

O CÂNCER DE MAMA NO RIO GRANDE DO NORTE, UM ESTUDO RETROSPECTIVO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO

Breast cancer in Rio Grande do Norte, a retrospective study: epidemiological, clinical and therapeutic profile

Rayssa dos Santos Barboza¹, Jaiomara Karla dos Ramos Ferreira¹,
Renata da Silva Faustino², Lenilton Silva da Silveira Júnior^{1,2,3*}

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico, clínico e terapêutico dos pacientes com neoplasia mamária no Rio Grande do Norte, assistidos na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer entre 2011 e 2012. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo descritivo. Realizou-se análise de prontuários físicos para detectar as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas. **Resultados:** Foram analisados 1.176 prontuários com casos de câncer de mama entre 2011 e 2012. Houve predominância do sexo feminino (99,6%), seguido de 0,4% (5 casos) do sexo masculino. A média de idade foi de 55 anos, de etnia parda (63%), mulheres casadas (51%), com ensino fundamental incompleto (27%), residentes em Natal e na Grande Natal (57%), com histórico familiar presente em 42%. Observou-se que 64% eram procedentes do Sistema Único de Saúde (SUS). A conduta terapêutica de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia foi a mais realizada (24%), sem evidência da doença após o tratamento (63%). O grau de escolaridade não interferiu no diagnóstico em estágios iniciais da doença, e pacientes jovens apresentaram pior prognóstico. **Conclusão:** A determinação do perfil epidemiológico, clínico e terapêutico indica uma visão diferenciada para pacientes menores de 40 anos, gerando necessidade de novas políticas e campanhas de prevenção e rastreamento para o câncer de mama nessa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; neoplasias da mama; tratamento; diagnóstico; prontuários.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological, clinical, therapeutic profile of patients with breast cancer assisted at Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, in Rio Grande do Norte, between 2011 and 2012. **Method:** This is a descriptive, retrospective, cross-sectional study. Physical records were analyzed to detect sociodemographic, clinical, and therapeutic characteristics of patients. **Results:** 1,176 records related to breast cancer from 2011 and 2012 were assessed. Female gender was predominant, with 99.6% of cases, followed by males, with 0.4% (five cases). The mean age was 55 years, brown ethnicity (63%), married women (51%), with incomplete primary education (27%), living in Natal and Great Natal (57%) with family history in 42% of cases. 64% of patients were coming from the Brazilian Public Health System (SUS). Therapeutic approach comprising surgery, radiotherapy, chemotherapy, and hormone therapy was the most performed (24%), with no evidence of disease after treatment (63%). The level of education did not affect diagnosis in early stages of the disease, and young patients had worse prognosis. **Conclusion:** Determining epidemiological, clinical, and therapeutic profile is a different vision for patients aging less than 40 years, so new breast cancer prevention and screening policies and campaigns are needed for this age group.

KEYWORDS: Epidemiology; breast neoplasms; therapy; diagnosis; medical records.

Trabalho realizado no Hospital Liga Norte Riograndense Contra o Câncer – Natal (RN), Brasil.

¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

²Faculdade Natalense de Ensino e Cultura – Natal (RN), Brasil.

³Centro Universitário Facex – Natal (RN), Brasil.

*Autor correspondente: leniltonjunior@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 06/12/2016. **Aceito em:** 28/05/2017

INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de 6 milhões de óbitos por ano e representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo¹. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, inclusive no Brasil, sendo o mais comum entre as mulheres — depois do câncer de pele — e a primeira causa de óbito por câncer²⁻⁴. A distribuição dos novos casos e das mortes por essa neoplasia apresenta grandes diferenças regionais, com taxas mais altas de incidência e mortalidade nas regiões Sul e Sudeste e menores taxas nas regiões Norte e Nordeste⁵. Isso se deve ao menor grau de industrialização das regiões Norte e Nordeste em relação às regiões Sul e Sudeste⁶.

