamente ao universo do município.

De qualquer forma, os números demonstram elevado número de pacientes com câncer de mama em idade jovem, o que chama a atenção para a possibilidade de síndromes genéticas hereditárias, e alertam para a preservação da fertilidade naquelas pacientes que desejam engravidar.



Elevada taxa de diagnósticos precoces

A avaliação das 105 pacientes alocadas no estudo demonstrou que 71% delas obtiveram seu diagnóstico em estágio inicial (doença restrita à mama). Estes dados são superiores aos encontrados

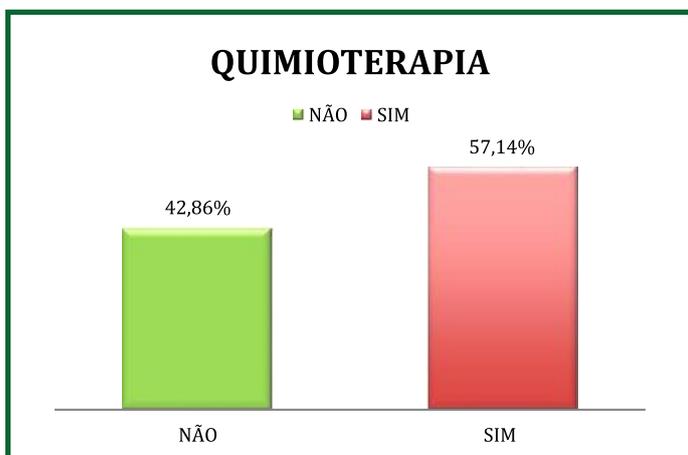


Figura 11 - Distribuição das pacientes que foram tratadas com quimioterapia para o câncer de mama no sistema de saúde suplementar do município de Jundiá, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015.

em países com sistema de rastreamento eficaz, como os EUA, 58,6%⁽⁹⁾ e Canadá, 68%⁽¹⁰⁾. Nestas condições, consegue-se obter taxa de sobrevida global acima de 90% em 5 anos.

O elevado número de diagnósticos precoces destaca, em suma, o ótimo trabalho no rastreamento do câncer de mama realizado pelos profissionais da saúde suplementar de Jundiaí. A disponibilização de mamografia anual para todas as pacientes, sem dúvida, é a principal responsável pelos dados observados.

Elevada taxa de cirurgias conservadoras

O benefício da preservação mamária vai além das questões estéticas. Permite uma recuperação integral mais rápida, com menor custo e principalmente menos sequelas. A sobrevida, por sua vez, pode ser até maior quando comparada às mastectomias, possivelmente devido ao benefício da radioterapia⁽¹¹⁾. Pudemos observar que 75 pacientes realizaram a quadrantectomia enquanto 20 foram mastectomizadas. O elevado número de cirurgias conservadoras são reflexo da alta taxa de diagnósticos

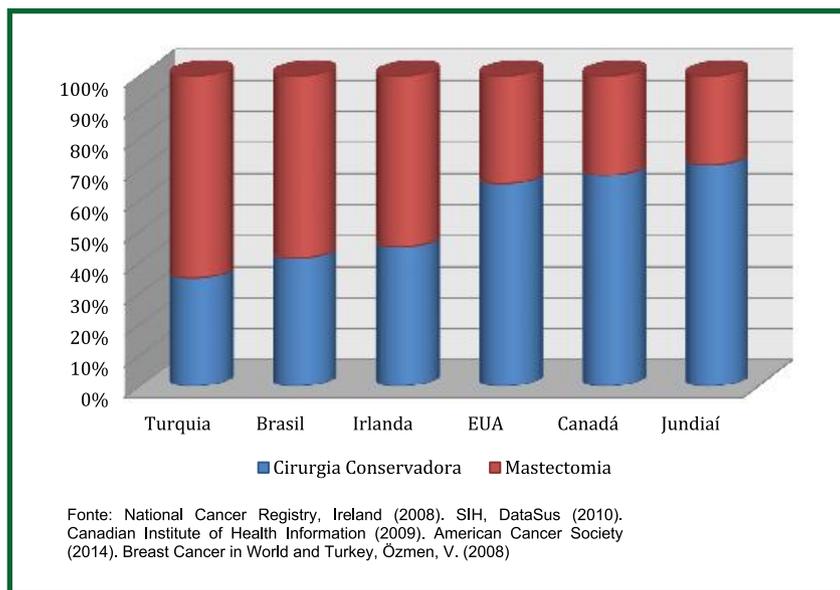


Figura 13 – Relação entre cirurgia conservadora x mastectomia para tratamento do câncer de mama em diferentes países (%).

