UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ALAN WALERRY DOS SANTOS

MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE MAMA EM MULHERES NO ESTADO DE SERGIPE

ARACAJU/SE
2016

ALAN WALERRY DOS SANTOS

MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE MAMA EM MULHERES NO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Sergipe (UFS), para encerramento do componente curricular e conclusão da Graduação em Medicina.

Orientador (a): Dr. Menilson Menezes.

ARACAJU/SE

2016

ALAN WALERRY DOS SANTOS

MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE MAMA EM MULHERES NO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Sergipe (UFS), para encerramento do componente curricular e conclusão da Graduação em Medicina.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Menilson Menezes UFS/CCBS/DME Orientador	Nota
Prof. UFS/CCBS/DME 1º Examinador	Nota
Prof. UFS/CCBS/DME 2º Examinador	Nota

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser Pai nos momentos de alegria e tristeza, por ser o caminho nos momentos de incertezas e pelas graças por ele concedidas em toda a minha vida.

Aos meus pais, irmãos, e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao professor orientador Menilson Menezes, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e apoio constantes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....8
2.1 Epidemiologia.....8
2.2 Fatores de Risco.....9
2.3 Rastreamento.....9
2.4 Diagnóstico.....10
2.5 Estadiamento.....10
2.6 Tratamento.....11
3 OBJETIVO (S).....12
4 METODOLOGIA.....13
5 RESULTADOS.....14
6 DISCUSSÃO.....20
7 CONCLUSÃO.....22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....23
ANEXO (S).....27
Tabela X: Mortalidade por faixa etária no Brasil.
Tabela XI: Mortalidade por faixa etária nos Estados do Brasil.
Tabela XII: Ordem decrescente de mortalidade por Regionais de Saúde em Sergipe.
Tabela XIII: Ordem decrescente de mortalidade em valor absoluto nos Municípios do Estado de Sergipe.
Tabela XIV: Ordem decrescente de mortalidade em taxa bruta nos Municípios do Estado de Sergipe.
Tabela XV: Ordem decrescente de mortalidade em taxa padronizada nos Municípios do Estado de Sergipe.

1 INTRODUÇÃO

Embora conhecido há séculos, o câncer (CA) passa a configurar um problema de saúde pública apenas no final do século XX, em virtude do aumento de sua prevalência no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis. Dentre os fatores que contribuíram para este fato, estão a intensa urbanização, enormes avanços tecnológicos e valorização das ações de promoção e prevenção de saúde, permitindo uma maior longevidade da população[1].

Em virtude de sua intensidade e abrangência, a neoplasia de mama é marcada por políticas públicas que visam controle da patologia desde a década de 80, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, focada na mulher em seu ciclo gravídico-puerperal. Posteriormente, foi lançado o Programa Viva Mulher, a Política Nacional de Atenção Oncológica, o Consenso de 2004 que trata do CA de mama e por último o Pacto pela Saúde, em 2006, que traz as metas e ações de controle para a neoplasia referida[2].

Em 1997 o Programa Viva Mulher surge através de um projeto piloto organizado pelo Ministério da Saúde e pelo INCA para o controle do câncer do colo uterino, com a implantação, no ano seguinte, do Sistema de Informação em Saúde de Controle do Câncer de Colo Uterino[3]. As ações do Viva Mulher, apesar de mais voltadas para os tumores de colo uterino, contemplavam também ações de detecção precoce dos tumores de mama.

Apesar de ter causas ainda desconhecidas, o câncer de mama aumenta significativamente com a idade, raramente sendo detectado antes dos 25 anos. No Brasil, o câncer de mama é o mais prevalente no sexo feminino, entre 40 e 69 anos, sendo a maior causa de morte por câncer entre as mulheres. Em geral, este câncer tem fatores de risco ligados a três aspectos principais: à idade, a aspectos endócrinos e genéticos[4, 5].

Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir mortalidade específica[6,7]. Da mesma forma, em uma revisão sistemática, atrasos de três a seis meses entre o sintoma inicial e o tratamento adjuvante foram claramente associados com a diminuição da taxa de sobrevivência destas pacientes[8]. Além disso, atrasos de seis a 12 meses no diagnóstico de câncer de mama assintomático estão associados com a progressão da doença, determinados pelo aumento do risco de metástase linfonodal e maior tamanho do tumor[9]. No entanto, há estudos que observaram que atrasos maiores que 60 dias entre a detecção do primeiro sintoma pelo médico e o diagnóstico definitivo não afetam o prognóstico da paciente com câncer de mama[10, 11], porém pode influenciar na sobrevida.

O conhecimento dos fatores prognósticos é de fundamental importância na determinação dos programas terapêuticos. Uma terapia baseada em uma avaliação prognóstica possibilita a aplicação das diferentes modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer com a intensidade e a efetividade adequada e individualizada para aquele paciente específico[12]. A taxa de sobrevida de 5 anos é de 98%, câncer é limitado à mama, se o câncer espalha-se para os linfonodos regionais, a taxa de sobrevida em 5 anos é de 84%. Caso o câncer tenha se espalhado para sítios distantes, a taxa de sobrevida de 5 anos passa para 23% [13]. Estudos com pacientes atendidos no INCA mostram que para os tumores da mama a taxa de sobrevida geral, em cinco anos, foi de 80% no estádio *insitu* e 52% no estadio IIa; quando analisado o estadio IIb, IIIa e IIIb os valores foram respectivamente de 70%, 50% e 32%, o estadio IV foi o menor, tendo uma taxa de apenas 5% de sobrevida em cinco anos[14].

No Brasil, entre 1980 e 2000, a mortalidade bruta pelo câncer de mama passou de 6,14 para 9,64 por 100 mil mulheres, resultando em um aumento de 57%. As taxas de mortalidade por câncer de mama no país continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados[15].

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção apresentaremos definições e conceitos relativos à neoplasia de mama. Serão apresentadas considerações concernentes à citada enfermidade, tais como: i) epidemiologia; ii) fatores de riscos; iii) rastreamento; iv) diagnóstico; v) estadiamento; vi) tratamento.

2.1 EPIDEMIOLOGIA

Dentre as neoplasias em geral, o câncer de mama (CM) é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum em mulheres sendo a principal causa de morte por malignidade em muitos países. Constitui-se o câncer de maior incidência no Brasil e, na atualidade, é um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, devido ao aumento progressivo de sua incidência, à falta de informação da população e à incapacidade tecnológica atual de prevenção da doença.

