

**FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ
CURSO DE MEDICINA**

**CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL
MELISSA CAROLINA OZÓRIO FERRAZ**

**CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA EM PACIENTES
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CURITIBA

2019

CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL
MELISSA CAROLINA OZÓRIO FERRAZ

**CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA EM PACIENTES
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho Científico de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau
acadêmico de Medicina da Faculdade
Evangélica Mackenzie do Paraná.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Lira
Sobral.

CURITIBA
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná)

S458 Seidel, Catherine Enk Fischer.

Correlação epidemiológica e clínica em pacientes diagnosticadas com câncer de mama em Hospital Universitário / Catherine Enk Fischer Seidel, Melissa Carolina Ozório Ferraz. — Curitiba, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Lira Sobral.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Presbiteriano Mackenzie,
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curso de Medicina, 2019.

1. Câncer de mama. 2. Epidemiologia. I. Ferraz, Melissa Carolina Ozório. II. Título.

CDD 616.994

TERMO DE APROVAÇÃO

CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL
MELISSA CAROLINA OZÓRIO FERRAZ

CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA EM PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho Científico de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau acadêmico de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Lira Sobral.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professor (Titulação e nome completo)
Instituição 1

Professor (Titulação e nome completo)
Instituição 2

CURITIBA

2019

AGRADECIMENTOS

É mais do que necessário expressar a gratidão àqueles que fazem parte do nosso crescimento pessoal e intelectual.

Primeiramente, agradecemos a Deus por nos proporcionar o que nem poderíamos imaginar e por guiar nosso caminho até aqui.

Aos nossos pais e irmãos, obrigada por permitirem que realizássemos nosso sonho, mas principalmente, por sonharem conosco. Nossa eterna gratidão por todo apoio, amor e ensinamentos.

À Professora Ana Cristina Lira Sobral, orientadora deste trabalho, muito obrigada. Você é um exemplo de mestre que, sem dúvidas é destaque em nossa formação. Além de professora, tornou-se nossa amiga. Temos sorte de ter você em nossas vidas.

À Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, seu corpo docente, direção e administração. Temos certeza que nossa formação é singular em meio a outras universidades.

Aos nossos amigos. Nossos dias não seriam os mesmos sem vocês. Eternamente gratas por cada momento e ansiosas pelo que está por vir.

Àqueles que contribuem direta ou indiretamente para a nossa formação, nosso muito obrigada.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública, representando, em 2018, 29,5% de todas as neoplasias no Brasil. O principal fator de risco é ser mulher, mas se destacam também o envelhecimento, história familiar, consumo de álcool, excesso de peso e exposição ao estrogênio. O rastreamento consiste na tentativa de pesquisa da doença em população assintomática na fase pré-clínica. O Ministério da Saúde recomenda a mamografia bienal nas mulheres de idade entre 50 e 69 anos. Há divergência na literatura a respeito dessa política. O entendimento dos fatores epidemiológicos, biologia do tumor e sua disseminação associados a aspectos moleculares, radiológicos e clínicos são essenciais para permitir políticas de rastreio e diagnóstico precoce. **Objetivos:** Verificar os aspectos epidemiológicos das pacientes diagnosticadas com câncer de mama e avaliar fatores referentes ao tumor que têm impacto no prognóstico. A partir disso, avaliar a eficácia da atual política de rastreamento adotada pelo SUS. **Metodologia:** Nesse estudo, 194 prontuários de pacientes diagnosticadas com câncer de mama período de 2013 a 2018 no serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM) foram analisados, sendo 76 descartados por não se adequarem aos critérios. Dentre as variáveis analisadas estão: idade ao diagnóstico, tamanho do tumor, tipo e grau histológico, BIRADS, clínica e cirurgia realizada inicialmente. **Resultados:** A média de idade das pacientes ao diagnóstico foi de 52,31 anos, variando de 23 a 82. As faixas etárias mais prevalentes foram as de 50 a 59 anos, seguida de 40 a 49 anos. 81% das pacientes procuraram serviço médico com queixa de nódulo palpável e apenas 9% eram assintomáticas ao diagnóstico. 56,78% dos tumores eram de grau histológico tipo 2, enquanto 35,59% foram classificados como grau 3. 73,73% apresentava tamanho tumoral de dimensão igual ou superior a 2 centímetros. Dentre as cirurgias realizadas inicialmente, a mastectomia foi a mais frequente (51,69%). 58% das pacientes apresentaram linfonodo positivo para malignidade. **Conclusões:** 53,39% das pacientes não estão dentro da faixa etária abrangida pela atual política. Além disso, 91% das pacientes relatavam clínica ao diagnóstico, o que indica falha no principal objetivo do rastreamento. Dentre as pacientes fora da faixa etária de rastreamento, 94% apresentava tumores de grau 2 ou 3. Nesse mesmo grupo, 54% das pacientes manifestaram tumor de tamanho igual ou superior a 2 centímetros. **Descritores:** Neoplasia da Mama; Programas de Rastreamento; Mamografia.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is a public health care problem, representing in 2018 29,5% of all cancers in Brazil. The main risk factor is being a woman, but aging, family history, alcohol intake, overweight and estrogen exposure also stands out. Screening consists of an attempt to search for the disease in asymptomatic population in the preclinical phase. Brazil's Ministry of Health recommends biennial mammography in women aged 50 to 69 years. There are divergences in the literature regarding this policy. Understanding the epidemiological factors, tumor's biology and its dissemination associated with molecular, radiological and clinical aspects are essential to enable screening policies and early diagnosis. **Objectives:** To verify the epidemiology of female patients diagnosed with breast cancer and evaluate the tumor's factors that affects the prognosis. By that, measure the efficiency of the screening recommended by SUS. **Methodology:** In this study, 194 medical records of patients diagnosed with breast cancer from 2013 to 2018 at the Gynecology service of Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM) were analyzed, being 76 discarded for not fitting in the criteria. Some of the variables analyzed were: age at diagnosis, tumor's size, type and histological grade, BIRADS, clinic and type of surgery initially performed. **Results:** The average age of the patients at the time of diagnosis was 52,31 years, ranging from 23 to 82. The most prevalent age groups were 50 to 59 years, followed by 40 to 49 years. 81% of the patients sought medical attention with a palpable nodule complaint and only 9% were asymptomatic at the time of diagnosis. 56,78% of the tumors were histological grade 2, while 35,59% were classified as grade 3. 73,73% had a tumor sized 2 centimeters or larger. Among the surgeries initially performed, mastectomy was the most frequent (51,69%). 58% of the patients had positive lymph nodes malignancy. **Conclusions:** 53,39% of patients are not within the age range covered by the current policy. In addition, 91% of patients reported symptoms at the time of diagnosis, which indicates failure on the main goal of the screening. Between the patients that are not within the age range covered by current policy, 94% had tumors classified as grade 2 or 3. In the same group, 54% of the patients had tumors sized equal or superior as 2 centimeters.

Keywords: Breast Neoplasm; Mass Screening; Mammography

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Faixa Etária.....	22
Gráfico 2 – Tipo Histológico	23
Gráfico 3 – Localização do Tumor.....	23
Gráfico 4 – Grau Histológico	24
Gráfico 5 – Tamanho do Tumor	25
Gráfico 6 – Cirurgia Inicial	25
Gráfico 7 - BIRADS	26
Gráfico 8 – Grau x Faixa Etária do Rastreamento.....	27
Gráfico 9 – Tamanho do Tumor x Faixa Etária do Rastreamento	28
Gráfico 10 – Grau x Tamanho do Tumor.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média do tamanho do tumor por faixa etária	28
---	----

LISTA DE SIGLAS

AJCC	- American Joint Committee on Cancer
BIRADS	- Breast Imaging Reporting and Data System
BRCA1	- Breast Cancer Type 1
BRCA2	- Breast Cancer Type 2
CDIS	- Carcinoma Ductal in Situ
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CLIS	- Carcinoma Lobular in Situ
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HER2	- Receptor Tipo 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano
HUEM	- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie
IA	- Inibidor da Aromatase
IMC	- Índice de Massa Corpórea
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
NTE	- Carcinoma Ductal Invasivo Nenhum Tipo Especificado
OMS	- Organização Mundial de Saúde
QSL	- Quadrante Superior Lateral
QSM	- Quadrante Superior Medial
RE	- Receptor de Estrogênio
RP	- Receptor de Progesterona
SUS	- Sistema Único de Saúde
TMX	- Tamoxifeno
UQS	- União dos Quadrantes Superiores
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4	METODOLOGIA.....	21
5	RESULTADOS	22
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	37

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde pública mundial. Segundo o INCA, no Brasil, em 2018, o câncer de mama feminino teve uma incidência de 56.700 casos, representando 29,5% de todas as neoplasias. Calcula-se que o risco é de 56,33 casos a cada 100.000 mulheres. Excetuando-se os tumores de pele não melanoma, é o câncer mais incidente nas mulheres das regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Já na região Norte, ocupa segunda posição (19,21/100 mil). Ao se tratar da mortalidade em mulheres, o câncer de mama representou 16,1% dos óbitos por neoplasia no Brasil em 2017, totalizando 16724 casos.

Os principais fatores de risco são: pertencer ao sexo feminino, envelhecimento, histórico familiar (principalmente quando em casos de mutações dos genes BRCA1 e BRCA2), consumo excessivo de álcool, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo e histórico de longa exposição ao estrogênio, seja por nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia ou uso de terapia de reposição hormonal.

