

# Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia

*Evaluation of oncological women below 40 years old with breast cancer in a reference hospital in Amazon*

Juliana Matos Pessoa<sup>1</sup>, Poliana Sampaio Oliveira<sup>1</sup>, Lorena Luiza Maria Nogueira Fernandes<sup>1</sup>, Mariana da Silva Ribeiro<sup>1</sup>, Francianne Silva Rocha<sup>2</sup>

## Descritores

Neoplasias da mama  
Diagnóstico  
Mortalidade  
Quimioterapia  
Radioterapia

## Keywords

Breast neoplasms  
Diagnosis  
Mortality  
Drug therapy  
Radiotherapy

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o seguimento de mulheres abaixo dos 40 anos com câncer de mama atendidas no Hospital Ophir Loyola no período de janeiro de 2008 a outubro de 2009. **Métodos:** Estudo epidemiológico, observacional, transversal e retrospectivo. Foram incluídas 92 pacientes cadastradas ao Hospital Ophir Loyola, Belém, Pará. Foi realizada revisão de prontuários e aplicação de questionários, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para a tabulação dos dados foi utilizado o *software* Microsoft Office Excel® 2007 e para a estatística o BioEstat 5.0. **Resultados:** Os tumores neoplásicos eram carcinoma ductal infiltrante em 87% (n=80); 41,3% (n=38) apresentaram topografia de neoplasia maligna da mama, sem outras especificações (SOE), sendo que 52,2% (n=48) se apresentam à direita e 45,7% (n=42) à esquerda. Notou-se que 64% (n=59) evoluíram com uma doença estável e 21% (n=19) a óbito. Dos óbitos, 53% (n=10) tinham entre 36 e 40 anos, com causa básica em 47% (n=9) de neoplasia maligna da mama, SOE e com 31,6% (n=6) com o óbito no primeiro e segundo ano de doença. Evoluíram com metástase 19,6% (n=18), sendo 50% (n=9) para ossos. Quanto ao estadiamento, 19,6% (n=18) no estágio IV e 28,3% (n=26) foram submetidas à cirurgia, radioterapia e quimioterapia. **Conclusão:** A partir deste estudo se mostra indispensável o esclarecimento aos profissionais da saúde quanto à importância do câncer de mama acometendo uma faixa etária mais precoce da população feminina, em busca de um diagnóstico e seguimento mais eficaz, diminuindo a morbimortalidade na população.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the follow-up of women under 40 years old with breast cancer treated at Hospital Ophir Loyola from January 2008 to October 2009. **Methods:** Epidemiological, observational, cross-sectional and retrospective study. We included 92 patients enrolled in Hospital Ophir Loyola, Belém, Pará, Brazil. We performed chart review and questionnaires, after signing the consent form and approval by the Research Ethics Committee. For the tabulation of the data we used the software Microsoft Office Excel® 2007 and for the statistical analysis the BioEstat 5.0. **Results:** The neoplas-

Trabalho realizado no Hospital Ophir Loyola (HOL) – Belém (PA), Brasil.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Pós Graduação em Doenças Tropicais da UFPA – Belém (PA), Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Matos Pessoa – Avenida Senador Lemos, 587, Edifício Flex Wave, apartamento 2301 – Umarizal – CEP: 66050-000 – Belém (PA), Brasil – E-mail: julianamatospessoa@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

**Recebido em:** 11/12/2013. **Aceito em:** 14/05/2015

*tic tumors were invasive ductal carcinoma 87% (n=80); 41,3% (n=38) showed the topography of malignant neoplasm of breast, not otherwise specified (SOE), and 52,2% (n=48) are presented to the right and 45,7% (n=42) to left. It was noted that 64% (n=59) presented stable disease and 21% (n=19) died. Of the deaths, 53% (n=10) were between 36–40 years old with underlying cause in 47% (n=9) of malignant neoplasm of breast, SOE and 31,6% (n=6), death the first and second year of the disease. Metastases were developed in 19,6% (n=18) being 50% (n=9) for bones. As for the staging, 19,6% (n=18) in stage IV and 28,3% (n=26) underwent surgery, radiation and chemotherapy.*  
**Conclusion:** *From this study it is indispensable to clarify health professionals about the importance of breast cancer affecting the earlier age of the female population, in search of a more effective diagnosis and management, reducing morbidity and mortality in the population.*

## Introdução

O câncer de mama é considerado o câncer mais temido pelas mulheres, por afetar a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal<sup>1</sup>. Apesar da neoplasia maligna da mama ser considerada um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade permanecem elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados<sup>2</sup>.