iniciais, assim como do uso cada vez maior da quimioterapia neoadjuvante. A regressão tumoral conseguida com este tratamento permite a conversão de cirurgia radical em conservadora, sem haver perda do controle local ou da sobrevida global das pacientes. Atualmente, mesmo para aqueles casos com doença localmente avançada, tem-se realizado quimioterapia neoadjuvante com o objetivo de se obter a redução da lesão e assim permitir cirurgia menos radical. No Brasil, aproximadamente 58% das pacientes com

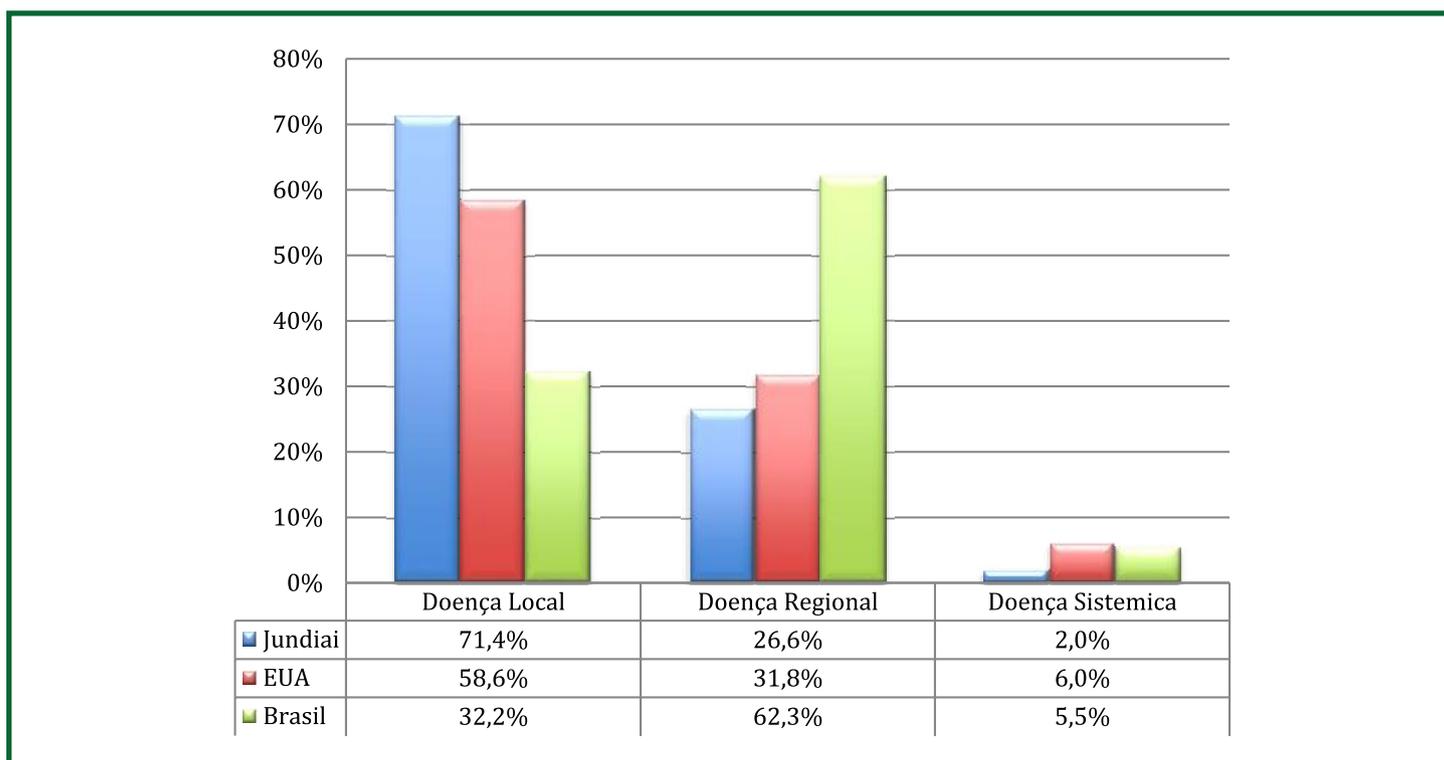


Figura 12 - Distribuição dos casos de câncer de mama em Jundiaí, EUA e Brasil, em função do estadiamento clínico, segundo dados do SEER norte-americano (2015) e do Projeto Amazonia do Grupo Brasileiro de Estudo do Câncer de Mama (GBECAM) (2009)

câncer de mama, são submetidas à mastectomia⁽¹²⁾. Na China, este número é de 78%⁽¹³⁾.



Reconstrução Mamária

As taxas de reconstrução mamária brasileiras são desconhecidas. Há apenas relatos de hospitais universitários. Desde 2012 leis federais definem que todo cidadão(ã) brasileiro(a), portador de neoplasia maligna, tem direito a receber tratamento em prazo de até 60 dias, contados a partir do diagnóstico (Lei Federal nº 12.732/12), e o direito a reconstrução mamária para mulheres submetidas a cirurgia radical ou conservadora (Lei Federal nº 12.802/13)¹⁴. Apesar das políticas de saúde brasileiras garantirem o acesso integral ao tratamento para o câncer, as condições para a sua execução ainda são insuficientes.