As neoplasias de mama acometem principalmente mulheres na perimenopausa⁷. Os principais fatores de risco estão relacionados a aspectos hormonais, reprodutivos, de idade, sexo e histórico familiar. São incomuns em mulheres jovens, constituindo-se em 5 a 7% dos casos⁸. Entre as mulheres que desenvolvem a doença antes dos 50 anos o prognóstico é pior, já que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito quando a paciente é sintomática e, portanto, já evoluiu para um estágio mais avançado da doença^{3,8}. Diagnóstico precoce consiste na conscientização da população e dos profissionais de saúde para os sinais e sintomas do câncer, de modo a promover a realização de consulta nos serviços de saúde para os indivíduos sintomáticos. Rastreamento significa submeter indivíduos sem sintomas a exames de triagem para detectar o câncer, ou lesões precursoras do câncer, e organizar referências para a confirmação do diagnóstico e o tratamento⁵.

As principais estratégias para o controle desse tipo de câncer são: prevenção primária, com identificação e correção dos fatores de risco evitáveis; prevenção secundária, com detecção precoce e tratamento; e prevenção terciária, com reabilitação e cuidados paliativos. As estratégias de prevenção secundária são as únicas que promovem redução nas taxas de mortalidade e, por esse motivo, vêm recebendo maior atenção dos sistemas nacionais de saúde⁹. O grau de conhecimento do paciente aumenta proporcionalmente ao nível de escolaridade. O autoexame de mama é uma ferramenta importantíssima para o diagnóstico precoce da doença, ressaltando-se, assim, a necessidade de projetos informativos e educativos que respeitem as limitações das usuárias quanto ao grau de escolaridade⁶.

A garantia de acesso ao método de diagnóstico da mamografia como medida preventiva ao câncer de mama a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade é dada pela Lei Federal n.º 11.664/2008. Trata-se do método de eleição para o rastreamento desse agravo, pois possibilita a detecção precoce de lesões menores ou iguais a um centímetro, representando melhor resposta terapêutica e capacidade de cura^{10,11}. Já a ultrassonografia tem grande aplicação na diferenciação entre tumores císticos e sólidos. Esse exame tem melhor resultado quando feito em mamas

densas, com tecido glandular exuberante, como as mamas de mulheres jovens com menos de 35 anos¹². Outro exame importante é o de marcadores tumorais, os quais se constituem em diversas substâncias como proteínas, carboidratos, lipídios, glicoproteínas, enzimas específicas de um tumor ou associadas a eles, quando secretadas em grande concentração. A utilização desses marcadores vem contribuindo largamente para o diagnóstico preditivo e a avaliação do prognóstico do câncer de mama¹³.

Atualmente, a terapêutica da neoplasia mamária é realizada por equipe multidisciplinar, visando ao tratamento integral da paciente. As condutas terapêuticas a serem instituídas são combinações entre: cirurgias conservadoras ou radicais, radioterapia, quimioterapia ou hormonioterapia. Assim, o custo para essa terapêutica está subordinado ao estágio da doença no momento do diagnóstico, ou seja, quanto mais avançado o estágio da doença, mais caro e difícil o tratamento¹⁴.

O objetivo do presente estudo foi descrever as características epidemiológicas e clínicas das neoplasias mamárias no Rio Grande do Norte a partir da análise de dados cadastrados no arquivo da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer nos anos de 2011 e 2012.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo descritivo de base hospitalar. A população-alvo foi composta de pacientes com diagnóstico de câncer de mama, cujos dados estavam presentes no arquivo da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer. Realizou-se análise de prontuários físicos para detectar as características sociodemográficas: gênero, idade, etnia (branca, preta, amarela, parda), escolaridade, procedência (Natal, Grande Natal — Extremoz, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante e Macaíba — e interior), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado/separado), histórico familiar de câncer de mama, etilismo, tabagismo, origem do encaminhamento (Sistema Único de Saúde – SUS, plano ou particular). Para a descrição das características clínicas e patológicas, foram coletados: diagnóstico e tratamento anteriores (sem diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico e com tratamento e outros); base mais importante para diagnóstico, exames mais relevantes (exame clínico, exame de imagem, cirurgia exploratória, anatomia patológica e marcadores tumorais); tipo histológico (carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobular infiltrante, carcinoma mucoide, carcinoma ductal in situ e outros); lateralidade (direita, esquerda e bilateral); ocorrência de mais de um tumor (sim ou não); metástases à distância e suas localizações; estadiamento clínico (0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV); tipos de tratamentos recebidos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, transplante de medula óssea, imunoterapia, iodoterapia e outros); correlação do grau de escolaridade com o estadiamento clínico, com o intuito de verificar o grau de influência do nível

escolar no diagnóstico precoce ou tardio; e número total de óbitos e identificação do estadiamento clínico da doença nos casos de óbito em pacientes menores de 50 anos, com o intuito de verificar o prognóstico da doença em mulheres jovens.