O câncer de mama em mulheres jovens é incomum, portanto o diagnóstico necessita de um alto índice de suspeição clínica. Sua frequência é 9 vezes maior em mulheres menopausadas (>50 anos) quando comparadas a mulheres jovens (<40 anos)<sup>3</sup>. No entanto, o carcinoma mamário vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres em faixas etárias mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente no país<sup>4,5</sup>.

A mulher jovem com carcinoma de mama apresenta um pior prognóstico em consequência de uma doença mais avançada no momento do diagnóstico ou devido a divergências na biologia tumoral<sup>3,6</sup>. Sugere-se que o câncer de mama de início precoce esteja relacionado a diferentes fatores etiológicos, aspectos histopatológicos e desfecho clínico quando comparado ao câncer de mama na pós-menopausa<sup>3</sup>. Por isso, o conhecimento da evolução da doença e patologia dos tumores, através de um seguimento adequado, nesse perfil de pacientes jovens se torna muito pertinente.

## Métodos

A pesquisa foi do tipo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo e realizado no Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém, Pará, do período de janeiro de 2008 a outubro de 2009.

A população de referência abrangeu todas as pacientes com diagnóstico de câncer de mama, abaixo de 40 anos, atendidas no HOL. A população de estudo correspondeu às pacientes com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HOL, abaixo de 40 anos, no período de janeiro de 2008 a outubro de 2009. A amostra foi constituída pela população de estudo (98 pacientes), sendo

que o tamanho amostral foi de 92 pacientes. Foram incluídas na pesquisa as pacientes do sexo feminino, abaixo de 40 anos, com dados completos e com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HOL, no período de janeiro de 2008 a outubro de 2009.

O presente trabalho seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com registro online na Plataforma Brasil e sendo submetido à análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola, situado na Avenida Governador Magalhães Barata, 992, São Brás, Belém, Pará.

Foi realizada a revisão de prontuários das pacientes com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HOL. Na pesquisa também foram realizadas entrevistas com os indivíduos que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e assim concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram armazenados e tabulados em um banco de dados do *software* Microsoft Office Excel® 2007. Para o cálculo estatístico foi utilizado o programa BioEstat 5.0, através do teste de  $\chi^2$  ( $p < 0,001$ ). Para editoração do texto foi utilizado o programa Microsoft Office Word® 2007. Todas as variáveis foram estudadas por meio de análise descritiva. Para isso, foram descritas variáveis categóricas através de número e frequência de eventos estudados e variáveis numéricas através da média e desvio padrão.

## Resultados

A Tabela 1 mostra as características dos tumores neoplásicos das pacientes jovens estudadas no ano de 2008 e 2009. Em relação à histologia do tumor mamário nas pacientes participantes do estudo (n=92), destaca-se que em 87% (n=80) delas observamos o carcinoma ductal infiltrante, alcançando indiscutível maioria. Em 3,3% (n=3) foi observado carcinoma medular; em 2,2% (n=2), carcinoma lobular; em 2,2% (n=2), carcinoma ductal *in situ*; em 1,1% (n=1), doença de Paget e carcinoma intraductal da mama; em 1,1% (n=1), linfoma maligno não Hodgkin; em 1,1% (n=1), adenocarcinoma esquisitroso; em 1,1% (n=1), carcinoma de células em anel de sinete e em 1,1% (n=1), carcinoma fusocelular.

No que tange à topografia do tumor mamário nessas pacientes (n=92), 41,3% (n=38) apresentaram neoplasia maligna da mama, sem outras especificações (SOE), representando a maioria dos tumores nessas pacientes; 23,9% (n=22) apresentaram neoplasia maligna do quadrante (quad) superior externo da mama; 10,9% (n=10), neoplasia maligna da mama com lesão invasiva; 7,60% (n=7), neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama; 5,40% (n=5), neoplasia maligna do mamilo e aréola; 5,40% (n=5), neoplasia maligna da porção axilar da mama; 2,2% (n=2), neoplasia maligna da porção central da mama; 2,2% (n=2), neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama e em 1,1% (n=1), carcinoma papilar invasivo grau I, SOE. Já os dados referentes à lateralidade tumoral da amostra em questão (n=92) mostram que 52,2% (n=48) dos tumores se apresentam à direita, enquanto 45,7% (n=42) estão à esquerda e 2,2% (n=2) são bilaterais.