O rastreamento de doenças consiste na tentativa de pesquisa da doença em população assintomática na fase pré-clínica. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda a mamografia como método de rastreamento para as idades de 50 a 69 anos em periodicidade bienal. Apesar das recomendações, há diversas divergências na literatura a respeito da faixa etária abrangida pela atual política de saúde do Brasil.

O entendimento amplo dos fatores epidemiológicos, correlações entre a biologia do tumor e sua forma de disseminação associados ao conhecimento multidisciplinar envolvendo aspectos moleculares, radiológicos e clínicos tornam-se fundamentais para permitir políticas de rastreio e diagnóstico precoce eficientes. Este trabalho visa, dentro de um pequeno universo, retratar os aspectos referentes às pacientes no momento de seu diagnóstico, bem como verificar a eficácia das atuais políticas de rastreamento.

2 OBJETIVOS

Verificar os aspectos epidemiológicos das pacientes diagnosticadas com câncer de mama e avaliar fatores referentes ao tumor que têm impacto no prognóstico. A partir disso, avaliar a eficácia da atual política de rastreamento adotada pelo Sistema Único de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de mama é um problema de saúde pública mundial. Segundo o INCA, no Brasil, em 2018, o câncer de mama feminino teve uma incidência de 56.700 casos, representando 29,5% de todas as neoplasias. Calcula-se que o risco é de 56,33 casos a cada 100.000 mulheres. Excetuando-se os tumores de pele não melanoma, é o câncer mais incidente nas mulheres das regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Já na região Norte, ocupa segunda posição (19,21/100 mil). Ao se tratar da mortalidade em mulheres, o câncer de mama representou 16,1% dos óbitos por neoplasia no Brasil em 2017, totalizando 16724 casos (INCA, 2018). Apesar da maioria absoluta dos casos de câncer de mama ser em indivíduos do sexo feminino, homens também podem ser acometidos, representando 1% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

A Sociedade Americana de Câncer divide os fatores de risco do câncer de mama em inalteráveis e relacionados ao estilo de vida (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019)

Como fatores de risco inalteráveis, é importante destacar que apenas o fato de pertencer ao sexo feminino aumenta o risco de câncer de mama em 100 vezes. O envelhecimento também merece destaque, já que a maioria dos casos dessa doença ocorre em mulheres com 55 anos ou mais. Isso ocorre devido ao acúmulo de exposições e alterações biológicas ao longo da vida. A genética tem seu papel de destaque, uma vez que 5 a 10% dos casos de câncer de mama são considerados hereditários. As mutações mais conhecidas são das dos genes BRCA1 e BRCA2, que, além de aumentarem o risco para a doença, também aumentam o risco de aparecimento do câncer de mama bilateral e em pacientes mais jovens, além da chance do desenvolvimento de outras neoplasias, sendo a de ovário merecedora de destaque. A história familiar da doença também é relevante. Em casos em que o familiar é de primeiro grau, o risco dobra. Caso dois familiares de primeiro grau sejam acometidos, o risco aumenta em três vezes. Acometimento de pai ou irmão por câncer de mama também é importante. Apesar disso, apenas 15% das mulheres com câncer de mama tem familiar com essa doença. Histórico pessoal de câncer de mama aumenta o risco de aparecimento de neoplasia na outra mama ou em outra parte da mama acometida. A etnia também é relevante. De maneira geral, ser da raça branca

aumenta o risco de câncer de mama. Entretanto, em pacientes com menos de 45 anos, a raça negra é mais acometida. Mulheres negras também apresentam maiores taxas de mortalidade. Tecido mamário denso aumenta em 1,5 a 2 vezes o risco de câncer de mama, além de reduzir a visibilidade de possíveis tumores na mamografia. Alterações benignas da mama em pouco alteram a probabilidade de a paciente vir a desenvolver câncer de mama. Merecem destaque as hiperplasias com atipia, tanto ductal quanto lobular. Pacientes com essas lesões apresentam até 5 vezes mais risco para câncer de mama. Menarca precoce (antes dos 12 anos) e menopausa tardia (após os 55 anos) apresentam maior risco devido ao maior tempo de exposição ao estrogênio e testosterona. Histórico de radioterapia em tórax por outras neoplasias tem grande importância, principalmente se a paciente era jovem ou ainda em desenvolvimento de mamas quando foi irradiada (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

Dentre os relacionados ao estilo de vida, podemos citar o consumo de álcool, sendo o risco diretamente proporcional à quantia diária consumida. Uma dose diária aumenta minimamente o risco, enquanto duas a três doses por dia aumentam em 20% o risco em comparação com mulheres que não consomem álcool. Sobrepeso ou obesidade, principalmente após a menopausa, aumentam o risco de câncer de mama. O ganho de peso após a vida adulta parece ter maior impacto no risco se comparado àquelas pacientes que apresentaram sobrepeso ou obesidade desde a infância. Pacientes sedentárias, nulíparas, que tiveram o primeiro filho após os 30 anos, que não amamentaram ou que o fizeram por período inferior a 18 a 24 meses também apresentam maior risco de desenvolver a doença. O uso de métodos contraceptivos hormonais, como pílulas e progesterona injetável também aumentam a probabilidade da doença. Mais estudos a respeito de implantes hormonais, dispositivos intrauterinos, adesivos cutâneos e anéis vaginais são necessários. A terapia de reposição hormonal combinada após a menopausa também parece aumentar o risco de câncer de mama devido aos efeitos proliferativos do estrogênio. Próteses de silicone podem dificultar a visualização do tecido mamário na mamografia e parecem estar relacionadas ao Linfoma Anaplásico de Células Grandes (ALCL), um tipo raro de câncer que tem maior prevalência nas pacientes que utilizaram próteses com superfície texturizada quando comparadas àquelas de superfície lisa (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

A maioria das lesões malignas de mama são adenocarcinomas, subdivididos em carcinoma in situ e carcinoma invasivo ou infiltrante. O carcinoma in situ refere-se

a uma neoplasia restrita a membrana basal dos ductos e lóbulos mamários. Já o carcinoma invasivo ultrapassa a membrana basal e penetra no estroma, sendo potencial invasor de vasos, o que pode resultar em metástases à distância ou locorreionais (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018)

Os carcinomas foram originalmente classificados como lobular e ductal, porém atualmente são reconhecidos diferentes padrões de crescimentos que não são relacionados ao sítio de origem da célula neoplásica, mas sim pelo padrão da biologia celular tumoral. Assim, os carcinomas que são denominados lobulares se referem a um tipo específico de carcinoma, e os ductais são aqueles que não tem outra designação (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) teve sua incidência aumentada devido ao rastreamento por mamografia, já que sua detecção é possível através de microcalcificações ou pela fibrose que circunda a neoplasia, aumentando a densidade mamária. Apesar de limitadas pela membrana basal, as células podem se espalhar para ductos e lóbulos, envolvendo um setor inteiro da mama. As células do CDIS apresentam 5 subtipos arquiteturais: comedocarcinoma, sólido, cribiforme, papilífero e micropapilífero, podendo ter um único subtipo ou um misto deles em uma neoplasia (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O Carcinoma Ductal Invasivo é denominado de Nenhum Tipo Especificado (NTE) e representa a maioria dos carcinomas. Os nódulos têm consistência endurecida, com bordas irregulares e pequenos focos de calcificação. Sua histologia é extremamente variada de acordo com a diferenciação celular. Os bem diferenciados têm formações tubulares proeminentes, núcleos pequenos e arredondados e poucas mitoses. Os moderadamente diferenciados têm células infiltrantes únicas e agrupamentos sólidos, com alto grau de pleomorfismo e figuras mitóticas. Já os pouco diferenciados geralmente invadem como nichos desorganizados ou lâminas sólidas de células com núcleo aumentado e irregular, com alta taxa de proliferação celular e áreas de necrose tumoral (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O Carcinoma Lobular In Situ (CLIS) não provoca calcificações ou outras alterações na mamografia, logo, é um achado incidental em biópsias, com baixa incidência. Ocorre em sua maioria em mulheres jovens, antes da menopausa. As células são arredondadas devido a perda da E-caderina, uma proteína de adesão. Têm núcleo oval ou arredondado e nucléolo pequeno. Células em anel de sinete podem ser encontradas. A maioria expressa receptor de estrogênio (RE) e receptor

de progesterona (RP), porém a superexpressão do HER2 não é observada (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O Carcinoma Lobular Invasivo apresenta-se como nódulos palpáveis ou alteração de densidade mamográfica com bordos irregulares, porém, em cerca de 25% dos casos o tumor se infiltra difusamente causando pequena desmoplasia. As células tumorais infiltrativas são incoesas, arranjadas em fileiras simples, em aglomerados ou em lâminas. As células são idênticas às do CLIS, podendo também ser encontradas células em anel de sinete (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

Atualmente existem técnicas que analisam as moléculas de DNA, RNA, receptores hormonais e proteínas dos carcinomas, possibilitando a classificação molecular do carcinoma mamário invasivo NTE. Cinco maiores padrões de expressão genética desse grupo são: Luminal A, Luminal B, Normal, Basal-símile e HER2 positivo (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O padrão tumoral Luminal A corresponde a maior parte dos tumores, sendo em sua maioria bem ou moderadamente diferenciados e consiste em neoplasias que são RE positivos, RP positivos e HER2 negativos com Ki-67 baixo (<20%). Geralmente esses tumores são de crescimento lento e respondem bem à hormonioterapia, entretanto, apenas uma pequena parcela responde à quimioterapia convencional. O tipo Luminal B geralmente tem maior grau e taxa proliferativa que o Luminal A, sendo que ele, além de expressar RE, tem superexpressão de HER2. O Ki-67 é alto e o RP baixo ou negativo. Já o tipo basal-símile é chamado de triplo negativo pois não expressa RE, RP e HER2, sendo considerado mais agressivo, com metástases para vísceras e cérebro (GOLDHIRSCH et al., 2011; KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018;).

