

**Comentário sobre o artigo de Tesser & d'Ávila**  
 Comment on the paper by Tesser & d'Ávila  
 Comentario acerca del artículo de Tesser & d'Ávila

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO010516>

Luiz Henrique  
 Gebrim <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Estadual Pérola Byington, São Paulo, Brasil.  
 lgebrim@uol.com.br

**A detecção precoce do câncer de mama no Brasil**

Apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos no Brasil e detectar tumores não palpáveis, o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis supera 180 dias em grande parte do país. O atendimento na rede primária de saúde é deficiente, faltam diretrizes para encaminhamentos e solicitação de exames subsidiários ao profissional de saúde que atende essas pacientes. Outro aspecto importante é a falta de referências secundárias para a realização da biópsia ambulatorial dos casos suspeitos, contribuindo assim para o retardo da biópsia diagnóstica e longo tempo para o agendamento da consulta especializada nos centros de referências (UNACON – unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, ou CACON – Centros de assistência de alta complexidade em oncologia).

São raras as publicações que retratam a atual realidade da assistência às pacientes pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>1,2,3</sup>. Segundo estimativas do Ministério da Saúde em 2014, cerca de 54 mil novos casos foram diagnosticados no país, sendo cerca de 55% em estádios avançados. A terapêutica dos casos avançados, além de mais onerosa, apresenta chances de cura inferiores a 30%. Dessa maneira, a detecção precoce e principalmente o tratamento em estágios iniciais aumentam substancialmente as chances de cura, diminuindo também o gasto com o tratamento.

A escassez de dados no Brasil favorece a discussão para abordagens empíricas por muitas sociedades médicas, mídia, ONGs e até mesmo universidades públicas, dificultando os legisladores e gestores da saúde na tomada de decisões custo/efetiva para a redução da mortalidade por câncer de mama. Assim, a aquisição de mamógrafos para rastreamento e a ampliação do gasto com quimioterápicos demandam espaço na mídia como prioridades aos gestores.

Frente ao contexto situacional no Brasil, pode-se inferir que a mais efetiva estratégia para a maioria da população brasileira beneficiária do SUS com doença sintomática detectada pela pa-

ciente (nódulos maiores que 3cm), seria disseminar a prática do exame clínico das mamas pelos profissionais da saúde capacitados e estruturar uma rede de média complexidade ágil para a confirmação diagnóstica, dotada de mamógrafo, ultrassom e equipe treinada para realizar a biópsia por agulha grossa (core) imediata, oferecendo o resultado anatomopatológico em sete dias e exame imunoistoquímico para os casos positivos em até trinta dias, assegurando o início do tratamento em curto período de tempo.

Alguns autores consideram o tempo para a primeira consulta referenciada superior a 90 dias como retardo no diagnóstico. Estudos realizados no Canadá e Inglaterra revelam que o tempo médio para atendimento especializado e início do tratamento é entre 15 e 61 dias. Ao contrário, na África, Oriente e Leste Europeu, o tempo para início do tratamento supera 7 meses. Segundo Eramah et al. <sup>4</sup>, a mediana para consulta na Líbia foi de 4 meses e de diagnóstico de 7,5 meses.

Essa é a linha que defendemos com um projeto financiado pela Susan Komen (Estados Unidos) para replicar em seis grandes cidades brasileiras, pela experiência com o modelo de atendimento resolutivo em consulta única implantado no Hospital Estadual Pérola Byington de São Paulo em 2005. No período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, foram tratadas 3.568 pacientes referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao Centro de Alta Resolutividade (CARE), para atendimento especializado e os exames complementares, quando necessários (mamografia, ultrassom ou biópsia ambulatorial) realizados no mesmo dia <sup>5</sup>.

Ao avaliar o estadiamento cirúrgico das pacientes, observou-se que o contingente delas nos estádios avançados (III e IV) representou 31,7%. A porcentagem de pacientes com tumores *in situ* foi de 8%; 17% no estágio I; 44% no II; 28% no III; e apenas 3% no estágio IV. A proporção de casos no estágio III foi inferior aos referidos pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva <sup>6</sup>. Tal evidência pode ser explicada por uma redução no tempo para diagnóstico e início do tratamento, trazendo um maior contingente de pacientes do estágio III para os iniciais. A amostragem representou cerca de 30% dos casos novos tratados pelo SUS na cidade de São Paulo no período. Esse resultado mostra de forma clara que a falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois em 3 ou 6 meses, parte das neoplasias, em especial as mais agressivas das pacientes pertencentes ao estágio II, progrediria para o III ou IV.

Apesar de não haver um programa de rastreamento voltado para o câncer de mama no Brasil,

o rastreamento oportunístico realizado no Estado de São Paulo e a investigação complementar com biópsia estereotáxica das alterações mamográficas suspeitas (Bi-Rads 4 e 5) permitiram diagnosticar e tratar conservadoramente 105 pacientes com carcinoma *in situ*, o que representou 9,1% das pacientes tratadas.

Cerca de 20% da população brasileira têm plano de saúde complementar, mantido por entidades privadas. Apesar da heterogeneidade das coberturas dos diferentes níveis de apólices, os beneficiários têm acesso a exames e procedi-

mentos de rastreamento do câncer ginecológico e mamário conforme as diretrizes internacionais, validadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

O rastreamento mamográfico oportunístico vem sendo realizado no Brasil às pacientes com idade superior a 40 anos, pertencentes à rede de saúde complementar e, em alguns estados do Sudeste, a uma expressiva proporção de usuárias do SUS. Nesse contexto, deve secundariamente ser considerado até que se conheça melhor a custo/efetividade ou o impacto nos indicadores de mortalidade do país.

1. Smith EC, Ziogas A, Anton-Culver H. Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg* 2013; 148:516-23.
2. Rezende MC, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LC. Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer in a dedicated health unit in Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31:75-812.
3. Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro hospitalar de câncer. <http://200.144.1.68/cgi-bin/tabnet.rhc/rhc-geral.def> (acessado em 25/Mar/2014).
4. Eramah E, Abdalla F, Buhmeida A, Larbesh E, Pyrhonen S, Collan Y. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. *BMC Research Note* 2012; 5:442-6.
5. Gebrim LH, Shida JY, Hegg R, Topis T, Mattar A. Avaliação do tempo de início do tratamento, estadiamento histopatológico e positividade dos biomarcadores (RE, RP, HER-2) em 3.566 pacientes tratadas pelo SUS no período de 2012 a 2014, no Hospital Pérola Byington. *Rev Bras Mastologia* 2014; 24:65-9.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012 – incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2011.