**Tabela 1.** Características dos tumores neoplásicos nas pacientes jovens com câncer de mama atendidas no Hospital Ophir Loyola durante o ano de 2008 e 2009

Características do tumor	n	%
<b>Tipo histológico</b>		
Carcinoma ductal infiltrante	80	87
Carcinoma medular	3	3,3
Carcinoma lobular	2	2,2
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	2	2,2
Doença de Paget	1	1,1
Linfoma maligno não Hodgkin	1	1,1
Adenocarcinoma esquisroso	1	1,1
Carcinoma de células em anel de sinete	1	1,1
Carcinoma fusocelular	1	1,1
Total	92	100
<b>Topografia</b>		
Neoplasia maligna da mama, sem outras especificações	38	41,3
Neoplasia maligna quadrante inferior interno da mama	7	7,6
Neoplasia maligna do quadrante superior externo mama	22	23,9
Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva	10	10,9
Neoplasia maligna da porção central da mama	2	2,2
Neoplasia maligna da porção axilar da mama	5	5,4
Neoplasia maligna do mamilo e aréola	5	5,4
Carcinoma papilar invasivo grau I, sem outras especificações	1	1,1
Neoplasia maligna quadrante superior interno mama	2	2,2
Total	92	100
<b>Lateralidade</b>		
Direita	48	52,2
Esquerda	42	45,7
Bilateral	2	2,2
Total	92	100

A Figura 1 mostra como essas pacientes jovens (n=92) encontravam-se depois de um seguimento entre 4 e 5 anos, após devidos tratamentos e acompanhamento da equipe multidisciplinar do HOL. Notou-se que 64% (n=59) evoluíram com uma doença estável, 21% (n=19) delas evoluíram a óbito nesse período, 4% (n=4) tiveram progressão da doença e 4% (n=4) ao final desse tempo apresentavam-se sem evidência da doença, enquanto que em 7% (n=6) da amostra não se obteve informação a respeito do seguimento devido abandono do tratamento.

A Tabela 2 analisa os pacientes que evoluíram para óbito (21% do total, n=19), e para avaliar a causa básica de óbito nessas pacientes foi analisada a topografia do câncer de mama



**Figura 1.** Seguimento de 4 ou 5 anos de mulheres abaixo de 40 anos diagnosticadas com câncer de mama no Hospital Ophir Loyola de janeiro em 2008 e 2009

**Tabela 2.** Dados relativos às pacientes que evoluíram a óbito

Óbito (21%; n=19)	n	%
<b>Topografia</b>		
Neoplasia maligna da mama, sem outras especificações	9	47,0
Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva	7	36,8
Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama	1	5,3
Neoplasia maligna do mamilo e aureola	1	5,3
Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama	1	5,3
Total	19	100
<b>Data do óbito em relação ao diagnóstico</b>		
Óbito no primeiro ano de doença	6	31,6
Óbito no segundo ano de doença	6	31,6
Óbito no terceiro ano de doença	5	26,3
Óbito no quarto ano ou mais de doença	1	5,3
Sem informação	1	5,3
Total	19	100
<b>Idade de óbito</b>		
20–25 anos	10	53
26–30 anos	6	32
31–35 anos	3	16
36–40 anos	–	–
Total	19	100

mais prevalente, onde se observou que 47% (n=9) apresentava neoplasia maligna da mama sem outras especificações, 36,8% (n=7), neoplasia maligna da mama com lesão invasiva, e os demais óbitos com 5,3% cada (n=1) apresentaram neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama, neoplasia maligna do mamilo e aréola e neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama. Ainda entre os óbitos, percebeu-se que a maioria das pacientes tiveram óbito no primeiro e segundo ano de doença, com 31,6% (n=6) cada. Quanto à faixa etária de óbito nessa amostra, a maior prevalência foi de 36 a 40 anos com 53% (n=10); seguido de 31 a 35 anos com 32% (n=6) e 26 a 30 anos com 16% (n=3), já nos pacientes de 20–25 anos não ocorreu nenhum óbito.