Alguns fatores prognósticos são considerados importantes preditores de morte por câncer de mama e incluídos no sistema de estadiamento do American Joint Committee on Cancer (AJCC), São eles: metástases linfonodais, tamanho do tumor, doença local avançada e grau histológico (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

Na ausência de metástases a distância, o status dos linfonodos axilares é o fator prognóstico mais importante para o carcinoma invasivo. O acompanhamento clínico do status dos linfonodos não é confiável visto ao grande número de falsos positivos e falsos negativos, por isso a biópsia é mais indicada pela precisão na avaliação. Quando não há envolvimento linfonodal, a taxa de sobrevida livre de doença em 10 anos é entre 70% e 80%. Caso um a três linfonodos sejam positivos, a

taxa cai para 35% a 40% e, se mais de 10 linfonodos forem acometidos, para 10% a 15% (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O tamanho do tumor invasivo de mama é o segundo mais importante fator prognóstico. Apesar de serem fatores independentes, o risco de metástases dos linfonodos axilares aumenta com o tamanho do carcinoma. Uma paciente com linfonodo negativo e tamanho do tumor menor que um centímetro tem uma taxa de sobrevida em 10 anos de 90% enquanto que em casos de tumor maior que dois centímetros essa taxa cai para 77%. Invasão de pele ou musculatura esquelética indicam grande tamanho da neoplasia e dificuldade de tratamento cirúrgico (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

O sistema de graduação mais comumente aplicado é o Escore Histológico de Nottingham que combina o grau nuclear, formação tubular e taxa de mitoses para classificar os carcinomas invasivos três categorias que se correlacionam com a sobrevida. Carcinoma bem diferenciado grau 1 (20% do total) tem sobrevida que declina para 70% em 24 anos. Já o carcinoma moderadamente diferenciado grau 2 (35% do total) tem melhor sobrevida inicialmente, porém, a longo prazo é melhor quando comparado ao carcinoma bem diferenciado grau 3 (representam 46% do total), em que a maioria dos óbitos ocorrem nos primeiros 10 anos e apenas 45% dos pacientes possuem longa sobrevida (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2018).

A clínica do câncer de mama é extremamente variada. Pode apresentar-se como massa palpável, dor em mama, retração mamilar ou de pele, alteração de pele, descarga papilar, dor ou massa em axila, edema em membro superior ou sintomas de disseminação metastática. Ao exame físico, é importante investigar características de cada sintoma. Tamanho, forma, consistência, fixação em planos profundos ou pele, multiplicidade e localização devem ser detalhados ao avaliar a massa palpável. Já nas alterações de pele, além de eritema, edema, retração, infiltração e ulceração deve-se determinar a localização e extensão desses sintomas. Ao avaliar o mamilo, a presença de retração, eritema, erosão, ulceração e descarga papilar devem ser determinadas (WHO, 2006). A descarga deve ser especificada, sendo que secreções unilaterais em água de rocha ou serossanguinolentas são indicativas de doença maligna (CDC, 2018). A investigação de linfonodos axilares e supraclaviculares é imprescindível, bem como a consistência, número, tamanho, localização e fixação a estruturas próximas. Sítios de possível disseminação metastática também devem ser avaliados (WHO, 2006).

Além da avaliação da mama e estruturas próximas, também devem ser analisados o estado geral do paciente, altura e peso, avaliação de outros sintomas, histórico pessoal de doença de mama e outras doenças, bem como histórico familiar de neoplasias, sendo o enfoque ginecológico necessário. O histórico pessoal ginecológico da paciente deve ser retratado, sendo necessárias informações como a idade da menarca, idade do primeiro parto, número de gestações, filhos e abortos, idade da menopausa e uso hormonal, incluindo pílulas contraceptivas e terapia de reposição hormonal, bem como o tipo e duração de seus usos (WHO, 2006).

Diagnóstico precoce e rastreamento não são considerados sinônimos. O primeiro refere-se a conscientizar o público e profissionais de saúde a respeito dos sinais e sintomas precoces para facilitar o diagnóstico antes que a doença seja considerada avançada. O segundo diz respeito a realizar a pesquisa da doença em uma população assintomática em busca da doença em sua fase pré-clínica. Quando encontradas alterações sugestivas, outras maneiras de investigação são necessárias (WHO, 2007).

As recomendações atuais do Ministério da Saúde em relação ao uso da mamografia como ferramenta de rastreamento dizem respeito à sua utilização na população de 50 a 69 anos sem fatores de risco adicionais, sendo a periodicidade bienal. Na faixa etária de 50 a 59 anos a recomendação é favorável fraca, ou seja, os possíveis benefícios e danos são provavelmente semelhantes. Já na faixa de 60 a 69 anos, os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos. Para pacientes com menos de 50 anos ou idade superior a 70 anos a recomendação é contrária ao rastreamento mamográfico. Além disso, o autoexame das mamas não é recomendado, visto que os benefícios, quando comparados aos possíveis danos, não são claros (CONITEC, 2015).

Existem divergências na literatura a respeito da idade de recomendação do rastreamento da população sem fatores de risco adicionais. O Colégio Brasileiro de Radiologia, a Sociedade Brasileira de Radiologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam que a faixa etária de 40 a 49 anos seja incluída na política de rastreamento mamográfico. Além disso, no grupo de pacientes com idade superior a 74 anos, o rastreamento deve ser realizado nas pacientes com expectativa de vida superior a 7 anos (URBAN et al., 2017).

O sistema BIRADS, desenvolvido pelo Colégio Americano de Radiologia em 1993 com o objetivo de padronizar os laudos de mamografia no mundo, descreve os achados característicos das mamografias e direciona a conduta e acompanhamento para cada caso. Os principais achados considerados no BIRADS são: nódulo, assimetria, distorção arquitetural, calcificações e características associadas como retração mamilar e retração da pele (BARAZI; GUNDURU, 2019). Após a caracterização desses achados, cabe ao radiologista classificá-los em 7 categorias:

- BIRADS 0 - Avaliação incompleta. Necessidade de avaliação por imagem adicional.
- BIRADS 1 - Mamografia sem alterações. A periodicidade do acompanhamento deve ser normal.
- BIRADS 2 - Benigno. A periodicidade do acompanhamento deve ser normal.
- BIRADS 3 - Provavelmente Benigno. Repetir exame em 6 meses.
- BIRADS 4 - Suspeito para malignidade. Necessita biópsia para avaliação.
- BIRADS 5 - Altamente suspeito para malignidade. Necessita biópsia para avaliação.
- BIRADS 6 - Malignidade já comprovada por biópsia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em casos em que nódulo foi encontrado, seja por exames de imagem ou exame físico, a biópsia deverá ser realizada. Deve-se dar preferência ao método menos invasivo para evitar potenciais danos em casos de lesões benignas. Em casos de positividade pela anatomia patológica, o médico deve realizar uma anamnese detalhada para determinar possíveis fatores de risco e entender o desenvolvimento da doença. O exame físico também deve ser realizado, dando enfoque ao exame axilar, cervical e supraclavicular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além do diagnóstico de carcinoma pela anatomia patológica, deve-se realizar também a sua classificação molecular. O método preferencial é a imuno-histoquímica. Apesar de existir cinco subtipos moleculares de câncer de mama, a definição do tratamento ocorre pela presença dos receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP), além da avaliação do status do HER2. O laudo da imuno-histoquímica informa o percentual de acometimento dos receptores hormonais e quantifica os receptores HER2, de maneira a detalhar o tipo de carcinoma para especificar o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A partir do momento em que é definida a necessidade de remoção cirúrgica do tumor, existem duas linhas de abordagem: a conservadora e a tradicional. As opções conservadoras têm como base a remoção do tumor com margem de segurança e incluem tumorectomias, setorectomias e quadrantectomias. Mastectomias enquadram-se na categoria radical e consistem na remoção de toda a glândula (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011).

Para determinar qual é a abordagem cirúrgica ideal para a paciente, o estadiamento do tumor deve ser realizado, assim como deve-se avaliar a proporção do tumor em relação ao volume total da mama. Múltiplos focos tumorais, necessidade de radioterapia e o desejo da paciente também devem ser levados em consideração (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011).

Em casos de câncer de mama inicial, o tratamento cirúrgico conservador é a opção de escolha, apresentando taxas de sobrevida semelhantes à abordagem radical, além de melhor aceitação pela paciente devido ao menor impacto estético (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011). A técnica conservadora é contraindicada em casos de microcalcificações extensas, multicentricidade, multifocalidade e carcinoma inflamatório, por exemplo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia estima que 80% das operações para tratamento do câncer de mama são realizadas pela abordagem conservadora (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011).