Inicialmente, foram selecionados 1.176 prontuários. O critério de escolha foi pacientes diagnosticados com câncer de mama e assistidos nas unidades hospitalares participantes, no serviço de mastologia da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, no período de 2011 a 2012. A análise dos prontuários consistiu em sua leitura a fim de coletar os dados sociodemográficos e clínicos, entre janeiro e abril de 2016. Após a análise dos prontuários, as variáveis coletadas foram contabilizadas no Microsoft Excel. Em seguida, foram gerados tabelas e gráficos com as informações identificadas para a representação das mesmas.

Este estudo contempla os princípios vigentes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) n.º 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (CEP/LIGA) com parecer n.º 1.184.381.

RESULTADOS

Foram analisados 1.176 prontuários com casos de câncer de mama diagnosticados entre 2011 e 2012 no serviço de mastologia da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, sendo 569 casos em 2011 e 607 em 2012. Observou-se predominância do gênero feminino (99,6%), porém também se detectou 0,4% (5 casos) do gênero masculino. A média de idade foi de 55 anos, e a faixa etária prevalente foi de 41 a 59 anos. A raça/etnia mais prevalente foi a parda (63%), e 40% (464 pacientes) correspondiam a pacientes menores de 50 anos com estadiamento avançado (IIIA, IIIB, IIIC ou IV, IVA) da doença. Em 40% desses casos, a escolaridade foi Ensino Fundamental incompleto (27%), e 57% da amostra era de residentes de Natal e da Grande Natal, sendo que 51% eram mulheres casadas. O histórico familiar mostrou-se presente em 42% dos indivíduos. Com relação ao etilismo e tabagismo, 52% dos pacientes não são etilistas e 43% não são tabagistas. Notou-se, também, que 64% dos casos foram procedentes do SUS, e que a maioria do custeio do diagnóstico e do tratamento também foi feita pelo SUS (53 e 71%, respectivamente), como pode ser observado na Tabela 1.

Do total de casos, em relação ao diagnóstico e a tratamentos anteriores, na maioria das vezes as pacientes chegaram à unidade hospitalar sem diagnóstico e sem tratamento anterior (68%). Considerando-se a lateralidade do tumor, observou-se prevalência da mama esquerda (52%). Além dos dados já informados na Tabela 1, pode-se observar que a ocorrência de mais de um tumor e de metástase não foi prevalente, e a localização de metástase de maior prevalência foi a óssea (48%). O diagnóstico do câncer ocorreu, de forma predominante, no estadiamento clínico I e IIA, com 18% cada. Dentre as bases mais importantes para o

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com neoplasia mamária assistidos na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer em 2011 e 2012.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
>40	138	12
<40 e >60	625	53
>60	413	35
Gênero		
Feminino	1.172	99,6
Masculino	5	0,4
Etnia/cor da pele		
Branca	333	28,00
Preta	90	8,00
Amarela	1	0,08
Parda	735	63
Escolaridade		
Nenhuma	107	9,0
Fundamental incompleto	313	27,0
Fundamental completo	160	14,0
Nível médio	281	24,0
Superior incompleto	3	0,3
Superior completo	205	17,0
Situação conjugal		
Casado	620	51
Solteiro	305	30
Viúvo	166	14
Separado	84	7
Procedência		
Natal e Grande Natal	673	57
Interior do Rio Grande do Norte	490	42
Outros estados	13	1
Histórico familiar de câncer		
Sim	495	42
Não	294	25
Etilismo		
Sim	102	9
Não	606	52
Ex-etilista	35	3
Tabagismo		
Sim	117	10
Não	505	43
Ex-tabagista	198	17
Origem do encaminhamento		
SUS	757	64
Outros	419	36
Custeio do diagnóstico		
SUS	619	53
Plano de saúde	208	18
Particular	66	6
Custeio do tratamento		
SUS	839	71,0
Plano de saúde	272	23,0
Particular	9	0,8