A Tabela 3 mostra a quantidade de pacientes que evoluíram com metástase (19,6%; n=18) para algum órgão distante devido ao câncer primário de mama, enquanto que 80,4% (n=74) não apresentaram metástase no curso da doença. Dentre esses pacientes com metástase, foi analisado também o seguimento das mesmas. Observando-se que a maioria evoluiu para o óbito (55,6%; n=10), seguido de evolução para doença estável (33,3%; n=6), e as demais, com 5,6% (n=1) cada, evoluíram com doença em progressão e sem evidência de doença. Em relação aos sítios de metástase acometidos pelo câncer primário de mama, notou-se que 50% (n=9) tiveram metástase para osso, 33,3% (n=6), metástase para fígado, tanto para pulmão quanto para gânglios o valor foi de 22,2% (n=4) cada, 11,1% (n=2), para o sistema nervoso central (SNC), e 5,5% (n=1) tiveram metástase para adrenal, enquanto que uma porcentagem de 5,5% (n=1) não teve.

A Tabela 4 mostra o estadiamento e o tratamento dessas pacientes jovens. O estágio das pacientes pesquisadas (n=92) foi analisado de acordo com a classificação TNM. No estágio IV

encontravam-se 19,6% (n=18); 16,3% (n=15) estavam no estágio IIIB; 15,2% (n=14), no estágio IIA; 13% (n=12), no estágio IIIA, estágio I e IIB encontrava-se com a mesma porcentagem 9,8% (n=9); 7,6% (n=7) encaixam-se no estágio IIIC; 2,3% (n=2) estavam no estágio 0 e em 6,5% (n=6) não se obteve informações quanto ao estágio no prontuário.

Quanto à modalidade terapêutica adotada para pacientes em questão (n=92), sendo que 28,3% (n=26) foram submetidas a cirurgia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT); 16,3% (n=15) a cirurgia, QT, RT e hormonioterapia (HT); 8,7% (n=8) a primeiramente cirurgia e depois QT; 6,5% (n=6) a QT seguida de cirurgia; 5,4% (n=5) foram tratadas somente com QT, 3,3% (n=3) unicamente tratadas com RT; em 2,2% (n=2) o tratamento foi isoladamente cirúrgico e 6,5% (n=6) não foram submetidas a nenhum tratamento.

**Tabela 4.** Estadiamentos e tratamentos das pacientes jovens estudadas

Estadiamento e tratamento	n	%
<b>Estadiamento</b>		
Estádio 0	2	2,3
Estádio I	9	9,8
Estádio IIA	14	15,2
Estádio IIB	9	9,8
Estádio IIIA	12	13,0
Estádio IIIB	15	16,3
Estádio IIIC	7	7,6
Estádio IV	18	19,6
Sem informação	6	6,5
Total	92	100
<b>Modalidade terapêutica</b>		
Radioterapia	3	3,3
Quimioterapia	5	5,4
Cirurgia	2	2,2
Cirurgia + quimioterapia	8	8,7
Cirurgia + radioterapia	4	4,3
Quimioterapia + radioterapia	4	4,3
Cirurgia + hormonioterapia	4	4,3
Hormonioterapia + radioterapia	1	1,1
Hormonioterapia + quimioterapia	1	1,1
Quimioterapia + Cirurgia	6	6,5
Quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia	2	2,2
Cirurgia + radioterapia + hormonioterapia	1	1,1
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	26	28,3
Cirurgia + quimioterapia + hormonioterapia	4	4,3
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia	15	16,3
Nenhum	6	6,5
Total	92	100
<b>Procedimento cirúrgico</b>		
Direita	48	52,2
Esquerda	42	45,7
Bilateral	2	2,2
Total	92	100

**Tabela 3.** Dados relativos às pacientes que evoluíram com metástase

Metástase	n	%
<b>Evolução com metástase</b>		
Sem metástase	74	80,4
Com metástase	18	19,6
<b>Seguimento com metástase</b>		
Óbito	10	55,6
Doença estável	6	33,3
Doença em progressão	1	5,6
Sem evidência de doença	1	5,6
Total	18	100
<b>Sítio de metástase</b>		
Fígado	6	33,3
Pulmão	4	22,2
Osso	9	50,0
Gânglios	4	22,2
Sistema nervoso central	2	11,1
Adrenal	1	5,5
Sem informações	1	5,5

Ainda em relação ao tratamento das pacientes que foram tratadas com cirurgia (n=70), 70% (n=52) realizaram mastectomia radical e as demais, 30% (n=18), realizaram procedimentos cirúrgicos conservadores. E dentre aquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora (n=21), é abordado também o tipo de procedimento conservador ao qual foram submetidas, sendo que 76,2% (n=16) realizaram setorectomia; 9,5% (n=3), nodulectomia; 9,5% (n=3), quadrantectomia; e 4,8% (n=1), mamotomia.