A tumorectomia é a retirada do nódulo maligno. Atualmente, não é mais indicada em casos de malignidade devido à pequena margem de segurança. A setorectomia é a ressecção do tumor e do segmento mamário com ao menos um centímetro de margem. A quadrantectomia consiste na redução de todo o quadrante onde se encontra o tumor, além da pele e da fáscia do músculo grande peitoral (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011). Em geral, as cirurgias conservadoras são acompanhadas da técnica do linfonodo sentinela quando o carcinoma é invasivo e a clínica na axila é negativa. Esse procedimento consiste da retirada de linfonodo axilar em nível I que foi identificado pelo corante azul patente ou radiotraçador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Existem diversas variantes das mastectomias, entre elas, a adenomastectomia, a mastectomia total com preservação cutânea, a total exclusiva e a mais aplicada, a mastectomia radical modificada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Na adenomastectomia, é realizada a ressecção de toda a glândula com preservação do

complexo areolopapilar quando confirmado que o tecido subjacente não apresenta malignidade. Na mastectomia com preservação cutânea toda a glândula e o complexo areolopapilar são retirados, mas a pele é preservada, o que possibilita a utilização de prótese de silicone para melhor resultado estético. A mastectomia exclusiva é indicada em pacientes com comorbidades como hipertensão, diabetes ou obesidade mórbida, que contraindicam a reconstrução em segundo tempo (CHAGAS; MENKE; VIEIRA, 2011). A mastectomia compreende a retirada total da glândula e esvaziamento axilar, geralmente em níveis I, II e III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A radioterapia é uma das opções de tratamento adjuvante e é indicada quando o paciente tem quatro ou mais linfonodos positivos, foi submetida a tratamento conservador, a margem cirúrgica de segurança foi positiva, a outra cirurgia necessária não é possível ou tumores de tamanho igual ou superior a 5 cm. O esquema preconizado consiste em 25 sessões durante 5 semanas mais uma dose adicional sobre o leito tumoral. A dose escolhida é a de 50 Gy. É possível também utilizar a radioterapia como método de tratamento paliativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A quimioterapia pode ser classificada em adjuvante e neoadjuvante. A adjuvante consiste na aplicação das doses após o tratamento considerado definitivo, sendo esse, em geral, a cirurgia, enquanto a quimioterapia neoadjuvante/citorredutora é realizada antes do tratamento cirúrgico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As principais drogas quimioterápicas para câncer de mama são: Antraciclinas (doxorrubicina e epirrubicina), Taxanos (paclitaxel e docetaxel), 5-fluoracil, Ciclofosfamida e Carboplatina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No câncer de mama avançado se adiciona à essa lista as drogas: Vinorelbina, Capecitabina, Gemcitabina, Mitoxantrona, Ixabepilone e Eribulin (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para pacientes com receptores hormonais positivos (RE e RP), pode ser usada a hormonioterapia adjuvante com Tamoxifeno (TMX) para mulheres na pré ou pós-menopausa, diferente do Inibidor da Aromatase (IA) que é indicado apenas para pacientes na pós-menopausa. Os IA incluem o Anastrozol, Letrozol e Exemestano. O tratamento hormonal também pode ser utilizado como terapia neoadjuvante de pacientes na pós-menopausa com tumor localmente avançado, receptores hormonais positivos e HER2 negativo que não receberam quimioterapia prévia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

4 METODOLOGIA

Por tratar-se de um estudo retrospectivo, o trabalho consiste em análises de prontuários de pacientes diagnosticadas com câncer de mama nos últimos 5 anos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Foram analisados 194 prontuários do serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de pacientes diagnosticadas com neoplasia maligna da mama (CID 10 C50). Entretanto, 76 prontuários foram descartados devido aos critérios de inclusão e exclusão, sendo a principal causa o prontuário incompleto, restando 118 prontuários elegíveis.

Foram analisados os seguintes dados: classificação BIRADS, tipo histológico do tumor, grau da neoplasia com base no Escore Histológico de Nottingham, localização do tumor, maior diâmetro do tumor, cirurgia escolhida para tratamento inicial, uso da técnica de linfonodo sentinela ou esvaziamento axilar, clínica apresentada, idade do diagnóstico e menarca. Devido ao fato de os prontuários estarem extremamente incompletos, alguns dados não foram analisados. São eles: cor, IMC, menopausa, gestações, amamentação, uso de anticoncepcional oral ou terapia de reposição hormonal, etilismo, tabagismo, histórias pessoal e familiar, quimioterapia, radioterapia e metástases.

Foram comparados a faixa etária da paciente, de acordo com a inclusão ou não no rastreamento atual, com o grau histológico do tumor (sendo baixo o Grau 1 do Escore de Nottingham, e alto os Graus 2 e 3) e com a maior dimensão (menor ou igual a 2 centímetros, de 2 a 5 centímetros e maior que 5 centímetros). Esses dois últimos dados foram também comparados entre si.

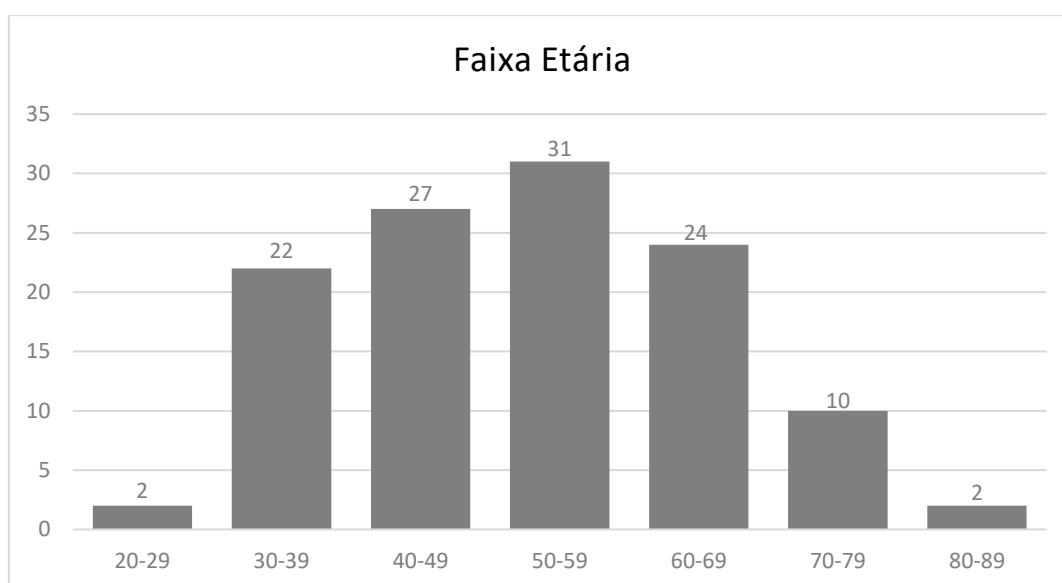
Os dados coletados foram organizados em planilha do programa Excel e analisados a partir de testes estatísticos.

5 RESULTADOS

Foram analisados 194 prontuários do serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de pacientes diagnosticadas com neoplasia maligna da mama (CID 10 C50). Setenta e seis prontuários foram descartados devido aos critérios de inclusão e exclusão, sendo a principal causa o prontuário incompleto, restando 118 prontuários elegíveis.

A média de idade de diagnóstico das pacientes foi de 52,31 anos, com desvio padrão de 13,2 e mediana de 52,5 anos, sendo que a paciente mais nova teve seu diagnóstico aos 23 anos e a mais velha aos 82. Dentre as faixas etárias, a mais prevalente foi a de 50 a 59 anos com 31 pacientes, representando 26,27% do total, seguida do intervalo de 40 a 49 anos com 27 pacientes, correspondendo a 22,88% da amostra.

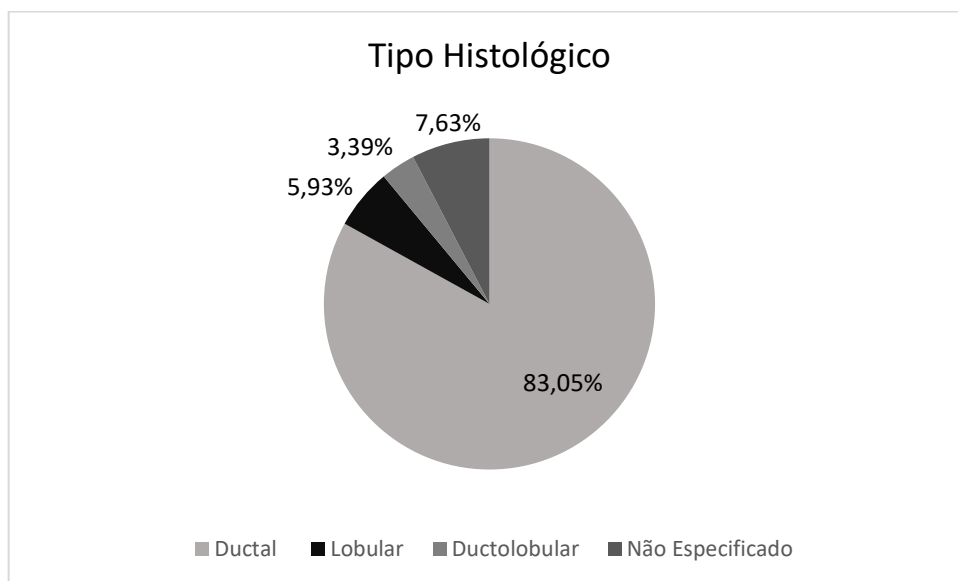
Gráfico 1 – Faixa Etária



Fonte: As autoras (2019).