No Brasil, o câncer de mama é o mais prevalente no sexo feminino, entre 40 e 69 anos, sendo a maior causa de morte por câncer. De acordo com a "Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006", publicada pelo Instituto do Câncer (INCA), o câncer de mama foi o segundo mais incidente, com 48.930 casos, abaixo apenas do câncer de pele não-melanoma[1]. A taxa de mortalidade relacionada ao câncer corresponde a 15%, sendo que seus índices apresentam-se crescentes e elevados, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados[16].

O câncer, conforme o Ministério da Saúde trata-se de uma proliferação tecidual anormal, tendendo à autonomia e perpetuação que foge parcial ou totalmente do controle do organismo. O câncer de mama é um conjunto heterogêneo de doenças, que cursa com variadas manifestações clínicas e morfológicas[17].

A neoplasia da mama pode ser definida como a proliferação maligna das células epiteliais que margeiam os ductos ou lóbulos. Excetuando o de pele não melanoma, o de mama é o segundo tipo de tumor maligno mais freqüente no Brasil e no mundo, e o mais comum em mulheres, cerca de 1% de todo o câncer de mama é do sexo masculino, que se não tratado pode levar a morte dos pacientes. A estratégia diagnóstica é o programa mais efetivo para reduzir a mortalidade e a detecção precoce.

2.2 FATORES DE RISCO

Os principais fatores associados a um risco aumentado de desenvolver CM são: sexo feminino; uso de anticoncepcional oral; avanço da idade; menarca precoce; menopausa tardia; primeira gestação tardia; obesidade na pós-menopausa; exposição à radiação ionizante em altas doses; exposição a pesticidas ou organoclorados; tabagismo; fatores geográficos na qual é mais comum em países desenvolvidos e industrializados, fato que justifica sua maior incidência na Europa e América do Norte; história de doença mamária benigna, mulheres com história prévia de câncer de mama possuem risco de 50% de desenvolver um câncer microscópico e um risco de 20 a 25% de desenvolver na mama contralateral; alta densidade mamária; história familiar em parentes de primeiro grau aumenta o risco da doença em duas a 2,5 vezes, já em parente de segundo e terceiro grau aumenta em 1,5 a duas vezes; genética com mutação do gene *BRCA1* que é responsável por 40% de todos os casos com o aumento de risco, sobretudo na pré-menopausa, gene *BRCA2* aumenta o risco principalmente na pós-menopausa.

Entre os fatores de risco, existem duas classes: I) os que podem ser modificados (hábitos e estilo de vida): dieta rica em gordura, sedentarismo, estresse, obesidade, tabagismo, alcoolismo, uso de anticoncepcionais por longo tempo, radiação ionizante, hipotireoidismo e história de vida reprodutiva da mulher, amamentação, nuliparidade, ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, idade da menarca e da menopausa**.** II) os que não podem ser modificados (características que constituem o indivíduo): a herança genética, predisposição familiar, idade. Assim, quanto maior a idade maior o risco, sobretudo quando não foram postas em prática as medidas de autocuidado desde a infância[18].

2.3 RASTREAMENTO

O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100%. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado[19]. As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O risco de câncer de mama aumenta com a idade e o rastreamento populacional para essa doença deve ter como alvo as mulheres na faixa etária de maior risco. Por recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a população alvo - mulheres de 40 a 49 anos - o exame clínico das mamas deve ser anual e, se este estiver alterado, deve ser realizada a mamografia; em mulheres de 50 a 69 anos o exame clínico das mamas deve ser anual e mamografia de dois em dois anos; em mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado, o exame clínico das mamas e mamografia deve ser anual[20].

2.4 DIAGNÓSTICO

O câncer de mama pode ser detectado pelo autoexame das mamas e/ou pela realização de mamografia e/ou ultra-sonografia, devendo ser confirmado por meio da biópsia da lesão[21]. A biópsia pode ser feita pela punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou punção aspirativa por agulha grossa (*core biopsia*) em ambos devem conter todos os elementos necessários para o adequado manejo clínico da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico[22]. Os fatores prognósticos mais aceitos e reconhecidos cientificamente para os tumores de mama são: tamanho do tumor, condição dos linfonodos axilares, receptores hormonais, tipo histológico, idade, história familiar, nível sócio-econômico, angiogênese, catepsina D, ácido desoxirribonucleico (ADN), micro metástases e c-erb-2[23].

2.5 ESTADIAMENTO

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão que se originou o tumor ou quando ela se estende a outros órgãos.

Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento.

O estadio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente, entre outros[24].

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M).

Estes parâmetros recebem graduações, geralmente com letras de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

Além das graduações numéricas, as categorias T e N podem ser subclassificação em graduações alfabéticas (a, b, c). Tanto as graduações numéricas como as alfabéticas expressam o nível de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos. O símbolo "X" é utilizado quando uma categoria não pode ser devidamente avaliada.

Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que, geralmente, variam de I a IV. Estes estádios podem ser subclassificados em A e B, para expressar o nível de evolução da doença[25, 26].

2.6 TRATAMENTO

O tratamento baseia nos fatores prognósticos e visa o controle locorregional e sistêmico do câncer de mama, de forma a proporcionar uma boa qualidade de vida as pacientes e diminuir as taxas de mortalidade. O tratamento cirúrgico para neoplasia malignas é de dois tipos: Cirurgias conservadoras e Cirurgias Radicais.

O tratamento cirúrgico do tipo cirurgias conservadoras limita-se a ressecção da área que contém o tumor com boa margem de segurança, segundo o Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia. Existem três modalidades cirúrgicas que podem ser empregadas neste tipo de tratamento, a saber: a tumorectomia, a setorectomia ou segmentectomia e a quadrantectomia.

Dentre as cirurgias radicais temos as mastectomias, que está indicado nos casos de tumores malignos infiltrantes que ocupam mais de 20% do volume da mama ou em caso de tumor localmente avançados; as mastectomias podem ser classificadas: em simples que corresponde à exérese apenas da mama ou mastectomias radicais na qual está indicada para tumores infiltrantes, nos quais o volume ou multicentricidade não permite a cirurgia conservadora. Como tratamento complementar pode ser feito a quimioterapia e radioterapia tanto para controle locorregional da doença como para controle e tratamento da metástase à distância[27, 28].

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar informações da mortalidade por neoplasia de mama em mulheres, no Estado de Sergipe, no período de 2004 a 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar informações relativas neoplasia de mama por faixa etária, em Sergipe;
- Levantar dados sobre a neoplasia de mama por Regionais de Saúde e Municípios no Estado de Sergipe;
- Inquirir informações dos valores absolutos, das taxas bruta e padronizada de neoplasia da mama.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e descritivo com dados colhidos de forma retrospectiva a partir do banco de dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Instituto do Câncer (INCA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2004 a 2013 no Estado de Sergipe.