## Discussão

Dada a incidência elevada de câncer de mama entre as mulheres no Brasil, faz-se importante o conhecimento de sua evolução e seguimento. Martins et al.<sup>7</sup> afirmaram que o câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres, responsável por cerca de 20% de todos os tipos de câncer no mundo, concordando com o presente estudo, no qual 25,1% dos cânceres das pacientes cadastradas ao HOL são mamários. Segundo o Datasus<sup>8</sup>, a região Norte segue um padrão que difere das demais regiões brasileiras, com o câncer de pele não melanoma sendo o mais incidente, seguido pelo câncer de colo de útero e de mama. As regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste apresentam o câncer de mama como mais frequente. Os dados do Pará confirmam o padrão estabelecido pela região, com câncer de colo de útero com 33,1% e de mama com 25,1% no ano de 2008, excluindo os cânceres de pele não melanoma. Tal padrão pode ser imperante por conta da carência de planejamentos preventivos eficazes para o CA de colo de útero, pautado na ausência de consultas médicas periódicas e acompanhamento por preventivo de câncer de colo de útero (PCCU), o que eleva a incidência desse câncer na região.

O câncer de mama é mais frequente em mulheres na perimenopausa e incomum em mulheres jovens, porém não é um fato raro. No que tange à idade de acometimento do câncer de mama, esse é considerado um dos mais relevantes fatores de risco para o seu desenvolvimento. A taxa de incidência é relativamente baixa em mulheres até 40 anos e se torna mais elevada a partir dos 50 anos. No estudo em questão, as mulheres abaixo de 40 anos representaram 15,9% no ano de 2008 e 12,2% no período de janeiro a outubro de 2009. Já Oliveira et al.<sup>9</sup> constataram no Sul do Brasil apenas 6,3% dos pacientes com idade inferior a 40 anos e Soares et al.<sup>10</sup> averiguaram 11,8% na mesma faixa etária em Montes Claros, Minas Gerais. Entende-se que essa diferença ocorreu por conta do período do estudo, visto que com o passar dos anos tem sido observado um aumento na taxa de incidência associado ao alto potencial de gravidade do câncer de mama em pacientes abaixo de 40 anos.

A presença do tipo histológico carcinoma ductal infiltrante, alcançando indiscutível maioria de 87% (n=80) dos casos, assemelha-se a dados apresentados pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup>, onde esse também foi o mais frequente, com um percentual de 68%,

além do estudo de Silva<sup>12</sup>, no qual 78,6% dos tumores de mama eram do tipo ductal infiltrante. Em estudo de Guerra et al.<sup>13</sup>, o tipo histológico predominante foi o ductal invasivo (83,5%), sendo o restante representado por lobular invasivo e outras variantes histológicas, 6,3 e 10,2%, respectivamente. Pode-se afirmar, de uma maneira geral, que se observam taxas maiores de tumores invasores em relação aos tumores *in situ*. Isso pode ser atribuído ao fato de muitos casos serem diagnosticados em fase avançada. Dessa maneira torna-se imprescindível a busca ativa de diagnósticos precoces por meio de exame clínico e de imagem.

A maioria dos tumores apresentados pelas pacientes do presente estudo é representada pela neoplasia maligna da mama, SOE com 41,3%. Achado que reforça dados do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, no qual altos percentuais de casos, 87%, com topografia classificada na categoria SOE, foram encontrados em diversas cidades do país, sendo que em Belém esse percentual apresentou-se abaixo dos 40%. Silva<sup>12</sup> também registrou, em 54,4% de sua amostra, localização sem especificação da topografia da mama. Altos percentuais de casos com topografia classificada na categoria SOE podem indicar baixa qualidade da informação diagnosticada, havendo necessidade de maior interesse na descrição dos casos.

Topograficamente, 23,9% das neoplasias malignas acometeram o quadrante superior externo da mama, o que corrobora com dados do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, o qual demonstrou que essa localização ocorre em 24,7% em Belém, e com Silva<sup>12</sup>, que apresentou, em 24,3% dos registros, o quadrante superior externo como localização do tumor primário em seu trabalho.