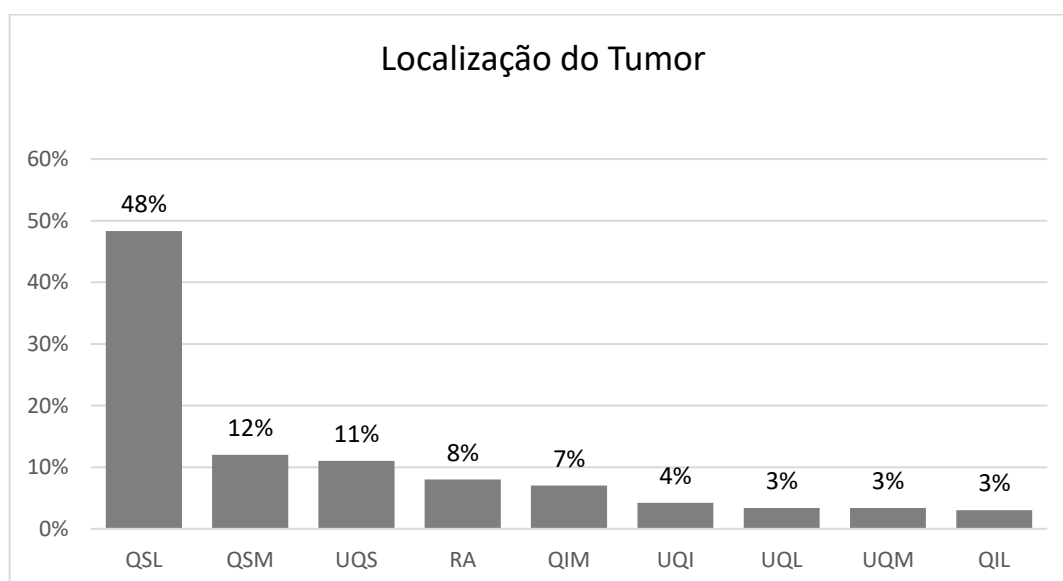
A idade média da menarca das pacientes foi de 12,87 anos, com uma mediana de 13 anos.

Quando avaliado o tipo histológico, o Carcinoma Ductal foi detectado em 98 pacientes, representando 83,05% da amostra, seguido do Carcinoma Não Especificado, que acometeu 9 pacientes, sendo apenas 7,63% do total, enquanto que o Carcinoma Lobular foi encontrado em 7 mulheres (5,93%). O Carcinoma Ductolobular, tipo histológico menos prevalente, correspondeu a 3,39% da amostra.

Gráfico 2 – Tipo Histológico

Fonte: As autoras (2019).

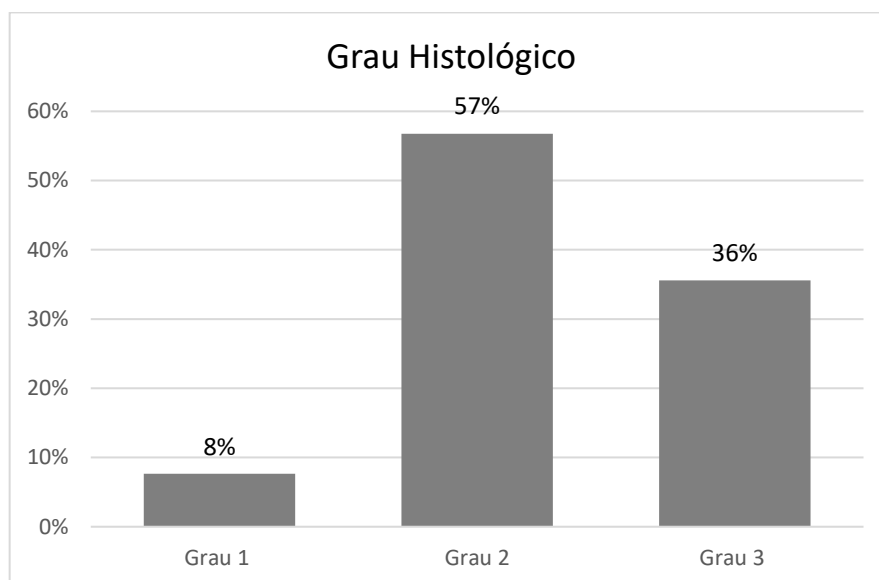
A mama mais afetada foi a direita com 53,39% em relação à esquerda (46,61%). O quadrante mamário em que se concentrou o maior número de lesões foi o Quadrante Superior Lateral (QSL), representando 48,31%, seguido do Quadrante Superior Medial (QSM) com 11,86%, semelhante à prevalência de lesões na União dos Quadrantes Superiores (UQS), que atingiu 11,02% da amostra.

Gráfico 3 – Localização do Tumor

Fonte: As autoras (2019).

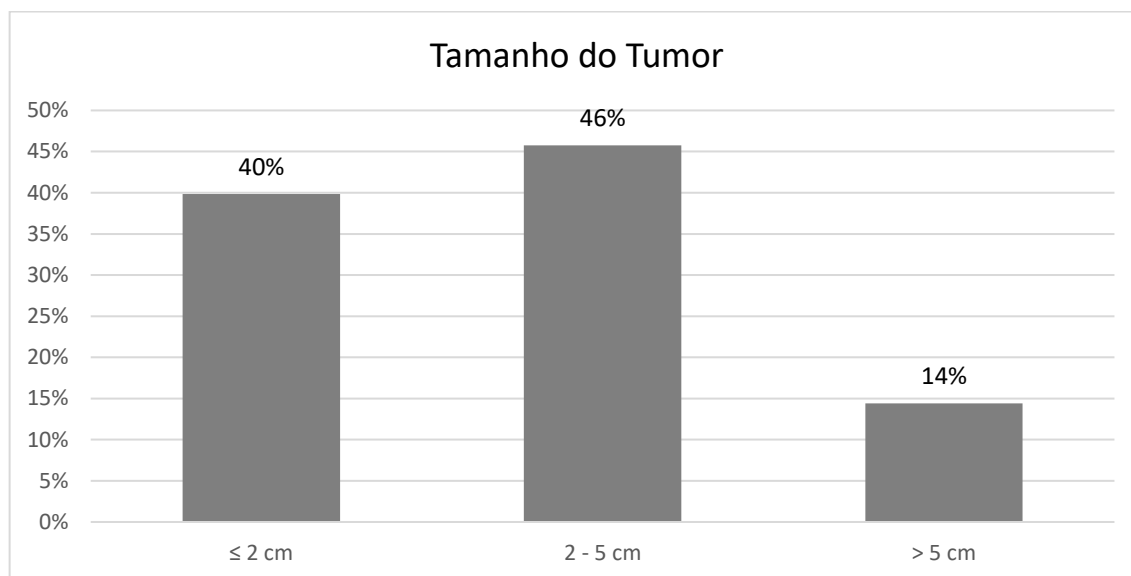
Quanto ao grau histológico, apenas 9 tumores foram identificados como grau 1, representando 7,63% do total. 56,78% dos tumores foram classificados como grau histológico 2, totalizando 67 pacientes. Já o grau 3 foi encontrado em 42 pacientes, ou seja, 35,59% do total.

Gráfico 4 – Grau Histológico



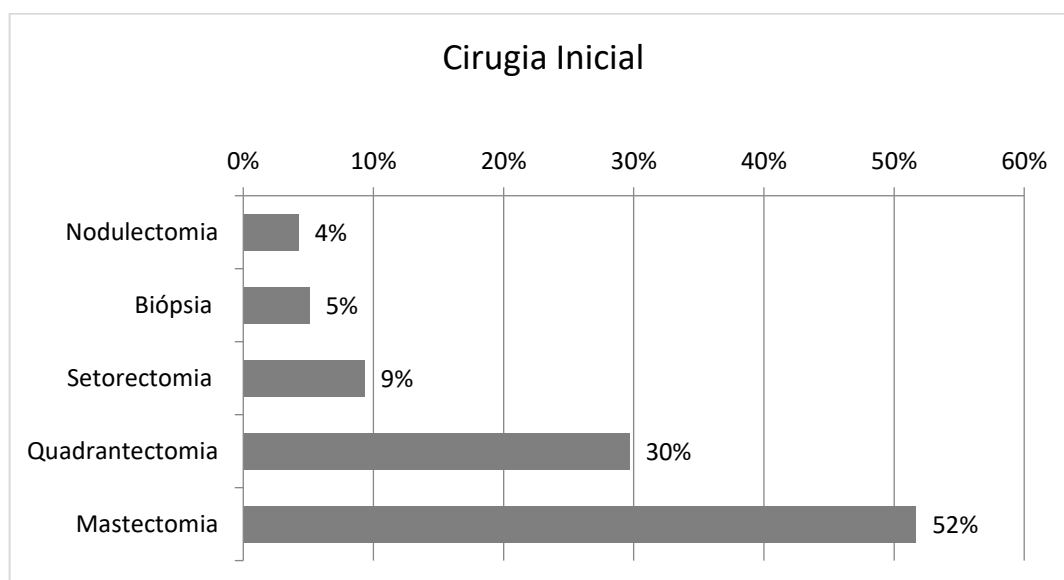
Fonte: As autoras (2019).