Avaliação das variáveis, faixa etária; com estratificação de cinco grupos com intervalo de dez anos (30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79); as Regionais de Saúde estão divididas em: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá; e seus Municípios individualizados que englobam cada um das sete Regionais: I) Regional de Aracaju/SE: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga D'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão; II) Regional de Estância/SE: Arauá, Boquim, Estância, Cristinápolis, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba; III) Regional de Nossa Senhora da Glória/SE: Canindé do São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Porto da Folha e Poço Redondo; IV) Regional de Itabaiana/SE: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Nossa Senhora Aparecida, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos e São Miguel do Aleixo; V) Regional de Lagarto/SE: Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto; VI) Regional de Propriá/SE: Amparo do São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Muribeca, Neópolis, Nossa Senhora de Lourdes, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco e Telha; VII) Regional de Nossa Senhora do Socorro/SE: Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri.

Foi comparado os resultados dos valores absolutos, taxa bruta (número total de óbitos, por cem mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado) e taxa padronizada (adotada como padrão a população do Brasil de 2000).

Análise e interpretação das tabelas e gráficos dos dados de mortalidade por neoplasia da mama feminina CID C50, construídos através do programa *Microsoft Excel 2007*.

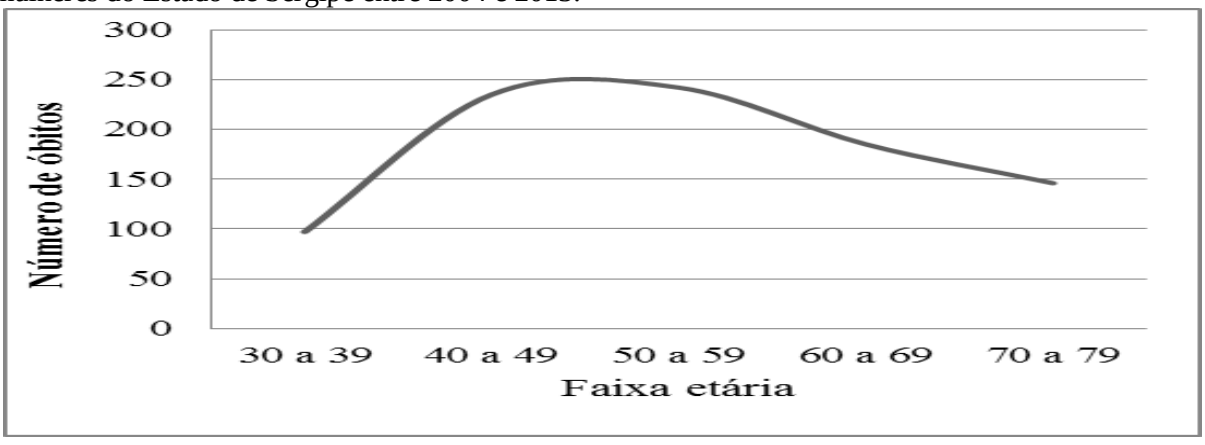
5 RESULTADOS

TABELA I: Mortes por câncer de mama em valor absoluto e percentual, por faixa etária de 30 a 79 anos, em mulheres do Estado de Sergipe no período de 2004 a 2013.

	Faixa Etária					Total de óbitos
Anos	**30 a 39**	**40 a 49**	**50 a 59**	**60 a 69**	**70 a79**	**Sergipe**
2004	09	10	20	10	08	57
2005	04	20	20	12	11	67
2006	05	20	20	13	09	67
2007	06	23	16	21	16	82
2008	10	28	28	12	12	90
2009	16	20	27	28	13	104
2010	08	21	21	16	19	85
2011	09	23	33	25	13	103
2012	15	34	26	28	24	127
2013	15	36	31	20	21	123
Total	97	235	242	185	146	905
%	10,71	25,96	26,74	20,44	16,13	100

A faixa etária de maior mortalidade foi dos 50-59 anos 242 (26,74%) e a de menor foi de 30-39 anos representando 97 (10,71%) óbitos. O ano de 2004 totalizou 57 óbitos com percentual de 6,29%, e 2012 representando 127 (14,03%).

GRÁFICO I - Mortes por câncer de mama em valor absoluto, por faixa etária de 30 a 79 anos em mulheres do Estado de Sergipe entre 2004 e 2013.



No gráfico o pico da parábola representa a maior incidência na faixa etária de 50 a 59 anos com intersecção em 242 óbitos.

TABELA II: Valor absoluto, taxas brutas e padronizadas de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, por regionais de Saúde em Sergipe, entre 2004 e 2013.

REGIONAIS DE SAÚDE	Valor Absoluto	Taxa Bruta (%)	Taxa Padronizada (%)
Região Aracaju	538	14,26	16,14
Região Nossa Senhora do Socorro	133	8,52	11,62
Região Lagarto	111	9,09	9,77
Região Itabaiana	93	7,99	8,86
Região Estância	82	7,14	8,98
Região Propriá	58	7,43	8,68
Região Nossa Senhora da Glória	38	5,02	6,45
Total	1053	-	-

A Região Nossa Senhora da Glória representa o menor valor absoluto 38 mortes, com taxa bruta de 5,02% e padronizada de 6,45%; a Região de Aracaju o maior valor absoluto com 538 mortes, 14,26% de taxa bruta e 16,14% de padronizada.

TABELA III: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Aracaju do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta (%)	Taxa Padronizada (%)
Aracaju	460	15,92	17,16
São Cristóvão	33	8,31	11,07
Itaporanga d'Ajuda	13	8,74	11,93
Laranjeiras	13	9,66	13,9
Riachuelo	07	14,8	20,6
Barra dos Coqueiros	05	4,33	5,85
Divina Pastora	05	24,49	33,22
Santa Rosa de Lima	02	10,58	14,17
Total	538	-	-

A cidade de Aracaju representa o maior valor absoluto 460 mortes, com taxa bruta de 15,92% e padronizada de 17,16%; e Santa Rosa de Lima o menor, com 2 mortes em valor absoluto e 10,58% de bruta e 14,17% de padronizada.

TABELA IV: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Estância do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta (%)	Taxa Padronizada (%)
Estância	21	6,48	7,41
Itabaianinha	16	8,3	10,5
Boquim	09	7,01	7,77
Arauá	08	14,73	18,88
Indiaroba	07	9,07	12,63
Tomar do Geru	07	10,68	13,98
Pedrinhas	05	11,57	14,61
Umbaúba	05	4,45	5,74
Cristinápolis	03	3,68	5,76
Santa Luzia do Itanhy	01	1,46	2,27
Total	82	-	-

O município de Estância representa o maior valor absoluto 21 mortes, com taxa bruta de 6,48% e padronizada de 7,41% e Santa Luzia do Itanhy o menor com 1 mortes em valor absoluto, 1,46% de bruta e 2,27% de padronizada.