O acometimento tumoral preferencial, no presente estudo, deu-se na mama direita, em 52,2%, deixando em segundo lugar, 45,7%, a mama esquerda, o que diverge do encontrado em estudos como o de Silva<sup>12</sup>, no qual a esquerda foi acometida em sua maioria, 49,6% dos casos, enquanto que a direita foi acometida em 46,9%. Entretanto, em trabalho publicado por Mourão et al.<sup>14</sup>, que apresentava uma amostra de 1.934 pacientes, a lateralidade do câncer de mama foi semelhante para ambas as mamas, sendo 44,1% para a mama direita e 44,8% para a esquerda. Observando esses dados, pode-se suspeitar da não existência um lado preferencial para acometimento mamário, o que poderia ser mais bem investigado realizando o aumento do número da amostra.

Foram obtidas informações sobre o seguimento de 93% das pacientes, o que diverge de Silva<sup>12</sup>, que obteve essa informação de apenas 46,2% da sua amostra em virtude da perda de contato com as pacientes.

Ao final do estudo de Guerra et al.<sup>13</sup>, 25,6% das pacientes morreram, sendo 74,3% por câncer de mama e o restante devido a fatores não relacionados à doença. Em estudo de Basílio<sup>15</sup>, observou-se que a taxa de sobrevida geral após 5 anos foi de 79,1%. Esses dados corroboram com os do presente estudo, o qual também apresentou maiores índices de sobrevida com doença estável em comparação a óbitos, onde 64% evoluíram

com uma doença estável e 21% delas evoluíram a óbito nesse período. Além dessas, 4% tiveram progressão da doença e 4% apresentaram-se sem evidência da doença, enquanto que em 7% da amostra não se obteve informação a respeito do seguimento devido ao abandono do tratamento, convergindo com trabalho de Moraes et al.<sup>16</sup>, no qual, ao final do estudo, 64,7% das pacientes estavam vivas e livres de doença, 15,1% estavam vivas e com recidiva da doença, 15,1% morreram devido ao câncer de mama e 5,1% morreram por outra causa.

Analisando a relação topográfica de maior prevalência do tumor e desfecho de óbito, de maneira a tentar buscar uma causa base de óbito, percebe-se que a maioria das pacientes, 47%, apresentava neoplasia maligna da mama sem outras especificações. Isso pode se dar pelo fato dessa categoria topográfica ter sido a de maior prevalência neste estudo.

Avaliando a data de óbito em relação à data de diagnóstico, percebeu-se que a maioria das pacientes teve óbito no primeiro e segundo ano de doença, com 31,6% cada, o que poderia ser justificado pelo fato do diagnóstico ser realizado tardiamente, onde já existiria uma doença avançada e com poucas chances de cura e, conseqüentemente, de sobrevida. O óbito de 26,3% no quarto ano ou mais de doença pode ser devido à reincidência da doença nesse período.

Segundo dados divulgados por Moraes et al.<sup>16</sup>, a média da idade das pacientes que faleceram era 51,8 anos (amplitude 27 a 89 anos), enquanto que no presente estudo, a faixa etária de maior prevalência na amostra das pacientes em que ocorreu óbito, 53%, era 36 a 40 anos. Essa divergência de resultados pode ser atribuída à diferença na metodologia dos estudos, haja vista que na amostra do presente estudo foram consideradas apenas mulheres na faixa etária até os 40 anos. Outra diferença que impede comparação se dá ao fato da organização dos dados nesta pesquisa ser realizada por meio de faixas etárias, não sendo retiradas médias das idades acometidas. Entretanto, é possível notar que a idade de maior incidência de óbitos se encontra entre a 4ª e 5ª décadas de vida. Isso pode ser atribuído ao fato dessa faixa etária ainda ser a mais acometida pela doença, havendo necessidade da realização de estimativas de sobrevida em grupos controle de pacientes mais jovens e de maior idade para uma análise de maior significância.

Dutra et al.<sup>3</sup> colocam em seu estudo que pacientes mais jovens tiveram uma porcentagem maior de evolução para metástase (55,3%), quando comparadas ao grupo de pacientes mais idosas (39,2%), sendo no total 106 jovens analisadas e 130 idosas. De maneira controversa, no estudo em questão só foram analisadas pacientes abaixo de 40 anos, o qual mostrou, em menos da metade da amostra, 19,6%, evolução para metástase, porém com um número expressivo de óbitos, não podendo ignorar a presença de metástase como um fator preocupante nessas pacientes jovens.