A respeito do tamanho dos tumores, foi avaliada a maior dimensão, sendo encontrado o valor médio de 3,06 centímetros. 47 pacientes apresentaram tumor com maior dimensão igual ou inferior a 2 centímetros, correspondendo a 39,83% da amostra. Os tumores com maior dimensão entre 2 e 5 centímetros foram encontrados em 54 pacientes (45,76%), enquanto que os maiores que 5 centímetros foram em número de 17 (14,40%). Duas pacientes apresentaram tumores de 8 centímetros como a maior dimensão.

Gráfico 5 – Tamanho do Tumor

Fonte: As autoras (2019)

A cirurgia escolhida inicialmente para tratamento mais prevalente foi a mastectomia, realizada em 61 pacientes, correspondendo a 51,69% do total. A quadrantectomia foi realizada em 35 mulheres totalizando 29,66%, enquanto que a setorectomia foi feita em 11 pacientes (9,32%) e a nodulectomia em apenas 5 (4,24%). 6 pacientes foram submetidas apenas à biópsia (a céu aberto ou pela técnica de core biopsy), totalizando 5,08% da amostra.

Gráfico 6 – Cirurgia Inicial

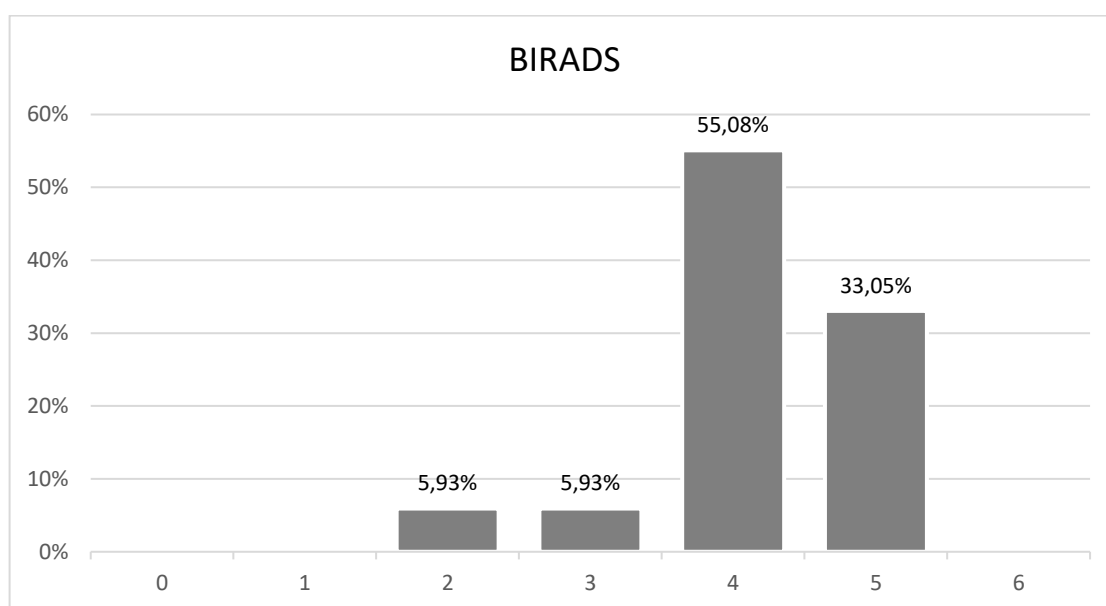
Fonte: As autoras (2019)

Ainda em relação à cirurgia, 92 pacientes foram submetidas ao esvaziamento axilar e em apenas 9 foi realizada a técnica do linfonodo sentinela. O linfonodo foi positivo para malignidade em 68 pacientes, correspondendo a 58% do total.

Das 118 pacientes, 81% apresentaram como clínica nódulo palpável, correspondendo a 96 casos. 20 pacientes relataram retração mamilar, totalizando 17%, enquanto apenas 1 paciente apresentou sensibilidade, assim como prurido. 15 pacientes relataram dor, correspondendo a 13% dos prontuários. A secreção papilar ocorreu em 5 pacientes, ou 4% do total. 3% se queixaram de edema, representando 4 pacientes. Apenas 11 pacientes tiveram seu tumor diagnosticado em fase assintomática (9%).

Na avaliação com mamografia, 7 pacientes tiveram seus nódulos classificados como BIRADS 2, sendo esse o mesmo número de BIRADS 3, representando 5,93% cada. O mais prevalente foi o BIRADS 4, com 65 casos (55,08%), seguido do BIRADS 5, com 33,05% do total, correspondendo a 39 pacientes.

Gráfico 7 - BIRADS

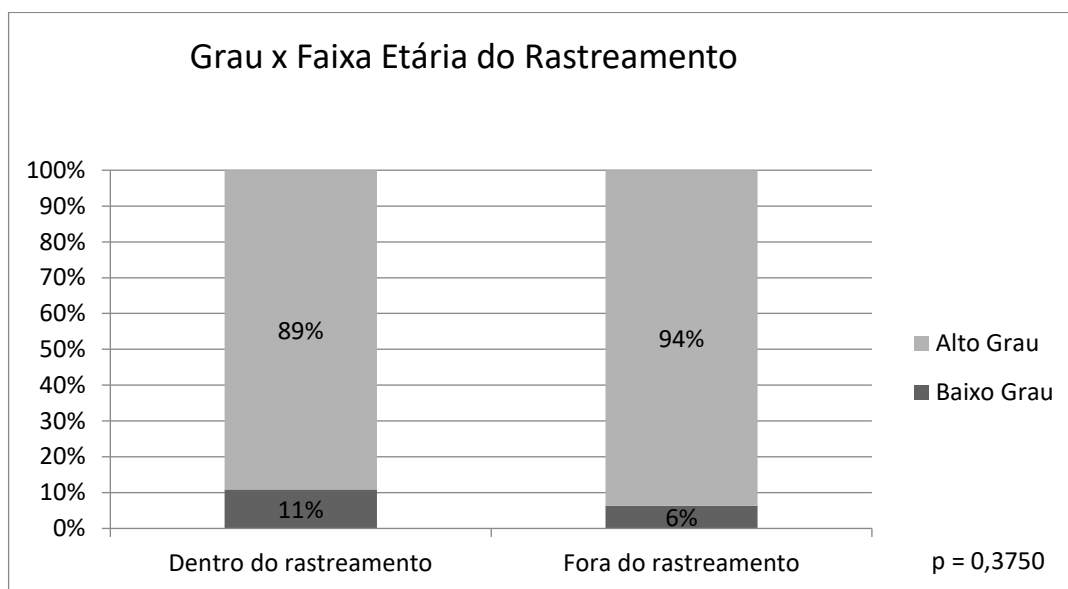


Fonte: As autoras (2019)

Considerando que a faixa etária preconizada pela política de rastreamento do SUS abrange pacientes de 50 aos 69 anos, 89% dessas pacientes apresentaram alto grau histológico, e apenas 11% baixo grau. Entre as pacientes com idade fora do intervalo preconizado pela política de rastreamento, 94% apresentou tumores de alto grau e apenas 6% baixo grau. Considera-se alto grau os graus 2 e 3 do Escore

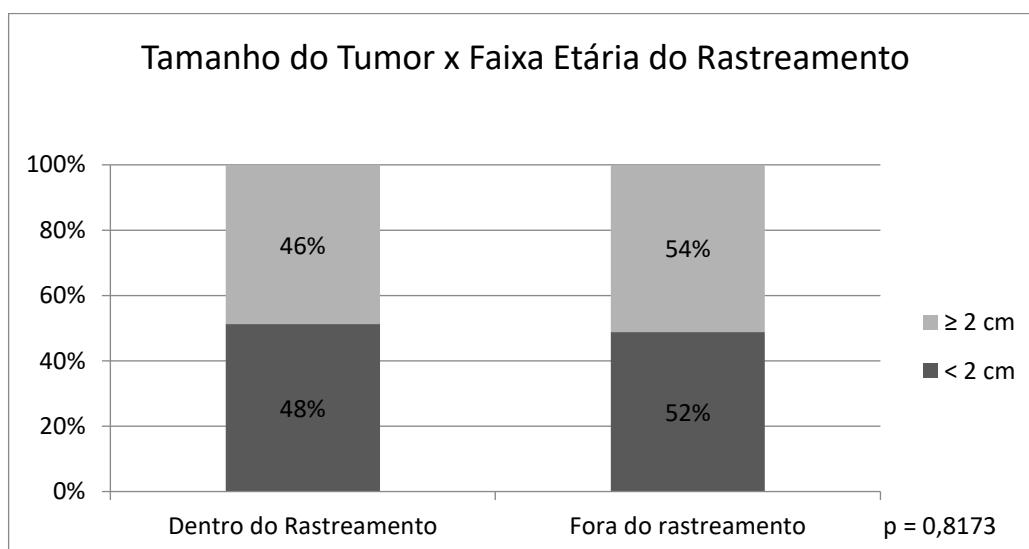
Histológico de Nottingham devido ao pior prognóstico que ambos revelam. O p valor não demonstrou diferença significativa entre as amostras, o que prova que os tumores de pacientes fora da faixa etária abrangida pela política de rastreamento são semelhantes em grau com os das pacientes de 50 a 69 anos ($p=0,3750$).