TABELA V: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Nossa Senhora da Glória do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta (%)	Taxa Padronizada (%)
Nossa Senhora da Glória	12	7,76	9,09
Porto da Folha	10	7,59	9,7
Poço Redondo	06	4,03	5,54
Itabi	03	11,97	13,14
Canindé de São Francisco	02	1,71	2,16
Gararu	02	3,51	4,47
Feira Nova	01	3,6	4,4
Gracho Cardoso	01	3,6	3,71
Monte Alegre de Sergipe	01	1,5	2,13
Total	38	-	-

O município de Nossa Senhora da Glória representa o maior valor absoluto 12 mortes, com taxa bruta de 7,76% e padronizada de 9,09%; e Monte Alegre de Sergipe o menor com 1 mortes em valor absoluto, 1,5% de bruta e 2,13% de padronizada.

TABELA VI: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Itabaiana do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	**Valor Absoluto**	**Taxa Bruta (%)**	**Taxa Padronizada (%)**
Itabaiana	36	8,19	9,66
Campo do Brito	09	10,79	11,18
Frei Paulo	09	13,18	15,3
Carira	07	7,07	7,43
Macambira	07	21,68	18,69
Malhador	06	9,97	11,61
Areia Branca	04	4,7	6,41
Ribeirópolis	04	4,74	4,36
Pinhão	03	10,27	11,45
São Domingos	03	5,84	6,65
Moita Bonita	02	3,51	3,8
Nossa Senhora Aparecida	02	4,83	4,86
Pedra Mole	01	6,93	7,82
São Miguel do Aleixo	00	00	00
Total	93	-	-

O município de Itabaiana representa o maior valor absoluto 36 mortes, com taxa bruta de 8,19% e padronizada de 9,66%; e São Miguel do Aleixo o menor com 0 (zero) mortes.

TABELA VII: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Lagarto do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	**Valor Absoluto**	**Taxa Bruta (%)**	**Taxa Padronizada (%)**
Lagarto	38	8,07	8,81
Tobias Barreto	25	10,26	10,76
Simão Dias	19	9,50	9,66
Poço Verde	12	11,9	11,70
Salgado	09	8,13	10,34
Riachão do Dantas	08	8,13	9,39
Total	111	-	-

O município de Lagarto representa o maior valor absoluto 38 mortes, com taxa bruta de 8,07% e padronizada de 8,81%; e Riachão do Dantas o menor com 8 mortes em valor absoluto, 8,13% de bruta e 9,39% de padronizada.

TABELA VIII: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde da Região Propriá do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Municípios	**Valor Absoluto**	**Taxa Bruta (%)**	**Taxa Padronizada (%)**
Japoatã	11	14,61	19,35
Propriá	10	6,79	7,3
Neópolis	07	7,15	8,34
Aquidabã	06	5,9	6,52
Cedro de São João	05	18,03	18,34
Amparo de São Francisco	03	25,97	30,03
Brejo Grande	03	7,96	9,55
Canhoba	02	10,49	13,17
Ilha das Flores	02	4,56	4,89
Nossa Senhora de Lourdes	02	6,14	7,74
Pacatuba	02	3,27	4,25
Malhada dos Bois	01	5,49	6,84
Muribeca	01	2,72	2,95
Santana do São Francisco	01	3,01	3,67
São Francisco	01	6,62	7,7
Telha	01	6,86	8,81
Total	58	-	-

O município de Japoatã representa o maior valor absoluto 11 mortes, com taxa bruta de 14,61% e padronizada de 19,35%; e Muribeca o menor com 1 morte em valor absoluto, 2,72 de bruta e 2,95 de padronizada.

TABELA IX: Valor absoluto, taxa bruta e padronizada de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de Saúde Região Nossa Senhora do Socorro do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

Cidades	**Valor Absoluto**	**Taxa Bruta (%)**	**Taxa Padronizada (%)**
Nossa Senhora do Socorro/SE	66	7,78	12,7
Nossa Senhora das Dores/SE	17	13,86	16,81
Capela/SE	11	7,5	8,47
Japaratuba/SE	09	11,07	12,79
Maruim/SE	08	9,82	13,29
Carmópolis/SE	05	7,88	10,93
Pirambu/SE	04	9,24	14,57
Rosário do Catete/SE	04	8,89	11,94
Santo Amaro das Brotas/SE	03	5,28	6,4
Cumbe/SE	02	10,51	11,1
General Maynard/SE	02	14,17	14,57
Siriri/SE	02	5,24	6,39
Total	133	-	-

O município de Nossa Senhora do Socorro representa o maior valor absoluto 66 mortes, com taxa bruta de 7,78% e padronizada de 12,7%; e Siriri o menor com 2 mortes em valor absoluto, 5,24% de bruta e 6,39% de padronizada.

6 DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil de óbitos por neoplasia maligna de mama feminina, no Estado de Sergipe, entre os anos 2004 a 2013, mostrando que no período de 10 anos (análise) foram encontrados 905 óbitos, sendo que o predomínio foi na faixa etária de 50-59 anos com um total de 242 (26,74%). Entretanto, deve-se observar que a mortalidade na faixa etária de 40-49 anos em 2012 e 2013 foi respectivamente de 34 e 36 mortes, maior que a de 50-59 anos (26 e 31, respectivamente), atingido um total de 235 (25,96%,) óbitos. Ao comparar com a faixa etária dos Estados brasileiros (tabela X em anexo), observa-se que seus resultados foram iguais aos nossos achados no valor absoluto para faixa etária de 50-59 anos, exceto o Acre na qual predominou na faixa etária de 40-49 anos de idade. Os nossos achados foram semelhantes ao encontrado no Brasil como todo.

Pode-se observar que a cada ano há uma tendência geral no aumento do valor absoluto de mortalidade por neoplasia de mama no Estado de Sergipe, principalmente para faixas etárias acima de 59 anos. Estudos de indicadores sociais relacionam de um modo geral, esses tais aumentos à expectativa de vida da população feminina brasileira, que passou de 74,4 anos em 2000 para 78,6 anos em 2013, a do Estado de Sergipe aumentaram de 72 anos em 2000 para 75,4 em 2010 no sexo feminino[29], na qual é evidente que até na faixa etária entre 70-79 anos mostra também aumento de óbito em Sergipe, ocorridos nos anos 2012 e 2013 (tabela I).