Os dados apresentados revelam que 47,6% das pacientes analisadas foram submetidas à reconstrução mamária. As técnicas de reparação após a quadrantectomia foram as mais frequentes. Na literatura há muito pouca informação sobre as estatísticas referentes a esta modalidade, visto que os sistemas de saúde mundo afora não a consideram obrigatória. As técnicas de reconstrução que seguem a mastectomia são bastante conhecidas. A sua execução requer o desejo da paciente e de condições clínicas mínimas. Dados publicados revelam que mulheres com maior escolaridade, maior nível socioeconômico

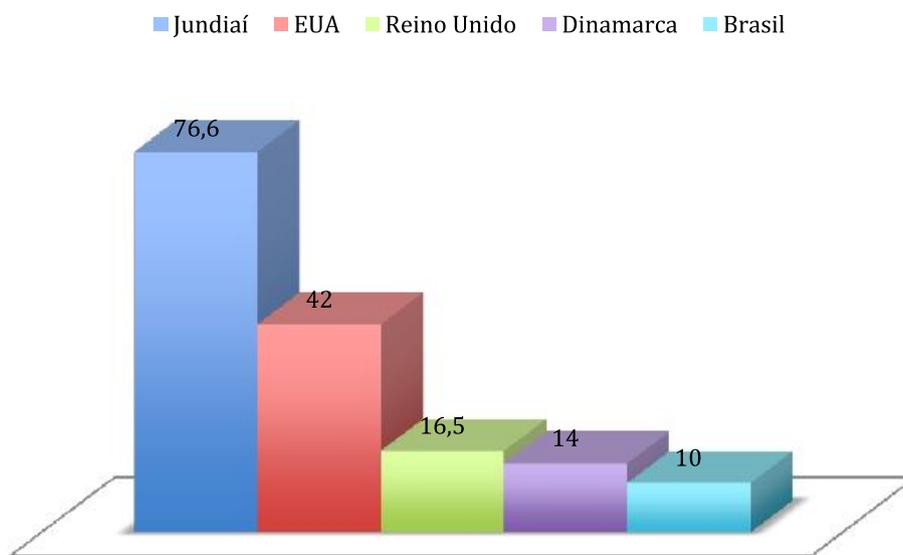
e idade abaixo de 60 anos, possuem maior chance de realizar o procedimento. As condições clínicas que o contraindicam, por sua vez, incluem: tumores que invadem a pele, presença de metástases (múltiplas e de mau prognóstico) e comorbidades clínicas importantes.

Os dados da saúde suplementar de Jundiaí revelam que 76,6% (23) das pacientes submetidas a mastectomia, realizaram a reconstrução mamária imediata. Expomos na figura 14 os dados comparativos às taxas de reconstrução imediata após mastectomia observadas em alguns países.