SUS: Sistema Único de Saúde; *as diferenças de valor se devem à falta de informação.

diagnóstico, como pesquisa clínica, exame por imagem, citologia, marcadores tumorais, histologia da metástase e histologia do tumor primário, em 100% dos casos do estudo a confirmação diagnóstica da doença se deu por meio de histologia do tumor primário. Em se tratando dos exames mais relevantes, foram constatados em 100% dos casos o exame clínico, o exame de imagem e a cirurgia exploratória. Entre 2011 e 2012 ocorreram 160 óbitos, dos quais 38% (60) corresponderam a mulheres com menos de 50 anos. Os estadiamentos III e IV da doença foram prevalentes em 88% do total de casos. Entre esses 60 óbitos, a média de idade foi de 38 anos, e a menor idade apresentada foi 17 anos, de acordo com a Tabela 2.

Os tipos histológicos de tumores observados no estudo estão descritos na Tabela 3, sendo que o mais frequente foi o carcinoma ductal infiltrante (81%).

Entre os tipos de tratamento, observou-se que a conduta terapêutica de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia foi a mais realizada (24%). Após o primeiro tratamento, 63% dos pacientes não apresentaram evidência da doença. Em relação aos casos em que a opção foi não realizar o tratamento, os motivos foram doença avançada (1%) e outras razões não esclarecidas (3%), conforme a Tabela 4.

Realizou-se também a correlação do grau de escolaridade com o estadiamento clínico, cujo resultado está disposto na Figura 1.

DISCUSSÃO

O presente estudo constatou que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (99,6%), não deixando de destacar os 5 casos observados em pacientes do sexo masculino (0,4%). Segundo Nogueira et al.¹⁵ o câncer de mama masculino é uma doença incomum, representando cerca de 1% de todas as neoplasias mamárias, o que corresponde a menos de 1% das neoplasias que ocorrem nos homens, e sendo responsável por menos de 0,1% das mortes entre eles. Esses dados corroboram os resultados de diversos estudos da literatura^{6,15-17}. A média de idade foi de 55 anos, com faixa etária prevalente entre 41 e 59 anos (51%). Do total, 40% correspondiam a mulheres menores de 50 anos e com pior prognóstico da doença. Esse achado vai ao encontro de dados descritos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pela literatura científica, que relata incidência rara e de pior prognóstico em mulheres menores de 35 anos, e que vai se tornando progressiva em mulheres até 50 anos^{6,15-18}. A predominância de pacientes com estado civil casado foi maior (51%). A literatura⁶ não descreve esse dado como fator de risco, porém ele é necessário para a avaliação completa do perfil social dos pacientes.

Em relação à raça/etnia, houve predominância de cor da pele parda (63%), o que corrobora os dados descritos por Pinheiro et al.¹⁶, segundo os quais as raças negra e parda têm maior incidência de câncer de mama do que a raça branca. Porém, neste estudo, a proporção de casos na raça branca (28%) foi superior ao número

Tabela 2. Características clínicas das neoplasias mamárias assistidas na Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer em 2011 e 2012.

Variáveis	N	%
Diagnósticos e tratamentos anteriores		
Sem diagnóstico e sem tratamento anterior	798	68
Com diagnóstico e sem tratamento anterior	135	11
Com diagnóstico e com tratamento anterior	243	21
Lateralidade		
Esquerda	612	52
Direita	545	46
Ocorrência de mais de um tumor		
Sim	30	3
Não	1.146	97
Ocorrência de metástase à distância		
Sim	115	10
Não	1.061	90
Localização da metástase		
Hepática	17	11,0
Óssea	75	48,0
Pulmonar	32	20,0
Cólon e reto	1	0,6
Encefálica	31	20,0
Pleural	1	0,6
Estadiamento clínico		
0	63	5,00
I	206	18,00
IA	1	0,08
II	2	0,20
IIA	215	18,00
IIB	163	14,00
IIIA	177	15,00
IIIB	122	10,00
IIIC	38	3,00
IV	88	8,00
IVA	1	0,08
Óbitos		
Câncer de mama	158	99,0
Infarto agudo do miocárdio	1	0,5
Outros	1	0,5
Estadiamento da doença em óbitos de pacientes menores de 50 anos		60 óbitos
II	7	12
III	31	52
IV	22	36

*as diferenças de valor se devem à falta de informação.