Gráfico 8 – Grau x Faixa Etária do Rastreamento



Fonte: As autoras (2019)

Ao comparar a faixa etária de abrangida pela política de rastreamento com o tamanho do tumor, 46% das pacientes inclusas na política atual apresentavam tumores de dimensão maior ou igual a 2 centímetros, enquanto que esse valor é de 54% nas pacientes fora do rastreamento. O p valor não demonstrou diferença significativa entre os grupos, o que evidencia semelhança entre os grupos em relação ao tamanho tumoral ($p=0,8173$).

Gráfico 9 – Tamanho do Tumor x Faixa Etária do Rastreamento

Fonte: As autoras (2019)

Ao comparar a média do maior diâmetro do tumor com a faixa etária, não foram encontradas grandes diferenças entre os intervalos de idade, excetuando-se as pacientes de 20 a 29 anos, que apresentaram tumores com aproximadamente metade do maior diâmetro das outras pacientes. A maior média foi encontrada nas pacientes mais velhas, de 80 a 89 anos.

Tabela 1 – Média do tamanho do tumor por faixa etária

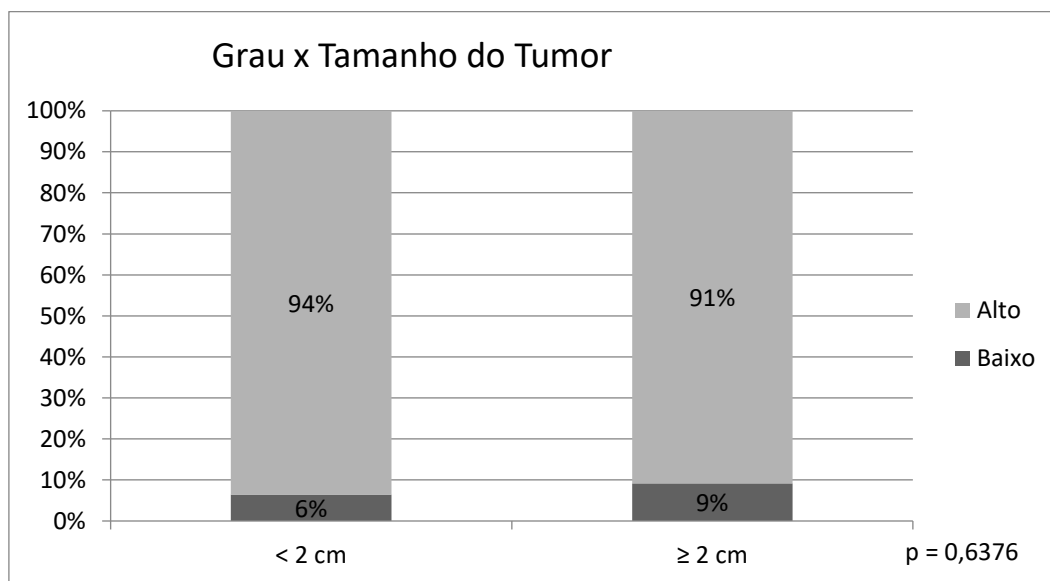
Faixa etária (anos)	Maior Diâmetro do Tumor (cm)
20-29	1,50
30-39	3,10
40-49	2,99
50-59	3,10
60-69	3,01
70-79	3,06
80-89	3,45

Fonte: as autoras (2019)

Foram também correlacionados o tamanho do tumor com o grau histológico. Dentre os que mensuraram menos de 2 centímetros, apenas 6% eram de baixo grau, enquanto que 94% deles foram classificados como alto grau. Dos tumores de

dimensão maior ou igual a 2 centímetros, 9% eram de baixo grau, ao passo que 91% eram de alto grau. Considera-se alto grau os graus 2 e 3 do Escore Histológico de Nottingham devido ao pior prognóstico que ambos revelam. O p valor não revelou diferença significativa entre os grupos, provando que tumores menores ou maiores que dois centímetros têm em sua maioria alto grau ($p=0,6376$).

Gráfico 10 – Grau x Tamanho do Tumor



Fonte: As autoras (2019)

6 DISCUSSÃO

Devido ao fato de a maioria dos prontuários estar incompleta, foram descartados da pesquisa os dados de cor, IMC, idade da menopausa, história pessoal, história familiar, etilismo, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais hormonais ou terapia de reposição hormonal, tempo de amamentação, quimioterapia, radioterapia e presença de metástases. Esses dados fazem parte das recomendações básicas da OMS para avaliação inicial de uma paciente diagnosticada com câncer de mama (WHO, 2006). Quando dados considerados essenciais não são questionados, percebe-se que existe uma falha grave no sistema, seja ela por alto volume de pacientes, restando pouco tempo para cada consulta, ou por deficiência de ensino médico.

Os dados levantados revelam uma idade média de diagnóstico de 52 anos, variando de 23 a 82 anos. Valores semelhantes foram encontrados pelo estudo de Moraes et al. (2006), em Santa Maria - RS (média de 54 anos e amplitude de 21 a 89 anos). Percebe-se nesse estudo o diagnóstico tanto em pacientes mais novas quanto mais velhas quando comparado ao trabalho de Borghesan et al. (2008), realizado em Cuiabá – MT, que mostrou variação de 28 a 75 anos. A média das idades foi semelhante. Resultados diferentes foram observados por Paiva et al. (2002) em um estudo feito em Juiz de Fora - MG, em que o diagnóstico foi mais tardio (33 a 81 anos).

Ainda em comparação ao estudo de Borghesan, Pelloso e Carvalho (2008), a média da idade da menarca foi semelhante ao encontrado pelos autores, de 13,31 anos. A idade da menarca é considerada um dos principais fatores de risco para câncer de mama, como demonstra o estudo de Sisti et al. (2015), que evidenciou que pacientes com menarca acima dos 14 anos tiveram um risco diminuído em 18% para câncer de mama contralateral quando comparado a pacientes que tiveram o primeiro ciclo abaixo dos 11 anos.

Quanto ao tipo histológico, os números encontrados neste estudo se assemelham ao trabalho de Moraes et al. (2006), realizado em Santa Maria – RS, que descreveu o achado em 73,4% das pacientes de carcinoma ductal invasivo e de 6% do lobular invasivo, apesar do primeiro se distanciar em aproximadamente 10% do presente trabalho.

Em relação ao grau histológico, encontrou-se uma discrepância de valores ao comparar-se com o estudo de Moraes et al. (2006). Os tumores bem diferenciados

tiveram uma prevalência de 38,8%, uma diferença de 31,7% em relação ao presente trabalho (7,63%). Já os tumores classificados como moderadamente diferenciados tiveram números semelhantes aos encontrados neste trabalho (51,6% em Santa Maria e 56,78% em Curitiba). Por fim, os tumores de alto grau também apresentaram uma diferença importante de valores, sendo 9,6% dos casos versus 35,59% do presente estudo.

O quadrante superior lateral e suas variações (UQS e UQL) representaram o principal local de detecção de tumores (62%). Esse resultado é esperado visto que são regiões com maior proporção tecido mamário em relação ao tecido adiposo, devido a sua formação embriológica, pelo espessamento ectodérmico que se inicia a partir da linha axilar (MENKE et al, 2007).

Dentre os fatores prognósticos, o tamanho do tumor é um dos mais importantes e o primeiro dado a ser avaliado no esquema de estadiamento TNM. Encontrou-se que 39,5% dos tumores mediam em sua maior extensão 2 centímetros ou menos, dado comparável à de estudos em menores centros, com uma taxa de 49,5% (HADDAD, 2015). Quando comparado ao mesmo estudo, os tumores de maior dimensão superior a 5 centímetros foram encontrados nesse estudo em maior proporção, representando 14,4% dos tumores analisados, 8,7% a mais que o estudo de Haddad. Entretanto essa discrepância se torna menor quando se compara a estudos como feito por Freitas Júnior et al. (2017) em Goiânia, que a taxa de tumores maiores que 5 centímetros foi semelhante à encontrada, de 19,7%.

No presente estudo encontrou-se uma alta taxa de uso da técnica de esvaziamento axilar, feita em 92 pacientes, quando comparada à pesquisa de linfonodo sentinela, realizada em apenas 9 mulheres. Esse fato vai em contramão à estatística de centros médicos menores, como Haddad (2015) demonstrou por meio de seu estudo no interior de Minas Gerais, que a pesquisa por linfonodo sentinela foi a maioria (57,5%) quando comparado a necessidade do esvaziamento axilar (42,5%). 58% dos linfonodos analisados apresentaram malignidade, enquanto apenas 47,1% teve a mesma característica no estudo de Freitas Júnior et al. (2017).

Em relação à clínica, 91% das pacientes apresentavam queixas no momento do diagnóstico, sendo que 81% apresentaram nódulo palpável, 17% retração mamilar, 4% secreção papilar, 3% edema, 1% sensibilidade e 1% prurido. Somente 9% eram assintomáticas. Existe semelhança ao trabalho de Crippa et al (2003), realizado em Florianópolis - SC, que avaliou o diagnóstico do câncer de mama em pacientes com

idade inferior a 35 anos. Os autores encontraram 75,4% das pacientes com nódulo palpável, 20,9% com associação de sintomas, dor mamária em 1,5% da amostra e apenas 2,2% eram assintomáticas. Chama atenção a alta proporção em ambos os estudos de pacientes com sintomatologia, o que não deveria ser esperado, visto que as pacientes do trabalho de Crippa não fazem parte da faixa etária da política de rastreamento por mamografia.