A idade é um fator importante para o aumento da incidência do câncer de mama na população como um todo, em Sergipe a população de idosas, em 2010, que representa 5,04[30] %, foi encontrado um aumento de neoplasia maligna de mama por com envelhecimento mais tardio. A população brasileira vem apresentando envelhecimento mensurável nas últimas décadas. Em 1940, os idosos respondiam por cerca de 4% da população; no ano de 2014 esse percentual atingiu os 13%[31]**.** Nos EUA, 77% das mulheres com este câncer têm 50 anos ou mais[32], no Brasil sua maior incidência dos 50 aos 59 anos**,** porém tem sido observado uma tendência de aumentado nas mulheres com mais de 60 anos (tabela XIII em anexo), o que corresponde a um aumento populacional acima nessa faixa etária, no qual já se verificou que no ano de 2000 esta população era em torno de 8,0 milhões e em 2010[33] de 11,4 milhões de mulheres.

A regional de Saúde Aracaju, tabela II, predominou os óbitos, em valores absolutos (538 óbitos), taxa bruta (14,26%) e padronizada (16,14%), e a cada ano houve aumento progressivo, passando de 38 em 2004 para 76 em 2013 (tabela XI em anexo), representado um

aumento de 200%. Nas outras Regionais de Saúde, houve também aumento no decorrer dos anos (tabela XI em anexo), entretanto, em valor absoluto foi menor que a da Região de Aracaju, como pode ser observada nas outras Regionais: Nossa Senhora do Socorro (133), Lagarto (111) e Itabaiana (93). Um dos fatores para esses aumentos pode estar na relação entre atraso no diagnóstico e início do tratamento. Para terapêutica de neoplasia mamária é necessária uma intervenção cirúrgica o mais precoce para evitar complicações metastáticas, que pode levar a complicações de óbitos, mesmo porque que quanto mais rápido for iniciado o tratamento do câncer mamário (tumores iniciais), maior será a chance da cirurgia ser curativa e de não ocorrer disseminação da doença levando a complicações e óbito da paciente [34,35].

Em relação aos municípios do estado de Sergipe, a mortalidade por neoplasia de mama (tabela XII em anexo), Aracaju obteve o maior número de óbitos, em valor absoluto, registrado no período (460), seguida por Nossa Senhora do Socorro (66), Lagarto (38), Itabaiana (36) e São Cristóvão (33). Esses municípios estão entre os quais tem uma grande densidade demográfica, bem como alta taxa urbanização. Estudos recentes demonstram que o crescimento demográfico, a urbanização da sociedade e as condições socioeconômicas são fatores consideráveis de risco para o câncer de mama [36,37], fatores que podem estar associados ao crescente número de óbitos desses municípios. Entretanto, em taxa bruta Amparo do São Francisco obteve o maior índice (25,97%), tabela VIII. Divina Pastora apresentou a maior taxa padronizada (24,49%), tabela III. O que chama atenção é o município de São Miguel do Aleixo que não obteve óbitos, que corresponde a de municípios de baixíssima densidade demográfica[38, 39, 40] e ainda justificados pela falta de informação de diagnostico da patologia mamária e a migração dessa população para sede Aracaju[41].

7 CONCLUSÃO

- A faixa etária de maior incidência de mortalidade de câncer de mama em Sergipe foi dos 50-59 anos de idade.

- A regional de Saúde Aracaju apresentou os maiores valores absolutos, taxa bruta e padronizada para mortalidade neoplasia maligna de mama para o Estado de Sergipe.

- O município Aracaju apresentou maior incidência de mortalidade em neoplasia maligna de mama em Sergipe em valores absolutos.

- O município Amparo do São Francisco, apresentou maior incidência de mortalidade em neoplasia maligna de mama em Sergipe em taxa bruta.

- O município Divina Pastora, apresentou maior incidência de mortalidade em neoplasia maligna de mama em Sergipe em taxa padronizada.

Estudos complementares são necessários para avaliar questões socioeconômicas e de urbanização, bem como campanhas educativas, sistemas de informatização e capacitação de municípios menos favorecidos economicamente políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de neoplasia de mama no Estado de Sergipe.

REFERÊNCIAS

1. Gozzo TO. Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da saúde, 2006.

3. Bicalho SM, Aleixo JLM. O programa Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de mama. Revista Mineira de Saúde Pública. 2002, n.01, ano 01. [acesso em: 20 de outubro de 2015] Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-R&lr=&q=cache:dMtfwbGzlSIJ:www.esp.mg.gov.br/comunicacao/imagens_comunicacao/revista/REVISTA%252001.pdf+o+programa+viva+mulher>.

4. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. Rev. Bras. Enferm. [periódico da internet]. 2010 [acesso em 20 de outubro de 2015]; 63 (4): 517-22. Disponível em: < http://www.scielo.br/ pdf/reben/v63n4/03.pdf>.

5. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [acesso em: 20 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

6. Caplan LS, Edwards BK, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Prev Med. 1996; 25 (2):218-24.

7. Nystrom L, Rutqvist LE, Wall L. Breast cancer screening with mammography: overview of the Swedish randomized trials. Lancet 1993; 341(8851):973-8.

8. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999; 353 (9159): 1127-31.

9. Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, *et al*. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. Cancer. 2002; 94 (8):2143-50.

10. Dennis CR, Gardner B, Lim B. Analysis of survival and recurrence vs. patient and doctor delay in treatment of breast cancer. Cancer. 1975; 35(3):714–20.

11. Afzelius P, Zedeler K, Sommer H, Mouridsen HT. Blichert-Toft M. Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications. Acta Oncol. 1994; 33 (4):345-51.

12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Produção ambulatorial do SUS. Datasus, 1999. [acesso em: 5 de novembro 2015]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br.

13. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública. 23 (5): 1061-1069, 2007.

14. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [acesso em: 10 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_sobrevida.pdf

15. Clark GM. Prognostic and predictive factors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, editors. Diseases of breast. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 461-470.

16. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [acesso em: 10 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa.

17. Ricci MD, Pinotti JA, Carvalho FM, Pinotti M, Giribela AHG. Influência da preservação da pele em cirurgia conservadora por câncer de mama sobre as taxas de recorrência local a 2 - distância. Rev. Bras. de Ginecol. Obstet. [periódico da internet]. 2003 [acesso em: 10 de outubro de 2015]; 25 (6): 403-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01007203200300060004>.

18. Simeão, Fiorelli de AP. *et al*. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, mar. 2013.

19. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2th ed. Geneva: WHO, 2008.

20. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. [acesso em:10 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br.

21. Câncer de mama: detecção precoce. [Acesso em: 15 de outubro 2015]. Disponível em: www2.inca.gov.br/wps/wcm/cancer_mama/deteccao_precoce.

22. Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Projeto Diretrizes: diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Sociedade Brasileira de Mastologia. [acesso em: 15 de outubro 2015]. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br.

23. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 48, n. 1, p. 113/31, 2002. [acesso em: xx xxx xxxx]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>.

24. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [acesso em: 10 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=22

25. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), editora Revinter 1° Edição, 2011.

26. Boff RA, Wisintainer F. Mastologia Moderna, Editora Mesa Redonda 1º Edição, 2006.

27. Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. Manual de Diagnóstico e Terapêutico em Mastologia, Editora Mesa Redonda, 2° Edição, 2008.

28. Conceição JCJ. Ginecologia Fundamental. 1° Edição Atheneu, 2005.

29. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [acesso em: 10 de outubro de 2015]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a11fb.htm.

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 10 de novembro de 2015]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,28&cat=2,-2,8,128,129&ind=4711

31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 10 de novembro de 2015]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br.

32. American Cancer Society. [Acesso em: 10 de novembro de 2015]. Disponível em: http://www.cancer.org/docroot /STT/ stt_ 0_2003.asp?sitearea=STT&level=1.

33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 9 de junho de 2016]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,28&cat=2,-2,8,128,129&ind=4711

34. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez A.J. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999; 353(9159): 1119-26.

35. Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, *et al*. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. Eur J Cancer Prev. 2001; 10(1):53-9.

36. Torio CM, Klassen AC, Curriero FC, Caballero B, Helzlsouer K. The modifying effect of social class on the relationship between body mass 11. index and breast cancer incidence. Am J Public Health. In press 2009.

37. Wong IO, Cowling BJ, Schooling, CM, Leung GM. Age-period-cohort projections of breast cancer incidence in a rapidly transitioning Chinese 12. population. Int J Cancer. 2007; 121(7): 1556-63.

38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 5 de junho de 2016]. Disponível em URL: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280010&search=sergipe|amparo-de-sao-francisco.

39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 5 de junho de 2016]. Disponível em URL: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280200&search=sergipe|divina-pastora.

40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Século XX (*on-line*). [acesso em: 5 de junho de 2016]. Disponível em URL: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280700&search=sergipe|sao-miguel-do-aleixo.

41. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para sua redução. Femina, 2012, vol 40, n°1. [acesso em: 5 de junho de 2016]. Disponível em URL: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n1_31-36.pdf

ANEXO (S)

TABELAS

TABELA X: Mortalidade por câncer de mama em valor absoluto, por faixa etária de 30 a 79 anos, em mulheres no Brasil no período de 2004 a 2013.

Ano	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
2004	666	1853	2471	1972	1636
2005	667	1967	2555	2043	1686
2006	736	1977	2724	2196	1828
2007	729	2030	2720	2252	1783
2008	777	2122	2969	2406	1926
2009	847	2142	3014	2369	1943
2010	826	2203	3203	2654	2073
2011	859	2322	3180	2851	2097
2012	913	2304	3335	2922	2146
2013	928	2426	3499	3066	2230
TOTAL	**7948**	**21346**	**29670**	**25731**	**19348**

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

Tabela XI: Ordem decrescente de mortalidade por câncer de mama, por faixa etária de 30 a 79 anos em mulheres nos Estados do Brasil no período de 2004 a 2013

N°	Estados	Total	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
01	São Paulo	28307	2010	5493	8045	7024	5735
02	Rio de Janeiro	14684	980	2814	4245	3643	3002
03	Minas Gerais	9521	705	2001	2756	2257	1802
04	Rio Grande do Sul	8870	452	1574	2519	2344	1981
05	Paraná	6182	472	1267	1765	1514	1164
06	Bahia	5044	532	1186	1444	1070	812
07	Pernambuco	4644	390	981	1372	1134	767
08	Ceará	3742	345	844	1032	877	644
09	Santa Catarina	3476	289	756	1014	828	589
10	Goiás	2514	243	586	741	584	360
11	Espírito Santo	1868	147	420	554	423	324
12	Pará	1615	176	417	480	330	212
13	Paraíba	1507	111	324	427	341	304
14	Distrito Federal	1398	111	308	417	336	226
15	Rio Grande do Norte	1272	103	269	403	284	213
16	Maranhão	1253	143	330	363	236	181
17	Mato Grosso do Sul	1225	95	260	369	306	195
18	Piauí	1126	99	274	339	240	174
19	Alagoas	1053	125	254	293	213	168
20	Mato Grosso	1014	109	262	306	207	130
21	Sergipe	905	97	235	242	185	146
22	Amazonas	811	93	214	241	174	89
23	Rondônia	395	47	109	122	75	42
24	Tocantins	314	40	81	84	60	49

N°	Estados	Total	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
25	Acre	121	15	34	33	20	19
26	Amapá	98	13	33	39	8	5
27	Roraima	95	17	20	25	18	15
	BRASIL	**103054**	**7959**	**21346**	**29670**	**24731**	**19348**

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

TABELA XII: Ordem decrescente de mortalidade por câncer de mama, em mulheres em valores absolutos, por regionais de Saúde em Sergipe, entre 2004 e 2013.

N°	Regional de Saúde	Total	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01	Aracaju/SE	538	30	50	38	38	56	55	61	57	77	76
02	N.S. Sra. Socorro/SE	133	10	10	14	13	12	18	14	15	14	13
03	Lagarto/SE	111	08	04	11	14	07	13	06	17	15	16
04	Itabaiana/SE	93	09	03	06	13	10	09	10	08	14	11
05	Estância/SE	82	04	04	04	08	09	12	09	16	11	05
06	Propriá/SE	57	04	02	02	06	04	12	04	07	08	08
07	N.S. Sra. da Glória/SE	38	03	01	02	05	03	03	04	02	10	05

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

TABELA XIII: Ordem decrescente de mortalidade por câncer de mama em valores absolutos, em mulheres, por Municípios do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