Segundo Schneider e d'Orsi<sup>17</sup>, a presença de metástase se mostrou como um importante fator prognóstico em pacientes com câncer de mama. Neste trabalho, dentre as 19,6% das pacientes

que apresentaram metástase, a maioria, 55,6%, evoluíram para óbito, confirmando o mau prognóstico dessa condição, sugerindo que o câncer de mama em mulheres pré-menopausadas se mostra mais agressivo. Apoiando esses dados, Brito et al.<sup>18</sup> concluem que tratamentos são mais bem sucedidos se iniciados antes da ocorrência de metástase.

Ainda sobre o estudo de Dutra et al.<sup>3</sup>, o sítio de metástase mais frequente em pacientes jovens foi o osso. Dado que corrobora o presente estudo, no qual 50% das metástases das pacientes com menos de 40 anos foram metástases ósseas.

A presença de vários marcadores celulares é encontrada na literatura como importante preditivo da ocorrência de metástases e, por isso, são utilizados em algum serviço para determinação de grupos de risco. Abreu e Koifman<sup>19</sup> mostraram que a expressão aumentada de *cerbB-2* torna a paciente mais propensa ao desenvolvimento de metástase, relacionada a um curto período de vida após detecção. No presente estudo não foi possível analisar essas características moleculares e celulares pela falta de aplicabilidade dessas técnicas no hospital em questão. Não foi possível obter informações em relação à imunohistoquímica.

De acordo com Thuler e Mendonça<sup>20</sup>, o câncer de mama é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. O diagnóstico, quando em fase avançada da doença, é responsável pela manutenção de elevadas taxas de mortalidade. Através do estadiamento clínico avalia-se a extensão da doença, classificando-a como precoce ou avançada, oferecendo-se, assim, uma base para o planejamento terapêutico mais adequado.

Segundo Truffelli et al.<sup>21</sup>, informações de registros hospitalares do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2000/2001 indicam que 50% dos tumores de mama no Brasil são diagnosticados nos estágios III e IV, corroborando o levantamento do presente estudo, no qual a doença de 56,5% das mulheres foi classificada nos referidos estágios. De acordo com Gembrim e Quadros<sup>22</sup>, o alto percentual de mulheres diagnosticadas já em fase avançada da doença pode estar ligado à falta de acesso por parte da população aos centros especializados, que por sua vez nem sempre estão capacitados para diagnóstico e tratamento rápidos.

Em relação aos estágios I e II, nos quais as mulheres apresentam melhores taxas de sobrevida após tratamento, o presente estudo encontrou que 9,8% das pacientes enquadraram-se no estágio I, 15,2% no IIa e 9,0% no IIb, números inferiores aos encontrados em estudo realizado por Moraes et al.<sup>16</sup> no Hospital da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, que encontrou 19,8% das pacientes no estágio I, 34,6% no estágio IIa e 23% no estágio IIb. Tal diferença pode estar relacionada a diferenças regionais no acesso a centros especializados, evidenciando a necessidade de investimentos na área oncológica na região Norte do país.

No estudo em questão, de maneira geral, o tratamento mais escolhido para as pacientes foi a combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia; seguido de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Esses dados corroboram os

encontrados por Brito et al.<sup>18</sup>, que afirmam que os melhores prognósticos foram encontrados quando se fez a utilização de cirurgia combinada a outro tratamento como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. A utilização isolada de quimioterapia foi a terapia de resultado menos satisfatório, o que também está de acordo com os achados do presente estudo, pois apenas 5,4% realizaram esse tipo de tratamento. O mesmo se aplica a outras terapias isoladas, como radioterapia (3,3%) e cirurgia (2,2%).

Das pacientes estudadas, 75,9% foram submetidas à cirurgia, sendo majoritariamente a mastectomia total (70%) e 73,7% realizaram outras terapias. Em estudo de Truffelli et al.<sup>21</sup>, do total de pacientes que passaram por tratamento cirúrgico (n=56), 53,6% realizaram mastectomia total, bem como no presente estudo, e apenas 29,9% realizaram tratamento neoadjuvante. Moraes et al.<sup>16</sup> afirmaram em sua pesquisa que do total de pacientes analisadas, 60% tiveram intervenção cirúrgica, variável semelhante no presente estudo, e 56% foram tratadas com terapia adjuvantes.