Tabela 3. Caracterização dos tipos histológicos das neoplasias mamárias assistidas na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer em 2011 e 2012.

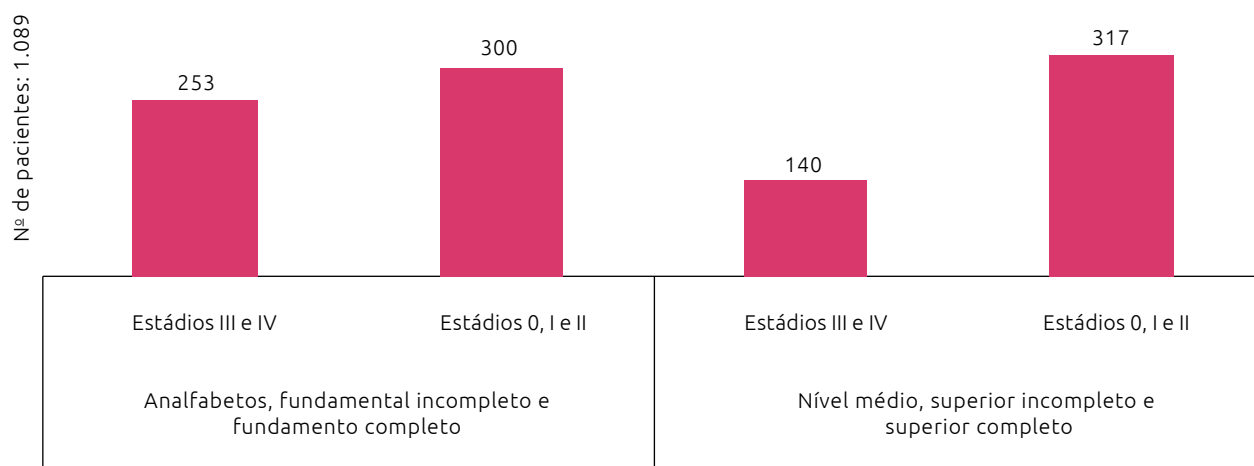
Tipo histológico	N	%
Carcinoma ductal infiltrante	955	81,00
Leiomiossarcoma	1	0,08
Carcinoma ductal infiltrante e lobular	2	0,20
Adenocarcinoma apócrino	23	2,00
Adenocarcinoma intracístico, papilar	5	0,40
Carcinoma lobular infiltrante	35	3,00
Carcinoma mucoide	24	2,00
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	92	8,00
Carcinoma de células pequenas	2	0,20
Tumor maligno não classificado	3	0,30
Carcinoma ductal infiltrativo misto	3	0,30
Adenocarcinoma papilífero infiltrativo	7	0,60
Carcinoma neuroendócrino	1	0,08
Carcinoma metaplásico	5	0,40
Linfoma difuso de células grandes	2	0,20
Adenocarcinoma com metaplasia apócrina	1	0,08
Tumor originado em fibroadenoma	1	0,08
Carcinoma epitelial maligno de origem desconhecida	4	0,30
Doença de Paget mamária	2	0,20
Carcinoma indiferenciado	1	0,08
Carcinoma escamoso microinvasor	1	0,08
Carcinoma papilar	1	0,08
Carcinoma medular	1	0,08
Carcinoma lobular <i>in situ</i>	3	0,30
Linfoma de Hodgkin	1	0,08
Adenocarcinoma tubular	1	0,08

*as diferenças de valor se devem à falta de informação.

Tabela 4. Caracterização dos tipos de tratamento recebidos pelos pacientes com neoplasia mamária assistidos na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer em 2011 e 2012.