Conclusão

Os dados apresentados demonstram eficiência no diagnóstico precoce do câncer de mama, realizado pelos profissionais que atuam no sistema de saúde suplementar de Jundiaí. A conscientização tanto dos médicos, como dos pacientes, é fundamental para os resultados observados. As estratégias de combate à mortalidade por câncer de mama dependem sobremaneira das informações epidemiológicas. Dessa forma fica a proposta de criação de modelo que colete as informações de todos os hospitais do município relacionadas ao câncer de mama. Desta forma tanto o SUS, como a medicina suplementar, poderão aperfeiçoar o diagnóstico e o tratamento desta doença, e, por assim dizer, salvar mais vidas de mulheres jundiaieenses.



Fonte: Adaptado de Platt et cols, 2011¹⁵ e Howard-McNatt, 2013¹⁶ e SIH, DataSus, 2010.

Figura 14 - Taxas de reconstrução mamária após a mastectomia em diferentes regiões do mundo (%)



Autoria: Rodrigo Gregório Brandão
Graduação em medicina pela Universidade São Francisco - Bragança Paulista
Residência Médica em Mastologia pela EPM - UNIFESP
Mestrado em Ciências Médicas pela EPM - UNIFESP
Fellow em Cirurgia Reparadora da Mama no IEO - Milão, Itália
Doutorando em Ciências Médicas pela EPM - UNIFESP

Referências

1. IBGE, Disponível em www.ibge.gov.br Acessado em 10/6/2016
2. A Saúde Suplementar no Brasil. Disponível em www.planodesaude.net.br Acessado em 28/5/2016.
3. INCA. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em www.inca.gov.br Acessado em 28/5/2016.
4. Gonzaga C.M., Freitas-Junior R., Curado M.P., Sousa A.L., Souza-Neto J.A., et al. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. BMC Public Health. 2015 Feb 7;15:96.
5. Schwartzmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health program. Journal of Clinical Oncology. 2001;19(18):118s-124s
6. DeSantis, C.E., Fedewa, E.S., Sauer, A.G., Kramer, J.L., et cols. Cancer Statistics, 2015: Convergence of Incidence Rates Between Black and White Women. CA Cancer J Clin 2016;66:31-42.

7. Cancer reserch UK. Disponível em www.cancerresearchuk.org/ Acessado em 25/5/2016
8. Breast Cancer Before Age 40Years. Andersa, C.K., Johnsonb, R., Littonc, J., Phillipsd, M., Bleyere, A. Semin Oncol. 2009 Jun; 36(3): 237-249.
9. Ries, L.; Melbert, D.; Krapcho, M., et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005. National Cancer Institute.
10. Breast Cancer Control in Canada A SYSTEM PERFORMANCE SPECIAL FOCUS REPORT. Disponível em www.cancerview.ca Acessado em 20/5/2016
11. Agarwal, S., Pappas, L., Neumayer, L., Kokeny, K., Agarwal, J. Effect of Breast Conservation Therapy vs Mastectomy on Disease-Specific Survival for Early-Stage Breast Cancer FREE. JAMA Surg. 2014;149(3):267-274.
12. Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Departamento de Informática do SUS. Disponível em www2.datasus.gov.br/DATASUS Acessado em 20/5/2016.
13. Yu K.D., Di G.H., Wu J., Lu J.S., Shen K.W., Shen Z.Z., Shao Z.M. Development and trends of surgical modalities for breast cancer in China: a review of 16-year data. Ann Surg Oncol. 2007 Sep;14(9):2502-9
14. Nicolaou, P. K., Padoin, L. V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. Rev Bras Mastologia. 2013;23(3):92-94
15. Platt, J., Baxter, N., Zhong, T. Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. CMAJ, December 13, 2011, 183(18).
16. Howard-McNatt, M. Patients opting for breast reconstruction following mastectomy: an analysis of uptake rates and benefit. Breast Cancer: Targets and Therapy 2013;5 9-15



Conheça as vantagens do Núcleo de Mama da Jundimagem

- Ausência de laudos inconclusivos
- Complementações automáticas
- Não liberamos laudo BI-RADS® 0
- Comunicação do médico solicitante sobre laudos positivos (BI-RADS® 4 e 5)



www.jundimagem.com.br