Apenas 30% das pacientes foram submetidas ao tratamento cirúrgico conservador, dentre essas, 76,2% a setorectomia e 9,5% a quadrantectomia, proporção invertida ao encontrada em estudo de Moraes et al.<sup>16</sup>, no qual 42,9% realizaram quadrantectomia e 3,6% setorectomia. De acordo com estudo de Abreu e Koifman<sup>19</sup>, a mastectomia radical vem tendo uma redução em sua realização nas últimas três décadas, dando-se favor às cirurgias conservadoras. O que seria um fator determinante para essa escolha é o tamanho do tumor. Moraes et al.<sup>16</sup>, afirmaram a importância da abordagem conservadora, já que essa proporciona uma melhor adequação psíquica e física das pacientes ao tratamento.

A mamotomia é um procedimento no qual se realiza biópsia percutânea com agulha grossa guiada por ultrassonografia ou mamografia. O seu advento permitiu aumento da especificidade para o diagnóstico de lesões benignas e malignas impalpáveis para em torno de 100%, sendo também método terapêutico, geralmente em lesões benignas, já que permite a retirada de todo tecido anormal, segundo Crippa et al.<sup>6</sup>. No trabalho, este procedimento foi incluído na sessão de cirurgias conservadoras para o tratamento de câncer, já que o procedimento foi realizado após a quimioterapia, sendo feito como tratamento complementar e utilizado em apenas uma paciente estudada.

## Conclusão

Enfim, a grande quantidade de pacientes diagnosticadas já com metástase e evoluindo para óbito reforça a imperiosidade de mais recursos para a detecção de sinais e sintomas mais precocemente. Porém, deve-se levar em consideração que o programa do Ministério da Saúde de rastreamento de câncer atinge apenas mulheres acima de 40 anos, o que justifica o diagnóstico mais tardio. Apesar de dados comprovando que essa faixa etária é a mais atingida, não se pode ignorar a presença desse câncer em

pacientes com idade inferior. Portanto, é necessário o esclarecimento para a população de sinais e sintomas suspeitos de câncer, para a procura de atendimento médico, mesmo antes da idade estabelecida de 40 anos.

## Agradecimentos

Agradecemos aos funcionários da Divisão de Arquivo Médico e Estatístico (DAME) do Hospital Ophir Loyola pelo caloroso tratamento e ajuda na busca pelos prontuários, além do Hospital em questão, que nos recebeu de forma bastante agradável, facilitando a execução da pesquisa de forma satisfatória.

## Referências

- Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol Ciênc Prof.* 2003;23(4):32-41.
- Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):940-6.
- Dutra MC, Rezende MA, Andrade VP, Soares FA, Ribeiro MV, Paula ÉC, Gobbi H. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):54-60.
- 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):445-52.
- Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(3):352-9.
- Crippa CG, Hallal ALC, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. *ACM Arq Catarin Med.* 2003;32(3):50-8.
- Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC, SILVA CMB. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(5):219-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2010, IDB-2010 [cited 2012 Mar 2]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/matriz.htm>
- Oliveira MMC, Torresan C, Oliveira SFV, Torrezan GT, Abuazar CS, Lima RS, Urban CA, Cavalli LR, Ribeiro EMSF, Cavalli IJ. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil. *BEPA Bol Epidemiol Paul.* 2009;6(63):4-14.
- Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, Martelli Júnior H. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):595-604.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Divisão de Informação e Análise de Situação. Informativo Vigilância do Câncer. Rio de Janeiro: MS; 2012. p.1-12.

12. Silva PF. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória – ES: influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento [dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
13. Guerra MR, Mendonça GAS, Bustamante-Teixeira MT, Cintra JRD, Carvalho LM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2455-66.
14. Mourão CML, Silva JGB, Fernandes AFC, Rodrigues DP. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um Hospital de Referência no Ceará. *Rev Rene*. 2008;9(2):47-53.
15. Basilio RLS. Sobrevida de mulheres portadoras de câncer de mama e fatores associados [dissertação]. Campinha Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2011.
16. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2219-28.
17. Schneider IJC, d’Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1285-96.
18. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):481-9.
19. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):113-310.
20. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):656-60.
21. Truffelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Kaliks RRRR, Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):72-6.
22. Gembrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):319-23.