N°	Municípios	Total	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01	Aracaju/SE	460	25	43	34	30	47	51	55	49	64	62
02	N. Sra. do Socorro/SE	66	05	06	05	07	06	09	07	06	10	05
03	Lagarto/SE	38	01	02	05	04	02	03	01	05	06	09
04	Itabaiana/SE	36	04	01	01	06	01	03	05	03	06	06
05	São Cristóvão/SE	33	01	03	02	03	02	01	04	04	05	08
06	Tobias Barreto/SE	25	00	01	01	02	03	03	03	06	02	04
07	Estância/SE	21	03	03	00	01	02	04	02	03	01	02
08	Simão Dias/SE	19	04	00	03	00	01	01	01	03	06	00
09	N. Sra. das Dores/SE	17	02	00	03	02	03	04	01	02	00	00
10	Itabaianinha/SE	16	01	00	00	00	02	00	02	04	06	01
11	Itaporanga d'Ajuda/SE	13	01	00	00	01	03	01	02	00	03	02
12	Laranjeiras/SE	13	00	02	00	01	01	01	00	02	03	03
13	Poço Verde/SE	13	02	00	01	03	00	04	01	01	00	01
14	N. Sra. da Glória/SE	12	01	00	01	01	02	00	01	01	03	02
15	Capela/SE	11	01	02	01	00	00	02	01	02	00	02
16	Japoatã/SE	10	02	00	00	01	01	02	01	01	01	01
17	Porto da Folha/SE	10	00	01	00	01	01	02	01	01	02	01
18	Propriá/SE	10	02	00	00	03	01	02	00	01	01	00
19	Boquim	09	00	00	02	02	00	01	02	01	01	00
20	Campo do Brito/SE	09	01	00	00	01	03	01	00	01	00	02

N°	Municípios	Total	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
21	Frei Paulo/SE	09	00	00	00	02	00	01	00	02	04	00
22	Japaratuba/SE	09	00	00	01	01	01	02	01	00	01	02
23	Arauá/SE	08	00	01	01	01	01	01	00	01	01	01
24	Maruim/SE	08	00	01	00	00	01	00	02	02	00	02
25	Riachão do Dantas/SE	08	01	01	00	04	00	00	00	01	00	01
26	Salgado/SE	08	00	00	01	01	01	02	00	01	01	01
27	Carira/SE	07	00	02	00	00	01	01	01	01	01	00
28	Indiaroba/SE	07	00	00	01	01	00	03	00	01	00	01
29	Macambira/SE	07	02	00	00	00	02	00	02	00	00	01
30	Neópolis/SE	07	00	00	00	00	00	02	00	02	00	03
31	Riachuelo/SE	07	01	01	02	00	01	01	00	00	01	00
32	Tomar do Geru/SE	07	00	00	00	00	02	00	01	03	01	00
33	Aquidabã/SE	06	00	00	01	00	00	01	00	02	01	01
34	Malhador/SE	06	01	00	00	00	01	02	01	00	01	00
35	Poço Redondo/SE	06	01	00	01	00	00	01	00	00	02	01
36	Barra dos Coqueiros/SE	05	02	00	00	01	00	00	00	01	01	00
37	Carmópolis	05	00	00	01	00	00	00	01	01	01	01
38	Cedro de São João/SE	05	00	01	00	01	01	00	01	01	00	00
39	Divina Pastora/SE	05	00	01	00	01	01	00	00	01	00	01
40	Pedrinhas/SE	05	00	00	00	01	01	00	01	02	00	00
41	Umbaúba/SE	05	00	00	00	01	01	01	01	00	01	00
42	Areia Branca/SE	04	00	00	02	01	00	00	00	00	01	00
43	Pirambu/SE	04	00	01	01	00	01	00	00	00	01	00
44	Ribeirópolis/SE	04	00	00	01	01	00	00	01	00	01	00
45	Rosário do Catete/SE	04	00	00	01	01	00	01	00	01	00	00
46	Amparo de São Francisco/SE	03	00	00	00	00	00	01	01	00	00	01
47	Brejo Grande/SE	03	00	00	00	00	00	01	01	00	00	01
48	Cristinápolis/SE	03	00	00	00	01	00	01	00	01	00	00
49	Itabi/SE	03	00	00	00	00	00	00	01	00	01	01
50	Pinhão/SE	03	00	00	02	00	00	00	00	01	00	00
51	Santo Amaro das Brotas/SE	03	00	00	00	01	00	00	00	01	00	01
52	São Domingos/SE	03	00	00	00	01	01	01	00	00	00	00
53	Canhoba/SE	02	00	00	00	00	00	01	00	00	00	01
54	Canindé de São Francisco/SE	02	01	00	00	00	00	00	01	00	00	00
55	Cumbe/SE	02	00	00	00	00	00	00	01	00	01	00
56	Gararu/SE	02	00	00	00	01	00	00	00	00	01	00
57	General Maynard/SE	02	01	00	00	01	00	00	00	00	00	00
58	Ilha das Flores/SE	02	00	00	00	01	00	00	00	00	01	00
59	Moita Bonita/SE	02	00	00	00	01	00	00	00	00	00	01
60	N. Sra. Aparecida/SE	02	01	00	00	00	01	00	00	00	00	00
61	N. Sra. de Lourdes/SE	02	00	00	01	00	00	00	00	00	01	00
62	Pacatuba/SE	02	00	00	00	00	01	00	00	00	01	00
63	Santa Rosa de Lima/SE	02	00	00	00	01	01	00	00	00	00	00

N°	Municípios	Total	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
64	Siriri/SE	02	01	00	01	00	00	00	00	00	00	00
65	Feira Nova/SE	01	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00
66	Gracho Cardoso/SE	01	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00
67	Malhada dos Bois/SE	01	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00
68	Monte Alegre de Sergipe/SE	01	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
69	Muribeca/SE	01	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
70	Pedra Mole/SE	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
71	Santa Luzia do Itanhy/SE	01	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00
72	Santana do São Francisco/SE	01	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00
73	São Francisco/SE	01	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00
74	Telha/SE	01	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
75	São Miguel do Aleixo/SE	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

TABELA XIV: Ordem decrescente de mortalidade por câncer de mama em taxa bruta, em mulheres, por Municípios do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

N°	Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta%	Taxa Padronizada%
01	Amparo de São Francisco	3	25,97	30,03
02	Divina Pastora	5	24,49	33,22
03	Macambira	7	21,68	18,69
04	Cedro de São João	5	18,03	18,34
05	Aracaju	460	15,92	17,16
06	Riachuelo	7	14,80	20,60
07	Arauá	8	14,73	18,88
08	Japoatã	11	14,61	19,35
09	General Maynard	2	14,17	14,57
10	Nossa Senhora das Dores	17	13,86	16,81
11	Frei Paulo	9	13,18	15,30
12	Itabi	3	11,97	13,14
13	Poço Verde	12	11,90	11,70
14	Pedrinhas	5	11,57	14,61
15	Japaratuba	9	11,07	12,79
16	Campo do Brito	9	10,79	11,18
17	Tomar do Geru	7	10,68	13,98
18	Santa Rosa de Lima	2	10,58	14,17
19	Cumbe	2	10,51	11,10
20	Canhoba	2	10,49	13,17
21	Pinhão	3	10,27	11,45
22	Tobias Barreto	25	10,26	10,76
23	Malhador	6	9,97	11,61
24	Maruim	8	9,82	13,29