Variável	N	%
Tipo de tratamento		
Radioterapia e hormonioterapia	16	1,00
Nenhum	59	5,00
Cirurgia, radioterapia e hormonioterapia	37	3,00
Cirurgia	107	9,00
Radioterapia	159	13,00
Quimioterapia	48	4,00
Hormonioterapia	19	2,00
Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	166	14,00
Quimioterapia e hormonioterapia	5	0,40
Cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia	277	24,00
Cirurgia e radioterapia	111	9,00
Cirurgia e quimioterapia	54	5,00
Quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia	13	1,00
Cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia	37	3,00
Cirurgia e hormonioterapia	35	2,00
Radioterapia e quimioterapia	32	1,70
Cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia e iodoterapia	1	0,08
Estado da doença após tratamento		
Sem evidência	740	63
Remissão parcial	13	1
Doença estável	156	13
Doença em progressão	114	10
Razões em casos em que não se realizou tratamento		
Realizou fora da instituição	1	0,08
Doença avançada	17	1
Outros	33	3

*as diferenças de valor se devem à falta de informação.

**Figura 1.** Comparação entre o grau de escolaridade e o estadiamento clínico de pacientes com neoplasia mamária assistidos na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer em 2011 e 2012.

de casos na raça negra (8%), tornando a literatura controversa nesse ponto. Vale salientar que a população brasileira é bastante miscigenada, o que torna essa variável um fator limitante para o estudo. O grau de escolaridade de maior relevância foi o de Ensino Fundamental incompleto (27%). A literatura¹⁶ descreve que, quanto menor o grau de escolaridade, menores as chances de diagnóstico em estágios precoces da neoplasia, fator que limita a realização de medidas preventivas. Porém, observou-se, no presente estudo, maior proporção de diagnóstico de estágios iniciais da neoplasia, tanto em pacientes com baixo grau de escolaridade — dos quais 30% foram diagnosticados nos estadiamentos iniciais 0, I (incluindo IA) ou II (incluindo IIA, IIB) — quanto naqueles com alto grau de escolaridade — dos quais 31% foram diagnosticados nos estadiamentos iniciais 0, I (incluindo IA) ou II (incluindo IIA, IIB). Tais achados diferem dos dados descritos na literatura^{6,16,19}.

O histórico familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, devido às mutações dos genes BCRA1 e BCRA2, que são passadas de uma geração a outra. O presente estudo revelou que 42% dos pacientes tinham histórico de câncer de mama na família, resultado similar ao obtido por Pinheiro et al.¹⁶. Cerca de 52% dos pacientes relataram não consumir bebida alcoólica. O consumo de bebidas alcoólicas é um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, ou seja, quanto maior o consumo, maior a chance de desenvolver a neoplasia²⁰. Com relação ao consumo de tabaco, 43% dos indivíduos relataram não consumi-lo. A maioria dos pesquisadores concorda que não há provas consistentes para determinar a influência do tabagismo no desenvolvimento do câncer de mama²⁰. O estudo constatou que a maioria dos pacientes cadastrados nos registros analisados eram procedentes da cidade de Natal e da Grande Natal (Extremoz, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba), com 57%, seguidos de pacientes do interior do Rio Grande do Norte (42%), dado importante na caracterização demográfica.

O número de pacientes encaminhados pelo SUS para diagnóstico e tratamento do câncer de mama (53 e 71%, respectivamente) foi superior ao quantitativo encaminhado pela rede privada ou que procurou os serviços por conta própria (18% para diagnóstico e 23% para tratamento). Na maioria dos casos, os pacientes chegaram às unidades hospitalares sem diagnóstico e sem tratamento anterior, achado compatível com o dos estudos realizados por Dugno et al.⁶ e Pinheiro et al.¹⁶. Em relação às características tumorais, evidenciou-se carcinoma ductal infiltrante como tipo histológico mais frequente, seguido de carcinoma ductal *in situ*. Os demais tipos histológicos são menos frequentes e alguns são raros, como a doença de Paget mamária, o que corrobora o resultado de estudos anteriores^{4,16,21,22}.