O rastreamento objetiva a detecção precoce de doenças em indivíduos assintomáticos ou em estágios iniciais, reduzindo a morbidade e mortalidade, além de promover a saúde pública de uma população (GROOTENDORST et al., 2009). Percebe-se que a atual política de rastreamento tem sido ineficaz, visto que 91%, um número extremamente significativo, procuraram serviços de saúde já com sintomas. Além disso, entre as queixas, o nódulo palpável foi o mais prevalente, o que demonstra tamanho considerável do tumor. O acometimento de linfonodo também é relevante, visto que em 58% das pacientes foi comprometido. A maioria dos tumores (92,37%) apresentaram tumores de grau 2 ou 3, o que demonstra doença avançada. Esses dados demonstram a falha na detecção precoce do câncer de mama, visto que têm sido diagnosticadas em estado avançado.

Além disso, a maioria (53,39%) das pacientes recebeu o diagnóstico de câncer de mama em idade fora da faixa etária inclusa nas atuais recomendações da política de rastreamento. Apesar de não existir diferença significativa entre os grupos inclusos ou não nessa faixa etária quanto ao tamanho e grau do tumor, o dado chama atenção quanto à falha de detecção precoce nessas pacientes, necessitando de clínica manifesta para então ser realizada a mamografia.

Em relação a cirurgia inicial para tratamento a qual a paciente foi submetida, o fato de a mastectomia ter sido a escolha em 51,69% das pacientes merece destaque. Sabe-se que o tratamento cirúrgico radical é escolhido em casos mais avançados, mas, principalmente, que afeta a qualidade de vida. É considerada uma cirurgia mutiladora, que tem grande impacto na autoestima e na sexualidade da mulher, além de alterar as relações sociais a partir do preconceito existente. Diversos estudos comprovam maiores níveis de depressão em mulheres mastectomizadas, tornando o suporte psicológico essencial (ALMEIDA, 2006)

7 CONCLUSÃO

Os dados apresentados dizem respeito à uma pequena amostra em um grande universo de pacientes com câncer de mama no Brasil. Entretanto, é visível que no grupo analisado houve falha considerável no rastreamento precoce, visto que seu objetivo é a detecção da doença ainda em sua fase pré-clínica. Os dados apresentados dizem respeito à pacientes da cidade de Curitiba, considerada centro de referência na área da saúde. Sabe-se que o acesso à atendimento médico é variado em todo o território brasileiro, o que causa preocupação quando imaginamos como esses mesmos dados seriam em áreas com precariedade médica e hospitalar.

Este estudo foi realizado em um Hospital de atendimento público voltado a atenção secundária e terciária em saúde que recebem pacientes de várias regiões do Estado do Paraná, sendo outros estudos necessários para investigar a real dimensão da falha na detecção precoce do câncer de mama, bem como o impacto no prognóstico dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 out. 2019.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>. Acesso em: 3 out. 2019.
- BARAZI, H.; GUNDURU, M. Mammography BI RADS Grading. Ncbi.nlm.nih.gov. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539816/>. Acesso em: 22 set. 2019.
- BORGHESAN, D. H. P.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de mama e fatores associados. **Ciências, cuidado e saúde**, v. 7, p. 62-68, 2008.
- Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change | Genetic Risk Factors. American Cancer Society, 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>. Acesso em: 3 out. 2019.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Symptoms of Breast Cancer? 2018. Disponível em: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm. Acesso em: 3 out. 2019.
- CHAGAS, C. R.; MENKE, C. H.; VIEIRA, R. J. S. **Tratado de Mastologia da SBM**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2011.
- CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama**. 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_DDT_CancerMama_final.pdf. Acesso em: 3 out. 2019.
- CRIPPA, C. G. et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, n. 32, p. 50-58, 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/146.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.
- FREITAS JÚNIOR, R. et al. Prognostic factors and overall survival of breast cancer in the city of Goiania, Brazil: a population-based study. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 5, p. 435-443, 2017.
- GOLDHIRSCH, A. et al. Strategies for subtypes – dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. **Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011**, v. 22, n. 8, p. 1736-1747, 2011.
- GROOTENDORST, D. C. et al. Screening: why, when and how. In: **Kidney international**. 7. ed. International Society of Nephrology, 2009, p. 664-669.

HADDAD, C. F. Características clínico-patológicas e estadiamento ao diagnóstico de pacientes com câncer de mama em um centro de saúde do interior de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 24, n. 4, p. 103-108, 2014.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 3 out. 2019.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de câncer. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 3 out. 2019.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018 - Síntese de Resultados e Comentários. 2019. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 3 out. 2019.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins patologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MENKE, C. et al. Rotinas em mastologia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2007. Bibliografia: p. 25-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Portaria conjunta nº 04. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/01/PORTARIA-n04.Diretrizes%20Diagnosticas%20e%20Terapeuticas%20do%20Carcinoma%20de%20Mama.01.02.pdf>. Acesso em: 3 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro, 2006.

MORAES, A. B. de. et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2219-2228, 2006.

PAIVA, C. E. et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso- controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002.

SISTI, J. S. et al. Reproductive factors, tumor estrogen Open Access receptor status and contralateral breast cancer risk: results from the WECARE study. *In: SpringerPlus*, Nova Iorque, v. 4, n. 825, p. 1-11, dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2014. Disponível em: https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n4.pdf#page=19. Acesso em: 3 out. 2019.

URBAN, L. A. B. D. et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 334-339, dez. 2012. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control**: Knowledge into Action- Early detection. 2006. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 out. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for management of breast cancer**. 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119806/dsa697.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 3 out. 2019.

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlação clínica e epidemiopatológica em casos de câncer de mama dos últimos 5 anos em hospital universitário

Pesquisador: ANA CRISTINA LIRA SOBRAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08746919.4.0000.0103

Instituição Proponente: Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.193.211

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo que consistirá de análises de 300 prontuários de pacientes diagnosticadas com câncer de mama nos últimos 5 anos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Algumas das variáveis a serem estudadas são tipo histológico, localização e tamanho do tumor, tipo de cirurgia a qual a paciente foi submetida, presença de linfonodos acometidos e metástase, clínica e dados do paciente, como a idade, menarca, uso de anticoncepcionais orais, gestações e amamentação, IMC, sobrevida da paciente, etc.

Critério de Inclusão:

Pacientes do sexo feminino, com mais de 18 anos, com câncer de mama e que todos os dados a serem analisados estejam presentes em prontuário.

Critério de Exclusão:

Pacientes do sexo masculino, com idade inferior a 18 anos, com câncer em sítio não correspondente histologicamente a câncer de mama ou com prontuário incompleto.

Hipótese:

Há correlação entre a clínica, características do tumor e dados epidemiológicos da paciente. Também existe um aumento da incidência dos casos de câncer de mama em pacientes que tiveram exposição elevada ao estrogênio e fatores como obesidade, uso regular de álcool e radiação ionizantes prévias.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 3.193.211

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados serão planilhados com auxílio do programa Excel. As análises estatísticas serão feitas com o auxílio do programa Graph Pad Prism 5.0. As variáveis contínuas serão expressas como média \pm desvio-padrão e comparadas com os testes t de Student e Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e comparadas com o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado.

Valores de p menores que 0,05 serão considerados estatisticamente significativos.

Tamanho da Amostra no Brasil: 300

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a existência de relação entre a clínica e aspectos epidemiológicos de pacientes com câncer de mama, bem como seu tipo histológico, uma vez que a apresentação clínica é extremamente variada ou pode até mesmo não ocorrer. Estabelecer uma relação entre esses fatores pode facilitar a detecção precoce da doença, bem como influenciarem aspectos de tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Perda da confidencialidade dos dados das pacientes. Por esse motivo o trabalho não utilizará a identificação dos pacientes. Os pesquisadores se comprometem a manejar todos os dados em conforme com as normas de sigilo.

Benefícios:

O presente estudo pode influenciar no diagnóstico precoce do câncer de mama, bem como no tratamento e conduta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770	CEP: 80.730-000
Bairro: Bigorrilho	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570	Fax: (41)3240-5584
	E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 3.193.211

466 de 2012 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, manifesto pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1303172.pdf	25/02/2019 17:13:45		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autopato.pdf	25/02/2019 17:12:55	MELISSA CAROLINA OZORIO FERRAZ	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	25/02/2019 17:12:39	MELISSA CAROLINA OZORIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Final.docx	22/02/2019 09:56:02	CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Final.pdf	22/02/2019 09:55:38	CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL	Aceito
Outros	artigo_3.pdf	22/02/2019 09:55:13	CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL	Aceito
Outros	artigo_2.pdf	22/02/2019 09:55:01	CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL	Aceito
Outros	artigo_1.pdf	22/02/2019 09:54:48	CATHERINE ENK FISCHER SEIDEL	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
 Bairro: Bigorrilho CEP: 80.730-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



Continuação do Parecer: 3.193.211

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Março de 2019

Assinado por:
Sonia Regina Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br