N°	Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta%	Taxa Padronizada%
25	Laranjeiras	13	9,66	13,90
26	Simão Dias	19	9,50	9,66
27	Pirambu	4	9,24	14,57
28	Indiaroba	7	9,07	12,63
29	Rosário do Catete	4	8,89	11,94
30	Itaporanga d'Ajuda	13	8,74	11,93
31	São Cristóvão	33	8,31	11,07
32	Itabaianinha	16	8,30	10,50
33	Itabaiana	36	8,19	9,66
34	Riachão do Dantas	8	8,13	9,39
35	Salgado	9	8,13	10,34
36	Lagarto	38	8,07	8,81
37	Brejo Grande	3	7,96	9,55
38	Carmópolis	5	7,88	10,93
39	Nossa Senhora do Socorro	66	7,78	12,70
40	Nossa Senhora da Glória	12	7,76	9,09
41	Porto da Folha	10	7,59	9,70
42	Capela	11	7,50	8,47
43	Neópolis	7	7,15	8,34
44	Carira	7	7,07	7,43
45	Boquim	9	7,01	7,77
46	Pedra Mole	1	6,93	7,82
47	Telha	1	6,86	8,81
48	Propriá	10	6,79	7,30
49	São Francisco	1	6,62	7,70
50	Estância	21	6,48	7,41
51	Nossa Senhora de Lourdes	2	6,14	7,74
52	Aquidabã	6	5,9	6,52
53	São Domingos	3	5,84	6,65
54	Malhada dos Bois	1	5,49	6,84
55	Santo Amaro das Brotas	3	5,28	6,40
56	Siriri	2	5,24	6,39
57	Nossa Senhora Aparecida	2	4,83	4,86
58	Ribeirópolis	4	4,74	4,36
59	Areia Branca	4	4,70	6,41
60	Ilha das Flores	2	4,56	4,89
61	Umbaúba	5	4,45	5,74
62	Barra dos Coqueiros	5	4,33	5,85
63	Poço Redondo	6	4,03	5,54
64	Cristinápolis	3	3,68	5,76
65	Feira Nova	1	3,60	4,40
66	Gracho Cardoso	1	3,60	3,71
67	Gararu	2	3,51	4,47
68	Moita Bonita	2	3,51	3,80

N°	Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta%	Taxa Padronizada%
69	Pacatuba	2	3,27	4,25
70	Santana do São Francisco	1	3,01	3,67
71	Muribeca	1	2,72	2,95
72	Canindé de São Francisco	2	1,71	2,16
73	Monte Alegre de Sergipe	1	1,50	2,13
74	Santa Luzia do Itanhy	1	1,46	2,27
75	São Miguel do Aleixo	0	0	0

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

TABELA XV: Ordem decrescente de mortalidade por câncer de mama em taxa padronizada, em mulheres, por Municípios do Estado de Sergipe, entre 2004 e 2013.

N°	Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta%	Taxa Padronizada%
01	Divina Pastora	5	24,49	33,22
02	Amparo de São Francisco	3	25,97	30,03
03	Riachuelo	7	14,80	20,60
04	Japoatã	11	14,61	19,35
05	Arauá	8	14,73	18,88
06	Macambira	7	21,68	18,69
07	Cedro de São João	5	18,03	18,34
08	Aracaju	460	15,92	17,16
09	Nossa Senhora das Dores	17	13,86	16,81
10	Frei Paulo	9	13,18	15,30
11	Pedrinhas	5	11,57	14,61
12	General Maynard	2	14,17	14,57
13	Pirambu	4	9,24	14,57
14	Santa Rosa de Lima	2	10,58	14,17
15	Tomar do Geru	7	10,68	13,98
16	Laranjeiras	13	9,66	13,90
17	Maruim	8	9,82	13,29
18	Canhoba	2	10,49	13,17
19	Itabi	3	11,97	13,14
20	Japaratuba	9	11,07	12,79
21	Nossa Senhora do Socorro	66	7,78	12,70
22	Indiaroba	7	9,07	12,63
23	Rosário do Catete	4	8,89	11,94
24	Itaporanga d'Ajuda	13	8,74	11,93
25	Poço Verde	12	11,90	11,70
26	Malhador	6	9,97	11,61
27	Pinhão	3	10,27	11,45
28	Campo do Brito	9	10,79	11,18
29	Cumbe	2	10,51	11,10
30	São Cristóvão	33	8,31	11,07
31	Carmópolis	5	7,88	10,93
32	Tobias Barreto	25	10,26	10,76

N°	Municípios	Valor Absoluto	Taxa Bruta%	Taxa Padronizada%
33	Itabaianinha	16	8,30	10,50
34	Salgado	9	8,13	10,34
35	Porto da Folha	10	7,59	9,70
36	Simão Dias	19	9,50	9,66
37	Itabaiana	36	8,19	9,66
38	Brejo Grande	3	7,96	9,55
39	Riachão do Dantas	8	8,13	9,39
40	Nossa Senhora da Glória	12	7,76	9,09
41	Lagarto	38	8,07	8,81
42	Telha	1	6,86	8,81
43	Capela	11	7,50	8,47
44	Neópolis	7	7,15	8,34
45	Pedra Mole	1	6,93	7,82
46	Boquim	9	7,01	7,77
47	Nossa Senhora de Lourdes	2	6,14	7,74
48	São Francisco	1	6,62	7,70
49	Carira	7	7,07	7,43
50	Estância	21	6,48	7,41
51	Propriá	10	6,79	7,30
52	Malhada dos Bois	1	5,49	6,84
53	São Domingos	3	5,84	6,65
54	Aquidabã	6	5,90	6,52
55	Areia Branca	4	4,70	6,41
56	Santo Amaro das Brotas	3	5,28	6,40
57	Siriri	2	5,24	6,39
58	Barra dos Coqueiros	5	4,33	5,85
59	Cristinápolis	3	3,68	5,76
60	Umbaúba	5	4,45	5,74
61	Poço Redondo	6	4,03	5,54
62	Ilha das Flores	2	4,56	4,89
63	Nossa Senhora Aparecida	2	4,83	4,86
64	Gararu	2	3,51	4,47
65	Feira Nova	1	3,60	4,40
66	Ribeirópolis	4	4,74	4,36
67	Pacatuba	2	3,27	4,25
68	Moita Bonita	2	3,51	3,80
69	Gracho Cardoso	1	3,60	3,71
70	Santana do São Francisco	1	3,01	3,67
71	Muribeca	1	2,72	2,95
72	Santa Luzia do Itanhy	1	1,46	2,27
73	Canindé de São Francisco	2	1,71	2,16
74	Monte Alegre de Sergipe	1	1,50	2,13
75	São Miguel do Aleixo	0	0	0

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.