Em relação à lateralidade do tumor, constatou-se prevalência da mama esquerda, o que reforça dados descritos em estudos anteriores^{16,21,23}. A análise dos dados deste estudo demonstrou que, na maioria dos casos, não houve presença de mais de

um tumor e de metástase à distância, achado que vai ao encontro da literatura científica^{4,16}. Em se tratando da localização da metástase à distância, foi prevalente a óssea (48%), resultado que coincide com dados da literatura. Estudos anteriores relatam que as metástases óssea, hepática e pulmonar são as mais comuns, o que também foi observado no presente estudo²⁴. O estadiamento clínico é estabelecido por meio do sistema TNM, o qual agrupa o tamanho do tumor (T), o número de linfonodos comprometidos (N) e a presença ou não de metástases (M). No presente estudo, a maioria das mulheres apresentou estadiamentos I, IIA e IIIA, o que é compatível com dados descritos na literatura¹⁵. Neste estudo, observou-se estadiamento avançado (\geq III) em mulheres mais jovens e estadiamento menos avançado em mulheres com 50 anos ou mais, resultados também encontrados por Gnerlich et al.²⁵.

Em relação às bases mais importantes para fechar o diagnóstico, observou-se a histologia do tumor primário na totalidade dos casos, resultado que condiz com relatos da literatura científica²⁶. Na maioria dos casos, os exames mais relevantes encontrados foram o exame clínico, o exame de imagem e a cirurgia exploratória, o que também vai ao encontro de dados descritos em estudos anteriores^{16,27}.

De acordo com os resultados deste estudo, percebe-se o domínio da conduta terapêutica de cirurgia associada à radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, seguida da combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sem evidência da doença após tratamento. Esses resultados da combinação terapêutica diferem de alguns dados descritos na literatura, segundo os quais o tratamento mais comum é a combinação de cirurgia e quimioterapia, conforme citado por Pinheiro et al.¹⁶ e Torres et al.²⁸ Tais achados corroboram, porém, os resultados obtidos por Barros et al.¹⁴. Dentre as razões para a ausência de tratamento foi apontada a presença de doença avançada, visto que a conduta, nesses casos, é apenas de cuidados paliativos, conforme recomendações do INCA²⁹.

A identificação do estadiamento da doença nos casos de óbito realizada no presente estudo revela que 38% (60 óbitos) do total de 160, em ambos os anos, foram de pacientes com menos de 50 anos de idade e que apresentavam estadiamento avançado da doença, com prevalência dos estádios III e IV (88%), tendo, assim, pior prognóstico. Esses resultados se assemelham aos dados de vários estudos na literatura^{1,16,21,30}. A maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e pela dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos, devido à alta densidade mamária⁷. Observa-se, conseqüentemente, maior taxa de mortalidade e menor sobrevida livre de doença em mulheres jovens quando comparadas às pacientes maiores de 50 anos que apresentam melhor prognóstico^{12,16}.

Em conclusão, pode-se dizer que a determinação do perfil epidemiológico, clínico e terapêutico do presente estudo

indica uma visão diferenciada para pacientes jovens menores de 40 anos, gerando a necessidade de novas políticas e campanhas de prevenção e rastreamento para o câncer de mama incluindo essa faixa etária. Na população pesquisada, verificou-se que a maioria é procedente de Natal e da Grande Natal, com média de idade de 55 anos, casados, com Ensino Fundamental incompleto, de etnia parda, não etilistas e não tabagistas, e com predominância de custeio de tratamento e diagnóstico pelo SUS. O grau de escolaridade não interferiu no diagnóstico precoce da doença, sendo que tanto os pacientes de baixo grau de escolaridade quanto aqueles de alto grau tiveram prevalência de estadiamentos 0, I (incluindo IA) e II (incluindo IIA, IIB) ao diagnóstico. Quanto à lateralidade do tumor, o maior número de casos foi na mama esquerda, não havendo prevalência de mais de um tumor nem de metástase à distância. Quando foi confirmada metástase, predominou a do

tipo óssea. O estadiamento clínico, na maioria dos casos, foi I, IIA e IIIA, e os tratamentos realizados tiveram como conduta cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, sendo este último o mais utilizado. Finalizado o tratamento, durante o acompanhamento não houve evidência da doença na maioria dos pacientes. Dos óbitos, 38% eram de pacientes menores de 50 anos com pior prognóstico da doença.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Adriana Bezerra, Mychelle Alves e Najara Nascimento, funcionárias da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer que diretamente auxiliaram na execução deste estudo. Agradecemos também aos pacientes, que de forma anônima contribuíram para a divulgação da ciência no estudo do câncer.

REFERÊNCIAS

- Guerra MR, Gallo CV, Mendonça GA. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
- Instituto Nacional de Câncer. Consenso do controle do câncer de mama. 2004 [cited 2016 maio 18]. Available from: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>
- Mafrá AG. Zinc and cancer: a review. *Rev Saúde.* 2005;1(2):144-56.
- Martins E, Junior RF, 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.
- Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(1):67-71.
- Dugno MLG, Soldatelli JS, Daltoé T, Rosado JO, Spada P, Formolo F. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Rev Bras Oncol Clín.* 2014;10(36):60-6.
- Crippa CG, Hallal AL, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C, et al. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *Arq Catarin Med.* 2003;32(3):50-8.
- Hayes DF. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. *New Engl J Med.* 2007;356(24):2505-13.
- Silva JAG. Estimativa 2016: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- Shyian MA, Kostianets MO, Tsuvariev OU, Stolyaruk AV, Antoniuk SS, Filonenko VV, et al. The peculiarities of gene expression of medullary breast carcinoma tumor-associated antigens in different types of breast tumors. *Biopolymers and Cell.* V. 28. n. 5. Ukraine: Institute of Molecular Biology and Genetics; 2012. p. 381-8.
- Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. [cited 2016 maio 20]. Available from: www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama
- Santos GR. Expressão de receptores hormonais, HER-2 e Ki-67 em doença de Paget de mama. [dissertação]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008.
- Eisenberg AL, Koifman S. Câncer de mama: marcadores tumorais. *Rev Bras Cancerol.* 2001;47(4):377-88.
- Barros AC, Barbosa EM, Gebrim LH, Anelli A, Figueira FA, Giglio DA, et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011. p. 1-13.
- Nogueira SP, Mendonça JV, Pasqualette HAP. O câncer de mama em homens. *Rev Bras Mastol.* 2014;24(4):109-14.
- Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RM, et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(3):351-9.
- Leme LHS, Souza GA. Câncer de mama em homens: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. *Rev Ciên Méd.* 2006;15(5):391-8.
- Instituto Nacional do Câncer. 2012 [cited 2016 maio 18]. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf
- Valente SD, Carvalho SMS. Análise do conhecimento das mulheres sobre a prevenção do câncer de mama. *Rev Interdiscipl NOVAFAP.* 2011;4(2):27-34.
- Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick ML, et al. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *BMJ.* 2011;348(1016):1-8.

21. 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]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
22. Gobbi H. Classificação dos tumores de mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. *Rev Bras Patol Méd.* 2012;48(6):463-74.
23. Paulinelli RR, Freitas JR, Curado M, Souza P, Almeida A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3(1):17-24.
24. Araujo VLJ, Veiga JCE, Figueiredo EG, Barboza VR, Daniel JW, Panagopoulos AT. Manejo das neoplasias metastáticas da coluna vertebral – uma atualização. *Rev Colégio Bras Cirurgias.* 2013;40(6):508-14.
25. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. *J Am Coll Surg.* 2009;208(3):341-7.
26. Junior DR, Piatto S, Oliveira VM, Rinaldi JF, Ferreira CAP, Fleury ECF. Valores preditivos das categorias 3, 4 e 5 do sistema BI-RADS em lesões mamárias nodulares não-palpáveis avaliadas por mamografia, ultra-sonografia e ressonância magnética. *Rev Radiol Bras.* 2007;40(2):93-8.
27. Bezerra ALR, Bezerra MCM, Albuquerque LPCM, Aguiar LSMP, Peixoto J. Avaliação clínico-epidemiológica de pacientes portadoras de sarcoma de mama na cidade do Recife. *Rev Bras Mastol.* 2016;26(3):89-94.
28. Torres DM, Valente PV, Feitosa GP, Matos CFP, Mota FSX, Machado JR. Análise de dados epidemiológicos de pacientes acompanhadas por neoplasia mamária em um hospital de Fortaleza (CE). *Rev Bras Mastol.* 2016;26(2):39-44.
29. Normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer: Controle dos sintomas em câncer avançado em adultos. *Rev Bras Cancerol.* 2000;46(3):243-56.
30. Oliveira MF, Carvalho DS, Gonzalez AC, Trajano ETL. Estudo retrospectivo de pacientes diagnosticados com câncer de mama internados em hospital universitário. *Rev Bras Mastol.* 2016;26(2):56-9.